

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Stroke merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologis yang utama di Indonesia. Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat, dan cermat (Mansjoer, dkk, 2000). Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Stroke dapat terjadi akibat pembentukan thrombus di suatu arteri serebrum, akibat embolus yang mengalir ke otak dari tempat lain di tubuh, atau akibat perdarahan otak. Pada stroke, terjadi hipoksia serebrum yang menyebabkan cedera dan kematian sel – sel neuron. Kerusakan otak karena stroke, terjadi sebagai akibat pembengkakan dan edema yang timbul dalam 24 – 72 jam pertama setelah kematian sel neuron (Corwin, 2000). Hal ini merupakan kondisi yang serius serta dapat mengancam jiwa (Hudak & Gallo, 1996).

Masalah – masalah yang muncul pada penderita stroke ini diantaranya adalah hipertensi di rongga otak, gangguan sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, fungsi berbahasa, dan gangguan fungsi otot dan sendi yang mengakibatkan kelemahan atau kelumpuhan. Sehingga stroke dapat dicegah jika gejala – gejalanya dapat dikenali serta faktor resiko dapat diatasi, dan jika stroke timbul, dapat dilakukan tindakan terapi paling efektif jika diberikan

secara cepat (Hudak & Gallo, 1996) dan 80% pasien stroke akibat perdarahan disebabkan oleh hipertensi (Syamsuddin, 2007).

Stroke adalah masalah neurologi primer di AS dan di dunia. Meskipun upaya pencegahan telah menimbulkan penurunan pada insiden dalam beberapa tahun terakhir, stroke masih peringkat ketiga penyebab kematian, dengan laju mortalitas 18 % sampai 37 % untuk stroke pertama dan sebesar 62 % untuk stroke selanjutnya. Terdapat kira – kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai beberapa kecacatan ; dari angka ini, 40 % memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari – hari (Smeltzer, 2002).

Sedangkan, angka kejadian stroke di Indonesia meningkat dengan tajam. Diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat. Saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia, karena berbagai sebab selain penyakit degeneratif, dan terbanyak karena stress. Ini sangat memprihatinkan mengingat Insan Pasca Stroke (IPS) biasanya merasa rendah diri dan emosinya tidak terkontrol dan selalu ingin diperhatikan. Apabila tidak ada upaya penanggulangan stroke yang lebih baik maka jumlah penderita stroke pada tahun 2020 diprediksikan akan meningkat 2 kali lipat. Oleh karena itu upaya global yang bertaraf internasional dan nasional perlu dilakukan untuk

melawan ancaman stroke yang mendunia. Serta lebih peduli terhadap penderita stroke dengan mencanangkan hari stroke sedunia (Sudomo, 2007).

Syamsuddin (2007), Ketua Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) DKI Jakarta mengatakan, biasanya para IPS (insan pasca stroke) merasa kondisi tubuhnya yang cacat ini menyebabkan mereka tidak berdaya dan merasa perlu dibantu oleh anggota keluarga lain, bila tidak diberikan semangat mereka selamanya akan bergantung dengan anggota keluarga lain dan tidak mandiri. Karena itulah dalam rangka Hari Ulang Tahun ke 13 Yastroki DKI dan peringatan Hari Stroke Sedunia ke 3 Yastroki DKI menyelenggarakan acara di TMII Jakarta untuk membuat para IPS ini merasa mendapat perhatian, merasa hidup dalam lingkungannya yang senasib. Pengurus Yastroki DKI Jakarta menanamkan kepada mereka untuk dapat hidup mandiri, karena pada dasarnya para IPS dapat melakukan segala sesuatu sendiri setelah melalui tahapan rehabilitasi dan latihan teratur.

Rehabilitasi pada pasien stroke bertujuan untuk memperbaiki mobilitas, menghindari nyeri bahu, pencapaian perawatan diri secara mandiri oleh pasien, mengontrol kandung kemih, perbaikan proses pikir, meningkatkan kemampuan untuk melakukan komunikasi, pemeliharaan integritas kulit, perbaikan fungsi keluarga, serta mencegah adanya komplikasi (Smeltzer, 2002). Ketidakmampuan pasien stroke untuk mobilisasi dapat mengganggu sistem metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal,

perubahan kulit, perubahan eliminasi, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan perilaku, dan lain sebagainya (Hidayat, 2006).

Perubahan sistem musculoskeletal merupakan dampak dari imobilitas. Dampak lain dari imobilitas yaitu menurunnya kekuatan otot dan fungsi kapasitas otot, berkurangnya massa otot yang dapat menyebabkan atrofi pada otot, serta gangguan skeletal yang bisa memicu adanya kontraktur sendi. Sehingga perlu untuk mencegah terjadinya imobilitas, yaitu dengan pengaturan posisi tubuh yang benar, ambulasi dini, latihan isotonik dan isometrik. Latihan isotonik (*dynamic exercise*) dapat dilakukan dengan rentang gerak (*Range Of Motion*) secara aktif, sedangkan isometrik (*static exercise*) dilakukan dengan meningkatkan curah jantung ringan dan nadi (Hidayat, 2006). Latihan rentang gerak dapat dilakukan secara aktif maupun pasif. Rentang gerak merupakan tindakan untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan otot serta untuk mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan kontrol motorik, mencegah terjadinya kontraktur, meningkatkan sirkulasi dan lain – lain. Latihan rentang gerak harus dilakukan lebih sering, empat atau lima kali dalam sehari (Hidayat, 2006 ; Smeltzer, 2002).

Sasaran subjek proses rehabilitasi pada pasien stroke adalah pasien dan keluarga . Proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien stroke dapat terjadi dalam waktu lama, yang membutuhkan kesabaran dan ketekunan pasien dan keluarga . Dalam masa rehabilitasi seringkali pasien stroke malas untuk

melakukan latihan dalam menjaga mobilitas seperti melakukan latihan rentang gerak, maka dari itu sangat diperlukan dukungan dari keluarga untuk memberikan pengertian kepada pasien dan melatih serta membantu pasien untuk selalu melakukan latihan rentang gerak (Smeltzer, 2002).

Keluarga memainkan suatu peran bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan dari keluarga tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan atau pemulihan (Rehabilitasi) sangat berkurang (Friedman, 1998). Keluarga mempunyai kesukaran dalam menerima ketidakmampuan pasien dan mungkin mempunyai harapan yang tidak realistis. (Smeltzer, 2002). Sehingga keluarga perlu diberikan informasi tentang proses rehabilitasi pasien stroke dan tentang harapan yang ingin dicapai pasien serta konsultasi untuk tugas – tugas yang dianggap pasien dapat melakukannya. Keluarga diyakinkan bahwa cinta dan kehangatan anggota keluarga adalah bagian dari terapi pasien. Firman Allah SWT dalam surat Asy Syuura 23 :

“ ..... Aku tidak meminta kepadamu sesuatu upahpun atas seruanku kecuali kasih sayang dalam kekeluargaan..... ”

Berdasarkan uraian diatas, banyak sekali penderita stroke yang terdapat di masyarakat. Setelah dilakukan pengobatan di rumah sakit, masih diperlukan proses rehabilitasi yaitu masa penyembuhan pasien yang hal tersebut sangat diperlukan dukungan dari keluarga serta perlu ketampilan

keluarga dalam melatih anggota keluarganya yang terkena stroke dengan latihan rentang gerak (*Range of Motion*).

Menurut survey pendahuluan, penyakit stroke termasuk penyakit 39% terbesar di Rumahsakit Bantul. Jumlah pasien stroke di Rumahsakit Bantul tahun 2005 sebesar 74, tahun 2006 sebesar 92, tahun 2007 sebesar 79, dan tahun 2008 jumlah pasien stroke meningkat yaitu sebesar 213 pasien. Berdasarkan data dari Rumahsakit Bantul dari bulan juli sampai bulan desember 2008 jumlah pasien stroke yang dirawat sebanyak 107. Dari 107 pasien yang dirawat rata – rata berasal dari wilayah bantul, sedangkan dari luar wilayah bantul hanya 8 orang maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian di wilayah Bantul. Setelah dilakukan tanyajawab dengan bagian fisioterapi Rmahsakit Bantul, pasien ataupun keluarga tidak diberikan pendidikan kesehatan mengenai senam rentang gerak (*Range of Motion*) sebelum pulang dari Rumahsakit Bantul, padahal ROM (*Range of Motion*) sangat diperlukan bagi pasien stroke masa rehabilitasi. Pihak rumah sakit hanya melatih pasien stroke secara fungsional dan fokus pada kemandirian pasien seperti mengajari pasien untuk miring ke kanan, miring ke kiri, melatih pasien untuk makan secara mandiri dan lain sebagainya. Maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang *Range Of Motion* terhadap ketrampilan *Range Of Motion* keluarga

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan Latar Belakang di atas dalam penelitian ini adalah : “Adakah pengaruh ROM terhadap ketrampilan ROM oleh keluarga?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap ketrampilan ROM oleh keluarga.

### **2. Tujuan Khusus**

a. Mengetahui ketrampilan ROM sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kasus.

b. Mengetahui ketrampilan ROM pada kelompok kontrol.

c. Mengetahui perbedaan ketrampilan ROM antara kelompok kontrol dengan kelompok kasus.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi tenaga keperawatan

Sebagai tambahan pengetahuan bahwa pemberian pendidikan kesehatan mengenai latihan *Range Of Motion* kepada keluarga pasien sangat diperlukan.

##### 2. Bagi keluarga

Dengan penelitian ini dapat meningkatkan ketrampilan keluarga dalam mengajari anggota keluarga yang terkena stroke untuk melakukan *Range Of Motion*.

##### 3. Bagi peneliti yang lain

Diharapkan dengan adanya penelitian ini, dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan penelitian-penelitian selanjutnya.

#### **E. Keaslian Penelitian**

Sepengetahuan peneliti, penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang ROM terhadap ketrampilan ROM oleh keluarga pada pasien stroke di rumah belum pernah diteliti, akan tetapi terdapat penelitian lain yang berhubungan dengan penelitian ini, yaitu :

1. Okti Sri Purwanti (2002), dengan judul “ Kepatuhan Klien Stroke dalam Melaksanakan Mobilisasi Dini di Ruang Rawat Inap RSUD Purworejo ”

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan observasional prospektif. Berdasarkan hasil dan kesimpulan



gambaran kepatuhan klien stroke dalam melaksanakan mobilisasi dini mencapai kriteria baik, dengan tahap perubahan posisi tidur dengan kriteria baik (54,5%), latihan gerak sendi pada anggota gerak atas dengan kriteria baik (54,5%), latihan gerak sendi pada anggota gerak bawah dengan kriteria baik (54,5%), latihan duduk dengan kriteria baik (55%).

2. Trisno Wibowo (2008), "Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke dengan Kesiapan Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Stroke"

Jenis penelitian yang digunakan adalah non eksperimen dengan pendekatan *cross sectional*. Berdasarkan hasil dan kesimpulan didapatkan sebagai berikut : Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan pengobatan klien stroke, sosial ekonomi keluarga dan pergerakan sendi klien. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan psikologi, mobilisasi kebersihan diri klien dan perilaku manajemen stress