

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian otak, Stroke juga merupakan kerusakan fungsi saraf akibat kelainan vascular yang berlangsung lebih dari 24 jam atau kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah kebagian otak. Kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi (Black & Hawks, 2009).

Stroke dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu stroke iskemik disebabkan oleh oklusi arteri serebral oleh trombus atau embolus, sedangkan stroke hemoragik terjadi karena ruptur pembuluh darah yang menyebabkan perdarahan ke jaringan otak yang disebut stroke intraserebral atau perdarahan ke ruang subaracnoid atau disingkat *subaracnoid hemorrhage*. (Ignatavicius & Workman, 2010). Stroke yang paling banyak didapat adalah stroke iskemik sekitar (85%) dan stroke hemoragik (15%). (Hinkle & Guanci 2007).

Stroke termasuk penyebab kematian nomor empat mengikuti penyakit jantung iskemik dan kanker didunia, Angka kejadian stroke setiap tahunnya 795.000 orang akan mengalami stroke baru atau berulang. Sekitar 610.000 orang serangan stroke pertama dan 185.000 orang serangan stroke berulang. Berdasarkan klasifikasi stroke didapatkan data stroke iskemik 87%, perdarahan intraserebral 10% dan perdarahan subaracnoid sebesar 3% (American Heart Association, 2014). Rata-rata seseorang mengalami stroke setiap 40 detik dan mengalami kematian setiap 4 menit (Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Menurut organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization*) memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030.

Stroke merupakan penyebab utama ketidakmampuan/kecacatan pada orang dewasa dan membutuhkan perawatan jangka panjang. Lebih dari 4 juta penderita stroke hidup dalam derajat ketidakmampuan di Amerika Serikat. Dari penderita stroke tersebut, 31% membutuhkan bantuan dalam perawatan diri, 20% membutuhkan bantuan dalam hal ambulasi, 71% mengalami beberapa kerusakan dalam kemampuan bicara bahkan sampai 7 tahun setelah terkena stroke, dan 16% membutuhkan perawatan institusional (Black & Hawks, 2009).

Stroke tidak hanya terjadi dinegara maju, tetapi juga terjadi dinegara berkembang termasuk Indonesia. Di Indonesia prevalensi stroke dari tahun ke tahun meningkat tajam, setiap tahun di Indonesia diperkirakan sekitar 500.000 penduduk terkena serangan stroke dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan ringan dan berat (Yastroki, 2011).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DIYogyakarta (10,3%). Prevalensi berdasarkan usia tertinggi pada umur  $\geq$  75 tahun (43,1%), berdasarkan jenis kelamin laki-laki 7,1% dan perempuan 6,8%, berdasarkan status pendidikan / tingkat pendidikan bahwa pendidikan rendah baik (tidak sekolah) 16,5% dan 32,8%, berdasarkan tempat tinggal dikota 8,2% lebih tinggi dari pada didesa, status pekerjaan yang tidak bekerja lebih tinggi 11,4% terjadinya stroke daripada masyarakat yang bekerja.

Departemen kesehatan Republik Indonesia pada 987.205 orang dari 258.366 rumah tangga di 33 provinsi mendapatkan bahwa stroke merupakan penyebab kematian utama pada usia  $>45$  tahun (Depkes, 2013).

Stroke menyebabkan berbagai gangguan neurologik, bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Gejala deficit neurologic dapat berupa kesulitan bicara, perubahan status mental, gangguan penglihatan, sakit kepala, pusing, kesulitan berjalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi. Salah satu

masalah kesehatan yang timbul akibat stroke adalah kehilangan fungsi kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Gangguan control motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan pada satu sisi tubuh merupakan gejala yang lain dari disfungsi motorik (Smeltzer & Bare, 2010).

Salah satu gangguan pada pasien stroke yaitu hemiparesis merupakan penyebab yang paling sering terjadi setelah serangan stroke. Ditemukan 70 – 80 % pasien yang terkena serangan stroke mengalami hemiparesis. Sekitar 20% pasien stroke akan mengalami peningkatan fungsi motorik, tetapi pemulihan pasien yang mengalami hemiparesis bervariasi dan lebih dari 50% mengalami gejala sisa fungsi motorik, kelemahan pada hemiparesis dapat mengenai lengan, tangan, kaki bahkan otot – otot wajah. Hal ini mengakibatkan pasien stroke sulit untuk melakukan kegiatan sehari – hari seperti makan, memakai baju, ke kamar kecil dan meraih suatu benda (Rydwik & Akner, 2005).

Stroke juga menimbulkan beban psikososial serta biaya yang sangat besar. Bagi pasien pasca stroke diperlukan intervensi rehabilitasi medik agar mereka mampu mandiri untuk mengurus dirinya sendiri dan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari tanpa harus terus menjadi beban bagi keluarganya. Secara umum rehabilitasi stroke dapat ditangani melalui tatalaksana rehabilitasi medis sederhana yang tidak memerlukan peralatan canggih. Berfokus pada upaya untuk mencegah komplikasi immobilisasi yang dapat membawa dampak kepada perburukan kondisi dan mengembalikan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, diharapkan pasien dapat mencapai hidup yang lebih berkualitas. Pelayanan kesehatan primer sangat penting perannya, Rehabilitasi stroke memerlukan

keterlibatan tenaga profesional sehingga perkembangan hasil intervensi yang tepat dan sesuai (Wirawan P. Rosiana, 2009).

Rehabilitasi dapat dipandang sebagai salah satu jalan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita stroke. Pada dasarnya, rehabilitasi merupakan suatu upaya untuk mengembalikan seseorang ke kondisinya semula atau ke kondisi yang lebih baik daripada kondisinya sekarang. Dalam bidang medis dan kesehatan, tujuan utama rehabilitasi adalah memulihkan sebagian atau seluruh kapabilitas fisik, sensorik atau mental pasien yang berkurang atau hilang akibat suatu penyakit atau cedera. Melalui upaya rehabilitasi, diharapkan kemampuan motorik, kognitif, visual dan koordinasi para penderita stroke dapat pulih sehingga tingkat kemandirian mereka pun secara berangsur meningkat (Hariandja, 2013).

Peranan rehabilitasi merupakan bagian yang tidak bisa dilepaskan oleh Setiap pasien Pasca Stroke, karena fungsinya yang begitu penting bagi proses pemulihan anggota tubuh yang cacat, akibat serangan stroke yang di alami pasien stroke. Meski begitu, seberapa canggih peralatan yang dimiliki Unit Rehabilitasi Stroke, jika tanpa dukungan dan semangat dari pasien sendiri tidak akan membawa hasil yang baik terhadap kesembuhannya. Pada penderita stroke, rehabilitasi akan menjadi proses yang berkelanjutan untuk menjagadan memperbaiki kemampuandanbisa melibatkan bekerja dengan spesialis selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun setelah stroke (National Institute Neurological disorders and stroke, 2014). Dukungan keluarga juga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke (Huang, 2010).

Di samping upaya medikasi melalui obat, latihan fisik secara rutin merupakan upaya terapi rehabilitasi yang umumnya dianjurkan untuk dilakukan pasca stroke. Terapi fisik yang umumnya dilakukan berupa latihan duduk sendiri, berdiri dari tempat duduk dan berjalan. Terapi fisik lainnya meliputi latihan kegiatan melakukan kegiatan sehari-hari (*activities of daily living/ADL*) seperti mandi, makan, buang air, berpakaian dan berdandan, serta latihan kegiatan yang bersifat hobi seperti memasak dan berkebun. (Dalgas et al., 2008; Motl dan Gosney, 2008).

Pemulihan pasien stroke bertujuan agar penderita secepat mungkin dapat bangkit dari tempat tidur dan bebas dari ketergantungan pada pihak lain terutama dalam kegiatan hidup sehari-hari. Prinsip rehabilitasi pasien stroke harus dimulai sedini mungkin sejak petugas melihat pasien untuk pertama kalinya, dan tidak boleh seorang pasien berbaring terus lebih dari 24 jam, karena hal itu dapat menimbulkan gejala dekubitus, kontraktur, tromboplebitis, bronkopneumonia dan atropi otot. Jenis tindakan rehabilitasi pada pasien stroke meliputi: latihan gerak sendi, latihan kekuatan otot, latihan *gait*, terapi okupasi, terapi psikologikal dan terapi keluarga (Umphred, 2001 & Warlow, 2001).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Peurala et al (2014), bahwa latihan *gait* sangat bermanfaat dan ada perbaikan dalam proses penyembuhan latihan pada pasien dari pada yang tidak melakukan latihan.

Penelitian Rensink et al (2008) bahwa jika secara aktif melaksanakan latihan *gait* akan ada peningkatan secara keseluruhan pada pasien stroke rehabilitasi berorientasi pada tugas terbukti lebih efektif, Banyak intervensi yang layak untuk perawat dan dapat dilakukan di lingkungan atau dirumah. Perawat dapat dan harus memainkan peran penting dalam menciptakan kesempatan untuk berlatih tugas fungsional yang berarti di luar sesi terapi rutin.

Pada penelitian Yulinda, (2009), penelitian ini menilai peningkatan status fungsional setelah 4 minggu diterapi latihan yaitu yang mampu mandiri (nilai Index Barthel >70%) meningkat menjadi 75%, yang bergantung sebagian 13,6% (nilai Index Barthel 50-70), dan hanya 11,4% yang bergantung penuh (nilai Index Barthel <50), Hipertensi (70,5%), hiperlipidemia (40,9%), kebiasaan merokok (31,8%), diabetes melitus (29,5%), pernah stroke sebelumnya 27,3%), dan penyakit jantung 25%.

Pada penelitian ini peneliti melakukan pelaksanaan pengukuran tingkat kemandirian selama 4 minggu hal ini berkaitan dengan penelitian dari Lin et al, (2010) menilai hari pelaksanaan untuk mengukur nilai kemandirian pasien dengan menggunakan skala Barthel index yaitu 2

minggu (14 hari) adalah 9,1%, 1 bulan (30 hari) meningkat menjadi 13,8 %, dan 3 bulan (90 hari) 16,0 %) dan 6 bulan (180 hari) 16,8 %).

Orem menekankan bahwa kebutuhan *self-care* individu dapat dipenuhi oleh perawat, individu atau keduanya. Sistem keperawatan dirancang oleh perawat berdasarkan kebutuhan *self-care* dan kemampuan individu dalam memenuhi '*self-care*'nya. Keperawatan mengambil peran penting dalam membantu individu yang mengalami defisit/penurunan kemampuan dalam perawatan diri, yaitu bahwa kemampuan yang dia miliki (*self-care agency*) tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya (*self-care demand*). Orem menekankan pentingnya kerjasama antara perawat dan pasien dalam meningkatkan kemampuan perawatan diri pada pasien. Hasil akhir dari tindakan keperawatan dalam teori ini adalah kemandirian pasien dalam perawatan dirinya, sehingga peran pasien menjadi lebih dominan dibandingkan dengan perawat. Perawat berperan meningkatkan kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Perawatan diri pasien bukan hanya menjadi tanggung jawab perawat, tetapi juga menjadi tanggung jawab pasien. Perawat berperan sebagai fasilitator dalam memandirikan pasien yang mengalami defisit perawatan diri, supaya pasien dapat menggunakan dirinya seoptimal mungkin dalam usaha perawatan dirinya. Pada tahap awal, perawat lebih mengambil peran, tetapi semakin lama perawat akan memandirikan pasien sehingga peran perawat menjadi minimal dan peran pasien menjadi lebih dominan (Tomey, 2010).

Dengan adanya latihan *gait* pasien diharapkan dapat melakukan aktivitas sendiri, dan mampu mandiri, pasien tidak tergantung pada perawat maupun keluarga, sehingga pasien yang telah menjalani masa perawatan dapat pulang kerumah dan memiliki nilai fungsi kemandirian yang baik serta tidak memiliki keterbatasan dalam hal melakukan aktivitas (Smeltzer & Bare, 2010).

Berdasarkan hasil survey awal di rekam medikrawal jalan dua rumah sakit yaitu di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado, Jumlah pasien dengan stroke 3 bulan terakhir dari bulan Oktober – Desember 2014 mencapai 1174 pasien pasca stroke dan 60 pasien di Rumah Sakit TK III R.W. Monginsidi

Manado, Fenomena dilapangan latihan ini sangat jarang dilakukan, sehingga pasien stroke pulang dengan bantuan penuh oleh keluarga dan tingkat ketergantungan pasien menjadi meningkat, Berdasarkan uraian diatas, peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan Judul “Efektifitas Latihan *Gait* Terhadap Kemandirian Pasien Stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III.R.W. Monginsidi Manado”.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan beberapa fenomena yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam proposal penelitian ini adalah:

- 1.2.1 Bagaimana gambaran demografi dan latihan *Gait* pada tingkat kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.2 Apakah efektif Latihan *Gait* terhadap kemandirian pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.3 Apakah terdapat pengaruh jenis kelamin terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.4 Apakah terdapat pengaruh umur terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.5 Apakah terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kemandirian sebelum dan sesudah latihan *Gait* di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.6 Apakah terdapat pengaruh faktor resiko pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.7 Apakah terdapat pengaruh tanda – tanda vital (Tekanan darah, suhu badan, pernapasan, nadi) terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.

- 1.2.8 Apakah terdapat pengaruh kemandirian pasien stroke sesudah diberikan latihan *Gait* di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado.
- 1.2.9 Seberapa besar nilai probabilitas dari kejadian setiap individu pada prediksi tingkat kemandirian pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.2.10 Apakah terdapat perbedaan sebelum dan sesudah diberikan latihan *Gait* pada kemandirian pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

- 1.3.2 Mengetahui Efektifitas Latihan *Gait* Terhadap Kemandirian Pasien Stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah Sakit TK. III. R.W. Monginsidi Manado.

#### **1.3.3 Tujuan Khusus**

- 1.3.3.1 Mengetahuigambaran demografi dan latihan *Gait* pada tingkat kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.2 Mengetahui pengaruh jenis kelamin terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.3 Mengetahui pengaruh umur terhadap kemandirian sebelum dan sesudah latihan *Gait* di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.4 Mengetahui pengaruh dukungan keluarga terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr.R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.5 Mengetahui pengaruh faktor resiko pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.



- 1.3.3.6 Mengetahui pengaruh tanda – tanda vital (Tekanan darah, suhu badan, pernapasan, nadi) terhadap kemandirian pada pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.7 Mengetahui kemandirian pasien stroke sesudah diberikan latihan *Gait* di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado.
- 1.3.3.8 Mengetahui perbedaan pengaruh latihan *Gait* pada kelompok intervensi dan kelompok control di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.9 Mengetahui nilai probabilitas dari kejadian setiap individu pada prediksi tingkat kemandirian pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado dan Rumah sakit TK III. R.W. Monginsidi Manado.
- 1.3.3.10 Latihan *Gait* efektif terhadap kemandirian pasien stroke di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado.
- 1.3.3.11 RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Bagi Pengembangan Pelayanan Keperawatan**

- 1.4.1.1 Penelitian ini dapat mengembangkan keterampilan dan pengetahuan perawat tentang latihan *Gait* sehingga kemandirian keperawatan pada pasien stroke lebih efektif.
- 1.4.1.2 Penelitian ini dapat meningkatkan peran perawat karena hasil penelitian dapat diaplikasikan sebagai salah satu tindakan mandiri perawat yaitu mengajarkan dan memotivasi pasien melakukan latihan *Gait* secara mandiri.

##### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini memberikan wacana baru bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan kajian ilmiah, khususnya tentang teori latihan *Gait* agar lebih efektif dalam meningkatkan tingkat kemandirian pasien stroke.

#### **1.4.3 Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan peneliti dalam melakukan kajian secara ilmiah dan analisis implikasi tindakan latihan *Gait* terhadap kemandirian pasien stroke.

#### **1.4.4 Bagi Responden**

Penelitian ini dapat menambah keterampilan responden dalam melaksanakan program rehabilitasi latihan *Gait* pada pasien stroke.

### **1.5 Ruang Lingkup**

Peneliti melakukan penelitian kuantitatif dengan rancangan kuasi eksperimen mengenai efektifitas latihan *gait* terhadap kemandirian pasien stroke. Penelitian akan dilaksanakan di rumah klien pada bulan mei - juni 2015. Penelitian ini dipilih berdasarkan latar belakang yang disampaikan bahwa pasien dengan stroke memerlukan program rehabilitasi secara bertahap sehingga peningkatan kemandirian akan tercapai.