

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit yang menduduki peringkat ketiga penyebab kematian dan kecacatan dari fungsional tubuh manusia setelah penyakit kanker dan jantung. Setiap tahunnya kira-kira terjadi hampir 500.000 kasus yang menderita gangguan stroke atau kasus baru penderita stroke setiap tahunnya. Dari 500.000 kasus yang terjadi 350.000 diantaranya masih hidup (American Heart Association, 1992). Menurut *The World Health Organization* (WHO) setiap tahun terjadi hampir 17 miliar kasus stroke baru di seluruh dunia, jumlah kematian akibat kasus stroke 5,5 miliar atau 29% sedangkan yang dapat hidup 89%. Dari populasi di dunia jumlah stroke terbanyak adalah stroke iskemik yaitu 80%, stroke haemorage 10%-15% dan subarachnoid haemorage 5%, rata-rata umur yang terkena gangguan stroke adalah orang yang usianya 60 tahun atau lebih (WHO, 2010).

Stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian di Indonesia, diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus tirah baring (Yastroki, 2010). Jawa Tengah sendiri stroke menempati urutan pertama

penyebab kematian yaitu 12,2% meninggal akibat kasus stroke (Dinkes Jateng, 2009).

Dalam 30 hari pertama dari kasus stroke angka kematian sekitar 30%. Angka kematian lebih banyak adalah stroke haemorage dibandingkan dengan stroke ischemik yang prevalensi kematiannya lebih sedikit. Penanganan dengan obat trombolitik dan terapi sejak dini dapat menyelamatkan sel-sel otak dan memulihkan sirkulasi darah ke otak, semuanya hanya dapat digunakan jika pasien dirawat inap dalam tiga jam pertama setelah serangan stroke (Feigin, 2004). Lebih dari 50% penderita stroke mempunyai kelangsungan hidup antara lima tahun bahkan lebih, dengan memberikan penanganan yang baik saat terjadinya stroke tingkat kelangsungan hidup pasien lebih baik serta pengobatan dan pemahaman yang baik tentang gangguan aktivitas pada kasus stroke menjadi prioritas pertama dalam menjaga kesehatan (Duncan, 1994).

Stroke memberikan pengaruh atau dampak yang tidak baik bagi pasien yaitu ketergantungan *activities of daily living (ADL)* yang sangat tinggi setelah terkena serangan stroke dan penurunan aktivitas itu terjadi sangat signifikan serta cepat. Menurut data yang diperoleh setelah terjadi serangan stroke gangguan yang pertama dialami pasien adalah *activities of daily living (ADL)* yang terjadi hampir 75%, hanya 57% orang yang dapat selamat dari serangan stroke.

Pengaruh dari ketergantungan *activities of daily living (ADL)* akan berkurang dari 58% dalam satu minggu setelah serangan stroke dan bertambah 9% setelah enam bulan (Duncan, 1994). Ketidakmampuan fungsional mencerminkan gangguan yang dialami akibat dari patologi stroke misalnya gangguan dalam

beraktivitas transfers dan berjalan, ketidakmampuan untuk bekerja, ketidakmampuan dalam aktivitas bermasyarakat serta aktivitas rekreasi di waktu luang.

Perbaikan neurologis akan terjadi dalam satu sampai tiga bulan setelah terjadinya stroke. Selanjutnya perbaikan motorik dan sensorik menyeluruh terjadi pada bulan keenam sampai satu tahun kemudian (wade, 1995). Kelemahan aktivitas fungsional yang terjadi pada pasien stroke akan terus berlanjut sementara itu perbaikan dari *activities of daily living (ADL)* akan bertahap kembali pada bulan satu sampai bulan keenam pasca serangan stroke, akan tetapi perbaikan itu tidak akan menjadi baik bila tidak di tunjang dengan penanganan yang baik pula dan bila diukur dalam *index barthel* scorenya harus di atas 60 serta penanganan rehabilitasi sejak dini akan membantu dalam perbaikan aktivitas yang mengalami kelemahan.

Tujuan rehabilitasi dini pada kasus stroke adalah dapat memperbaiki dan mengembalikan kemandirian dari pasien stroke seperti aktivitas fungsional, mental dan fungsi emosional (Elizabeth Lee *et al*, 2010). Salah satu rehabilitasi yang dilakukan adalah mobilisasi dini yang dapat dilakukan setelah pasien dirawat dalam kurun waktu 24 jam sampai 14 hari pasca serangan, dikarenakan pada masa ini tingkat kerusakan yang terjadi belum parah (Bernhardt J *et al*, 2010). Mobilisasi dini bertujuan agar kecacatan akibat serangan stroke dapat seminimal mungkin dan fungsional yang masih tersisa pada penderita dilatih untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan yang terbaik adalah dapat bekerja kembali, dengan pola gerak yang mendekati normal.

Mobilisasi dini yang dilakukan dengan benar akan memberikan hasil yang baik pasca serangan stroke (Bernhardt J, 2010), mobilisasi yang dilakukan juga harus memperhatikan kondisi dari pasien di antaranya : 1) kondisi pasien harus dalam kondisi stabil, 2) status respirasi stabil, 3) tekanan darah tidak boleh melampau batas hipertensi (140/90 mmHg), 4) mobilisasi di mulai dengan gerakan lambat (Setiawan, 2006). Mobilisasi dini yang dilakukan adalah tugas fisioterapi yang mambantu mengembalikan kemampuan aktivitas fungsional dan keterampilan anggota gerak (Elizabeth Lee *et al*, 2010).

Penanganan rawat inap pasien stroke di rumah sakit pada umumnya tidak semua pasien diterapkan mobilisasi dini pasca serangan stroke karena berbagai faktor dan masalah yang mempengaruhi pemulihan diantaranya: umur, kematangan dari area yang rusak, fungsi dari area yang tersisa, ukuran lesi, latihan yang diberikan, lingkungan. Penanganan mobilisasi dini diharapkan dapat diberikan kepada semua pasien pasca serangan stroke yang sudah dinyatakan stabil secara medis demi kualitas hidup pasien yang lebih baik pasca serangan stroke.

B. Masalah Penelitian

Adapun masalah penelitian ini adalah “Apakah ada pengaruh mobilisasi dini pada stroke non hemoragik kondisi akut terhadap kemampuan aktivitas fungsional pasien di Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi Semarang?”.

C. Tujuan penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana mobilisasi dini dapat meningkatkan kemampuan aktivitas fungsioanal pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi Semarang.

D. Pembatasan Masalah

Karena banyaknya jenis stroke maka penulis hanya meneliti pengaruh pemberian mobilisasi dini pada stroke non hemoragik kondisi akut terhadap kemampuan fungsional aktivitas sehari-hari pasien yang dilakukan di RSUP Kariadi Semarang.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini antara lain:

1. Peneliti dapat meningkatkan pemahaman tentang jenis-jenis stroke, pengaruh pemberian mobilisasi dini pada kondisi stroke terhadap kemampuan dari fungsional aktivitas pasien yang dirawat di rumah sakit.
2. Institusi pendidikan mendapatkan tambahan pengetahuan ilmiah di bidang fisioterapi khususnya tentang jenis-jenis stroke, mobilisasi dini fisioterapi pada kondisi stroke dan peningkatan dari fungsional aktivitas pasien.
3. Institusi pelayanan dapat mewujudkan pelayanan yang lebih baik bagi pasien/masyarakat.
4. Pasien/masyarakat mendapatkan tindakan terapi yang dapat meningkatkan fungsional aktivitas.