

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berdasarkan Undang – Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 46 dan 47 menyatakan bahwa untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif* yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh dan berkesinambungan. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan diselenggarakan untuk mengembalikan status kesehatan akibat penyakit, mengembalikan fungsi badan akibat cacat atau menghilangkan cacat.

Stroke adalah penyebab cacat nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia. Penyakit ini telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting, dengan dua pertiga stroke sekarang terjadi di negara – negara yang sedang berkembang. Secara global, pada saat tertentu sekitar 80 juta orang menderita akibat stroke. Terdapat sekitar 13 juta korban stroke baru setiap tahun, di mana sekitar 4,4 juta di antaranya meninggal dalam 12 bulan. Terdapat sekitar 250 juta anggota keluarga yang berkaitan dengan para pengidap stroke yang bertahan hidup. Selama perjalanan hidup

mereka, sekitar empat dari lima keluarga akan memiliki salah seorang anggota mereka yang terkena stroke (Valery, 2004).

Jumlah penderita stroke di Indonesia terus meningkat. Dosen Program Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada (UGM) Prabandari mengatakan jumlah penderita terbanyak pada usia di atas 45 tahun. Meski begitu, penderita usia muda juga menunjukkan peningkatan dari segi jumlah. Pada Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) jumlah penderita stroke di tahun 2007 usia 45-54 sekitar 8 persen, sedangkan pada tahun 2013 mencapai 10 persen. Selanjutnya jumlah penderita stroke usia 55-64 tahun pada Riskesdas 2007 sebanyak 15 persen, sedangkan pada Riskesdas 2013 mencapai 24 persen. Pada Riskesdas 2013 jumlah penderita stroke pada usia 15-24 tahun sudah ada yakni 0,2 persen dan ini termasuk tinggi (Prabandari, 2014).

Menurut data dari Dinas Kesehatan Jawa Tengah, terjadi kenaikan angka kasus hipertensi pada tahun 2011 yaitu dari 562.117 kasus menjadi 634.860 kasus. Selain itu angka prevalensi untuk kasus penyakit stroke cukup tinggi yaitu 0,03% untuk stroke hemoragik dan 0,09% untuk stroke non hemoragik (CIMSAS UNS, 2013).

Berdasarkan data dari Rekam Medis, jumlah pasien stroke di RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen pada tahun 2013 dari bulan Januari sampai Desember didapatkan data kejadian 781 pasien stroke. Sedangkan jumlah pasien stroke di Bangsal Dalam dari Januari sampai Juni 2014 sebanyak 215

kasus. Sehingga rata – rata tiap bulan di bangsal dalam terdapat 36 kasus stroke.

Berdasarkan data diatas, maka penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kematian yang mendadak ataupun kecacatan fisik dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut, yang berdampak seseorang menjadi tidak produktif bahkan mungkin tergantung pada orang lain dan menjadi beban keluarga dan masyarakat yang akhirnya mempengaruhi pada sosial ekonomi keluarga. Pasien stroke membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal atau mempersiapkan penderita cacat secara fisik, mental, sosial, untuk suatu kehidupan yang penuh sesuai dengan kemampuan yang ada, untuk itu pasien stroke membutuhkan program rehabilitasi (Okti, 2004).

Rehabilitasi pasca stroke bertujuan agar penderita dapat hidup mandiri dan produktif kembali. Tingkat irehabilitasi pasca stroke sangat tergantung dari banyak aspek : mulai dari seberapa luas kerusakan di otak, waktu penanganan yang sedini mungkin (*golden peroid*), profesional yang menangani (dokter, fisioterapi, dll), peran serta keluarga dan teman dan yang terpenting adalah niat dan usaha dari penderita itu sendiri. Mobilisasi dini merupakan salah satu bentuk rehabilitasi awal dari kondisi penyakit tertentu, dalam hal ini pada klien yang mengalami serangan stroke. Mobilisasi dini dilakukan secepatnya di tempat tidur, tujuannya untuk memulai kegiatan yang mamperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan teknik lain (Iskandar, 2007).

Tujuan mobilisasi adalah untuk mencegah terjadinya kekakuan (*kontraktur*) dan kemunduran pemecah kekakuan (*deconditioning*), mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah medis, dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya. Bila usaha ini dilakukan dengan segera, maka kekakuan otot dapat berkurang secara cepat perhari sekitar 3%. Pemecah kekakuan atau *deconditioning* mulai dalam waktu 24 – 49 jam pertama. Selain itu, mobilisasi sedini mungkin dapat mencegah berbagai komplikasi seperti infeksi daerah saluran perkemihan, pneumonia aspirasi, nyeri karena tekanan, kontraktur, tromboflebitis, dekubitus (Hudak and Gallo,2005)

Hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan di bangsal dalam didapatkan, dari 5 keluarga pasien yang ditemui oleh peneliti terdapat 2 keluarga yang aktif memberi bantuan mobilisasi misalnya menggerakkan kaki dan tangan di tempat tidur atau merubah posisi tidur pasien. Sedangkan 3 keluarga yang lain menunggu fisioterapi atau perawat yang melakukan mobilisasi. Mereka hanya melakukan mobilisasi ketika memandikan, mengganti pakaian atau perlak, dan ketika pasien hendak merubah posisi tidur. Keluarga mengatakan bila pasien terlihat nyaman atau tidur nyenyak keluarga mengganjal dengan bantal dan dibiarkan dalam posisi tersebut meskipun lebih dari 2 jam. Saat wawancara dengan 2 keluarga pasien yang aktif mendukung pasien mengatakan motivasi memberikan dukungan karena mereka optimis pasien bisa pulih meskipun tidak dapat kembali normal seperti sebelumnya. Sedangkan 3 keluarga yang lain mengatakan percaya

pada petugas kesehatan dan mereka takut bila yang dilakukan salah dapat menyebabkan keparahan pada pasien, jika petugas kesehatan membolehkan atau menyuruh, keluarga baru melakukan.

Peran keluarga dalam rehabilitasi pasien *pasca stroke* sangatlah besar, tetapi anggota keluarga sebaiknya menerima bantuan psikososial dan praktis di setiap tahap. Staf rumah sakit sebaiknya mampu memberikan informasi yang jelas mengenai bagaimana merawat dan membantu pasien, dan juga sebaiknya mampu membentuk kemitraan untuk memecahkan masalah (Vallery, 2004).

Untuk meningkatkan partisipasi keluarga diperlukan pendidikan kesehatan. Disinilah peran perawat profesional sebagai pendidik diperlukan. Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik (Notoatmojo, 2007).

Melihat pentingnya peran keluarga dalam proses penyembuhan pada pasien stroke, maka perlu diberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan peran serta keluarga dalam proses rehabilitasi. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti merasa tertarik dan berniat mengadakan penelitian tentang “Pengaruh penyuluhan tentang mobilisasi terhadap perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.”.

B. Rumusan Masalah

“Apakah ada pengaruh penyuluhan tentang mobilisasi terhadap perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mendeskripsikan dan menganalisis pengaruh penyuluhan tentang mobilisasi terhadap perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke sebelum dilakukan penyuluhan di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.
- b. Mendiskripsikan perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke setelah dilakukan penyuluhan kesehatan di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.
- c. Menganalisis pengaruh antara penyuluhan terhadap perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis (Ilmu Pengetahuan Keperawatan)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

2. Manfaat Praktis

a. Klien dan masyarakat (pembaca)

Menambah pengetahuan tentang penyuluhan dan mobilisasi pasien stroke, bagi pasien dapat mempersingkat hari perawatan sehingga menghemat biaya perawatan.

b. Perawat

Memberikan tambahan pengetahuan bagi perawat mengenai penyuluhan dan mobilisasi pasien stroke.

c. Institusi kesehatan (Rumah Sakit)

Sebagai masukan dalam rangka upaya – upaya membantu mobilisasi pasien stroke.

d. Peneliti selanjutnya

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai data dasar bagi peneliti-peneliti selanjutnya, terkait dengan topik yang masih berhubungan dengan penyuluhan, mobilisasi maupun perilaku keluarga.

E. Keaslian penelitian

Penelitian dengan judul "Pengaruh pendidikan kesehatan tentang mobilisasi terhadap perilaku keluarga dalam membantu mobilisasi pasien stroke di Bangsal Dalam RSUD dr Soehadi Prijonegoro Sragen", belum pernah dilakukan sebelumnya, tetapi penelitian yang hampir serupa pernah dilakukan yaitu

1. Farida (2009), tentang "Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Tindakan Mobilisasi Dini Pasien Stroke Fase Akut di RSUD Dr Muwardi Surakarta. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif dengan tingkat signifikansi lemah antara variable pengetahuan dan sikap perawat terhadap tindakan mobilisasi dini pasien stroke fase akut. Korelasi *Kendall Tau* sebesar 0.224 ($p = 0,59$) untuk korelasi sikap perawat terhadap tindakan mobilisasi dini dan 0,216 ($p = 0,101$) untuk korelasi pengetahuan dan tindakan. Persamaannya dengan penelitian ini adalah variabel penelitian yang sama-sama meneliti tentang mobilisasi dini. Sedangkan perbedaannya dengan penelitian ini adalah variabel pengetahuan dan sikap perawat, metode penelitian, sampel penelitian, dan perbedaan yang lain adalah waktu penelitian.
2. Yuniarsih (2009), tentang "Pengalaman *Caregiver* Keluarga Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Pasca Akut di RSUP Fatmawati". Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa informasi dan perencanaan pulang bermanfaat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap pasca akut. Persamaannya dengan penelitian ini adalah variabel

penelitian yang sama-sama meneliti tentang stroke dan keluarga. Sedangkan perbedaannya dengan penelitian ini adalah variabel pendidikan kesehatan dan mobilisasi, metode penelitian, sampel penelitian, dan perbedaan yang lain adalah waktu penelitian.

3. Ningsih (2011), tentang “Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Pelaksanaan Penyuluhan Mobilisasi Dini Pada Pasien Pre Operasi di Irna B Bedah RSUP Dr M. Djamil Padang”. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan penyuluhan mobilisasi dini ($p = 0,007$), dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan penyuluhan mobilisasi dini ($p = 0,244$). Persamaannya dengan penelitian ini adalah variabel penelitian yang sama-sama meneliti tentang mobilisasi dini. Sedangkan perbedaannya dengan penelitian ini adalah metode penelitian, sampel penelitian, dan perbedaan yang lain adalah waktu penelitian.