**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Di era globalisasi dengan perkembangan teknologi diberbagai bidang termasuk informasi, manusia modern semakin menemukan sebuah ketidak berjarakan yang membuat belahan dunia yang satu dengan dunia yang lain seakan tampak menyatu sehingga terbentuklah apa yang dinamakan *global village*. Ketika era globalisasi menyebabkan informasi semakin mudah diperoleh, negara berkembang dapat segera meniru kebiasaan negara barat yang dianggap cermin pola hidup modern. Sejumlah prilaku seperti mengkonsumsi makanan-makanan siap saji yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stress, telah menjadi gaya hidup manusia terutama di perkotaan. Padahal kesemua perilaku tersebut dapat merupakan faktor-faktor penyebab penyakit berbahaya seperti jantung dan stroke (Kemenkes RI, 2015).

Pembangunan berwawasan kesehatan sebagai strategi pembangunan nasional yang tercantum dalam Visi Departemen Kesehatan yaitu “Indonesia Sehat 2025” salah satu misinya yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik lndonesian (Kemenkes RI, 2015). Pada derajat keparahan Stroke sangat akut mungkin sulit untuk memprediksi apakah pasien-pasien Stroke dengan defisit neurologis yang berat akan terjadi perbaikan atau akan terjadi kecacatan yang menetap, bahkan akan menyebabkan kematian. Dari hasil penelitian di Indonesia, didapatkan hasil bahwa rata-rata yang terserang Stroke berusia antara 18-95 tahun dengan gejala dan tanda klinis terbesar adalah gangguan motorik (90,5%), kemudian nyeri kepala (39,8%), disartria (35,2%), gangguan sensorik (22,3%) dan disfasia (15,6%) (Goldszmidt dan Caplan, 2013).

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (hemiparase) disamping kecacatan-kecacatan lainnya. Angka kejadian hemiparase semakin meningkat seiring dengan meningkatnya angka kejadian stroke. Jumlah penderita stroke cenderung meningkat setiap tahun, bukan hanya menyerang penduduk usia tua, tetapi juga dialami oleh mereka yang berusia muda dan produktif (Goldszmidt dan Caplan, 2013).

Setiap tahun, kurang lebih 15 juta orang diseluruh dunia terserang stroke. Menurut WHO sekitar 500 juta orang mengalami stroke. Sedangkan di Inggris sekitar 250.000 orang. *American Heart Association* (AHA) menyebutkan bahwa setiap tahun terjadi 750.000 kasus stroke baru di Amerika. Dari data tersebut menunjukkan bahwa setiap 45 menit ada satu orang Amerika yang terkena serangan stroke. Terdapat kira-kira 2 juta orang bertahan hidup dari stroke yang mempunyai kecacatan, dari angka ini 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (Goldszmidt dan Caplan, 2013).

Berdasarkan hasil Riskesdas (2014), prevalensi penyakit stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibandingkan dengan perempuan (6,8%) (Kemenkes RI, 2015).

Penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30%-40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu 6 jam pertama (*golden periode*), namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparese. Penderita stroke *post* serangan membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal. Terapi dibutuhkan segera untuk mengurangi cedera cerebral lanjut, salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke yaitu mobilisasi persendian dengan latihan *range of motion* (Goldszmidt dan Caplan, 2013).

Ektremitas atas perlu dilatih karena mempunyai fungsi yang penting dalam melakukan aktifitas sehari-hari seperti untuk makan, mandi, kebersihan diri, berpakaian, toileting, dan lain-lain (Irfan, 2010). Latihan ROM biasanya dilakukan pada pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total (Suratun; dkk, 2012).

Pentingnya pemberian informasi mengenai *range of motion* (ROM) dapat berdampak pada proses penyembuhan serta pemulihan pasien stroke. Pemberian *range of motion* (ROM) bermanfaat untuk mencegah terjadinya kontraktur (kekuatan sendi), mempertahankan stabilitas gerak sendi, meningkatkan kekuatan otot sehingga terjadi peningkatan kemampuan mobilisasi pada klien stroke yang pada akhirnya mengurangi ketergantungan klien dan beban biaya perawatan dan pengobatan. Pemulihan kekuatan otot ekstremitas atas dan pengembalian kelenturan sendi memerlukan rehabilitasi secepat mungkin setelah kondisi pasien dianggap. Rehabilitasi yang diberikan dapat berupa latihan ROM pasif asistif spring grip pada ekstremitas atas, latihan ini dilakukan oleh pasien dengan bantuan terapis atau perawat (Lukman dan Ningsih, 2012).

Perawat sebagai anggota tim kesehatan yang paling banyak berhubungan dengan pasien dituntut meningkatkan secara terus-menerus dalam hal pemberian informasi dan pendidikan kasehatan sesuai dengan latar belakang pasien dan keluarga, selanjutnya dilakukan oleh tim rehabilitasi dokter rehabilitasi medik, fisioterafis, Ahli terapi okupasi, Ahli terapi wicara, Psikolog, Petugas sosial medis keluarga atau orang terdekat (Suratun; dkk, 2012).

R*ange of motion* (ROM) dapat ini diharapakan dapat membantu mobilasasi pada pasien stroke dalam memulihkan kekuatan otot serta bagaimana bergerak nyaman dan aman. Terapi ini dilakukan oleh pasien secara efektif dengan bantuan dari perawat atau fisioterapi untuk mencapai hasil yang optimal (Suratun; dkk, 2012).

Pasien yang mengalami stroke mengalami immobilisasi apa bila tidak dilakukan latihan gerakan *range of motion* maka terjadi penurunan masa otot, berkurangnya kekuatan otot, kontraktur sehingga mobilisasi pasien menurun dan akhirnya aktivitas sehari-sehari menjadi terganggu. Walaupun sudah dilakukan penangan *range of motion* pasif di unit stroke, tetapi tidak memberikan hasil yang optimal maka pasien masih melakukannya di rawat inap sampai pada rehabilitasi, hal tersebut bisa disebabkan oleh banyak faktor salah satunya penerapan standar gerakan *range of motion* yang mungkin tidak dilakukan oleh pasien (Suratun; dkk, 2012).

Menurut hasil catatan evaluasi perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin, jumlah penderita Stroke pada tahun 2014 adalah 506 orang yang terdiri dari Stroke Non Hemoragik 271 orang (40%) dan Stroke Hemoragik 235 orang (35%) dan jumlah penderita Stroke yang pernah dirawat pada tahun 2015 hingga bulan November adalah sebanyak 441 orang yang terdiri dari Stroke Non Hemoragik sebanyak 254 orang (39%) berada di peringkat pertama dan Stroke Hemoragik sebanyak 187 orang (29%) berada di peringkat kedua. Pada tahun 2015 terhitung Januari hingga Oktober, tercatat kejadian Stroke sebanyak 304 kasus (54,3%) dari 559 kasus Stroke (Rekapitulasi Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin, 2015).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada hari senin tanggal 21 Desember 2016 diketahui bahwa dari 10 pasien laki-laki yang mengalami stroke di Stroke *Center* RSUD Ulin Banjarmasin. Dari 10 pasien stroke diketahui 3 orang (30%) tidak dapat melakukan *range of motion* dengan usaha sendiri dan membutuhkan bantuan perawat atau keluarga dan 7 orang (70%) dapat melakukan *range of motion* dengan usaha sendiri tanpa bantuan perawat. Dari 10 orang pasien, 8 orang pasien kurang mengetahui mengenai cara melakukan ROM, menurut mereka ROM yang dimaksud hanya jalan kaki atau melatih kaki untuk bergerak sedangkan dua orang lainnya mengetahui sedikit tentang ROM dari internet. Dari 10 orang pasien, dua orang pasien pulang mengatakan mendapatkan obat-obatan dan cara penggunaan obat serta jadwal kontrol ulang dengan dokter. Mereka tidak mendapatkan pembekalan mengenai cara ROM.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis akan melakukan penelitian mengenai pemberian informasi tentang *range of motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin.

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimana pemberian informasi tentang *range of motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin?”

1. **Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemberian informasi tentang *range of motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin.

1. **Manfaat Penelitian**
2. Manfaat Teoritis

Sebagai informasi bagi peneliti selanjutnya dan sumbangan pengembangan dan penyempurnaan ilmu pengetahuan yang sudah ada.

1. Manfaat Praktis
2. Bagi Pasien

Sebagai masukan bagi pasien stroke dalam upaya mencegah dan mengurangi derajat keparahan stroke serta mencegah terjadinya komplikasi lain yang ditimbulkan akibat stroke.

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk membuat program menurunkan angka kematian akibat stroke maupun mengurangi resiko derajat keparahan penyakit stroke.

1. Bagi Peneliti dan peneliti selanjutnya

Penelitian ini merupakan kegiatan yang dapat menambah pengetahuan dan pengalaman. Bagi peneliti selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam pembuatan skripsi dengan mengambil variabel lebih luas.

1. **Keaslian Penelitian**

Peneliti belum menemukan penelitian yang sama, penelitian yang sejenis dengan penelitian ini adalah:

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peneliti | Judul | Metode Penelitian | Hasil Penelitian |
| Muhammad Rifqi (2016) | Gambaran pelaksanaan range of motion (ROM) pasif pasien stroke di Stroke Center RSUD Ulin Banjarmasin. | * Sampel berjumlah 30 orang
* Metode: deskriptif.
 | Sebagian besar reponden sebanyak 21 orang (70%) dilakukan Range Of Motion (ROM) Pasif. Gambaran pelaksanaan range of motion (ROM) pasif pasien stroke di Stroke Center RSUD Ulin Banjarmasin sebagian besar dilakukan cukup. |
| Sikawin (2013) | pengaruh latihan *Range of Motion* terhadap kekuatan otot pasien stroke di BLU RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado | * metode *Nonequivalent Control Group* Desain
 | Hasil analisa menunjukkan skore kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan range of motion mengalami peningkatan skore rata-rata 3.87 |
| Mardati, (2014) | Perbedaan *range of motion spherical grip* dan *cylindrical grip* terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang | * *quasi experiment* dengan rancangan *two group pre-post test design*
 | Hasil statistik menunjukkan tidak ada perbedaan efektivitas *range of motion spherical grip* dan *cylindrical grip* terhadap kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke dilihat dari p value 0,750 (> 0,05).  |

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mengetahui gambaran pemberian informasi tentang *range of motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin.
2. Penelitian ini dilakukan secara wawancara, dokumentasi dan kuesioner pada pasien stroke dengan *teknik accidental sampling*.
3. Waktu dan tempat penelitian yang digunakan berbeda dengan penelitian sebelumnya.