

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur (pecah), kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (AHA, 2015). Penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan penderita mendapati kelemahan fisik dan psikis. Seringkali penderita mengalami kelemahan bahkan kelumpuhan pada bagian tubuh tertentu secara fisik. Keterbatasan ini membuat penderita bergantung kepada orang lain, terutama keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari yakni ke toilet, makan, berpakaian, mandi dan berpindah tempat (Rayanti, 2018).

Adapun gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (vertigo) (Pinzon & Asanti, 2010).

Data dari 28 rumah sakit di Indonesia, pasien yang mengalami gangguan motorik sekitar 90,5% (Misbach & Soertidewi, 2011). Gangguan motorik atau disabilitas (kecacatan fisik) tersebut

mengakibatkan penderita mengalami kesulitan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari atau ADL (*Activity Daily Living*) sehingga pasien memerlukan bantuan dalam melakukan ADL yang meliputi makan, berpakaian, mandi, *toileting*, berhias, pengontrolan eliminasi, berpindah, dan mobilisasi secara mandiri. Keadaan ini menyebabkan pasien stroke membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Fricke, 2010).

ADL merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan paling dasar untuk manusia. Sehingga jika kebutuhan dasar manusia itu sendiri tidak terpenuhi akan timbul berbagai masalah yang mempengaruhi kualitas hidupnya (Rohman dkk, 2012). Kebutuhan ADL yang tidak dipenuhi akan memiliki dampak kepada klien berupa dampak fisik yaitu klien mudah terserang berbagai penyakit fisik diantaranya gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, gangguan fisik pada kuku dan diare. Dampak psikososial yaitu gangguan interaksi sosial dalam aktivitas hidup sehari-hari klien yang kurang mendapatkan perawatan diri, klien mempunyai harga diri rendah khususnya dalam hal identitas dan perilaku, klien menganggap dirinya tidak mampu untuk mengatasi kekurangannya (Wartonah, 2010). Bila seseorang dapat mencapai kualitas hidup yang tinggi, maka kehidupan pada individu tersebut akan sejahtera, dan sebaliknya seseorang tidak mencapai kualitas hidupnya, maka kehidupan pada individu kurang sejahtera (Rohman dkk, 2012).

Pasien yang telah mendapat serangan stroke, intervensi rehabilitasi medis sangat penting untuk mengembalikan pasien pada kemandirian mengurus diri sendiri dan melakukan aktivitas sehari-hari atau ADL tanpa menjadi beban bagi keluarganya. Perlu diupayakan agar pasien tetap aktif setelah stroke untuk mencegah timbulnya komplikasi tirah baring dan stroke berulang (*secondary prevention*). Komplikasi tirah baring dan stroke berulang akan memperberat disabilitas dan menimbulkan penyakit lain yang bahkan dapat membawa kepada kematian (Wirawan, 2009).

Data WHO tahun 2012 menunjukkan sekitar 31% dari 56,5 juta orang atau 17,7 juta orang di seluruh dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler, sebesar 7,4 juta disebabkan penyakit jantung koroner, dan 6,7 juta disebabkan stroke (Mardana, 2017).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012).

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mil dan yang berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh nakes. Penyakit stroke terlihat meningkat

seiring peningkatan umur responden. Prevalensi stroke sama banyak pada laki-laki dan perempuan (Rikesdas, 2013).

Menurut data Rikesdas tahun 2013, di Wilayah Yogyakarta tercatat bahwa penyakit stroke yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 10,3% dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejalanya sebesar 16,9%. Penyakit stroke di Yogyakarta menduduki peringkat kedua setelah Kota Sulawesi Utara.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) Sleman menunjukkan dari total 1.067.436 jiwa penduduk setempat, sebanyak 10 persennya menderita stroke. Jumlah tersebut diukur dari diagnosis dan gejala pasien yang memeriksakan kesehatannya. (Purnama, 2015).

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2010, penyakit stroke menduduki peringkat ke-3 dari 10 besar penyakit rawat jalan di RSUD Sleman golongan usia 45-65 tahun sebanyak 238 kasus. Sedangkan untuk golongan usia >65 tahun, stroke menduduki peringkat ke-2 sebanyak 220 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, 2010). Peneliti melakukan wawancara kepada perawat Poliklinik Saraf di RSUD Sleman, ditahun 2017 jumlah pasien *post stroke* setiap bulannya 138 sedangkan ditahun 2018 jumlah pasien *post stroke* di Bulan Desember 2018 sebanyak 157 pasien yang kontrol di Poliklinik Saraf RSUD Sleman. Peneliti juga melakukan wawancara dengan salah satu pasien *post stroke* pada saat itu kontrol di Poliklinik Saraf di RSUD Sleman dan didapatkan bahwa pasien ingin melakukan aktivitas sehari-hari seperti

dulu sebelum terserang penyakit stroke namun pasien mengatakan tidak mampu untuk bisa berjalan jauh, sehingga butuh alat kursi roda dan bantuan untuk mendorong kursi rodanya.

Berdasarkan masalah-masalah yang telah disebutkan perlu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya pada pasien post stroke. Supaya penyakit stroke yang diderita oleh pasien tidak membebani beban keluarga, masyarakat dan negara. Pelayanan dan dukungan bagi kelompok ini perlu mendapat perhatian. Dengan demikian ada peningkatan pada pasien *post stroke* terhadap produktivitas, kesehatan serta kualitas hidupnya secara mandiri. Sehingga timbul keinginan peneliti untuk melakukan penelitian mengenai ‘Gambaran Kemampuan Pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) Pada Pasien *Post Stroke* di RSUD Sleman’.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, rumusan masalah pada penelitian ini yaitu bagaimana ‘Gambaran Kemampuan Pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) Pada Pasien *Post Stroke* di RSUD Sleman’.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Diketuinya gambaran kemampuan pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan makan pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman
- b. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan mandi pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman
- c. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan penggunaan kamar mandi pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman
- d. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan pengontrolan buang air besar dan buang air kecil pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman
- e. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan berpakaian dan berhias pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman
- f. Diketuainya kemampuan memenuhi kebutuhan mobilisasi (berpindah tempat, berjalan, dan naik turun tangga) pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman

### **D. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup pada penelitian ini yaitu dibidang keperawatan klinis khususnya pada Keperawatan Medikal Bedah (KMB) karena masalah yang diteliti mengenai tingkat kemampuan pasien *post stroke* dalam ADL (*Activity Daily Living*).

## **E. Manfaat Peneliti**

### 1. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memperkaya ilmu pengetahuan tentang Keperawatan Medikal Bedah mengenai ‘Gambaran Kemampuan Pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) Pada Pasien *Post Stroke* di RSUD Sleman’

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi RSUD Sleman

##### 1) Bagian manajemen

Untuk membantu rehabilitasi khususnya pasien *post stroke* di RSUD Sleman untuk memberikan pelayanan komprehensif.

##### 2) Perawat Poliklinik Saraf

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan gambaran kemampuan pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) pada pasien *post stroke* di RSUD Sleman. Selain itu, penelitian ini bisa menjadi referensi atau bahan pertimbangan bagi pelaksanaan program asuhan keperawatan khususnya pada pasien *post stroke*.

#### b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat membantu dan digunakan sebagai data dasar yang dapat dijadikan bahan dalam pengembangan temuan baru dan menambah ilmu pengetahuan.

## F. Keaslian Peneliti

1. Ratnasari, Kristiyawati, & Solechan (2012), dalam penelitian yang berjudul 'Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan *Activity Daily Living* Dengan Depresi Pada Pasien Stroke Di RSUD Tugurejo, Semarang' metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *deskriptif korelatif*. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan jumlah responden 20. Alat pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)* dan observasi indeks barthel. Kriteria inklusi penelitian yaitu pasien yang mengalami stroke dan tidak mengalami tetraplegia. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisa univariat mencari nilai minimal, maksimal, mean, median, modus, dan data ADL serta skala depresi dari pasien. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara depresi dengan ADL pasien stroke. Terlihat dari hasil variabel depresi sebagian besar responden mengalami depresi sedang (60%) dan pada variabel ADL sebagian besar termasuk kategori ADL sangat tergantung (45%). Hasil analisis *spearman rank* dinyatakan ada hubungan antara depresi dengan ADL pasien stroke di RSUD Tugurejo Semarang.

Persamaan dari penelitian ini adalah sama sama meneliti ADL (*Activity Daily Living*) dan mengukur ADL menggunakan indeks barthel. Selain itu perbedaan dari penelitian ini adalah metode yang digunakan menggunakan deskriptif kemudian teknik pengambilan data

menggunakan teknik *accidental sampling* dengan jumlah 40 responden. Penelitian ini hanya menggunakan kuesioner indeks barthel saja. Kriteria inklusinya yaitu pasien *post stroke* yang kontrol di poliklinik saraf RSUD Sleman.

2. Kuspitasi (2014), dalam penelitiannya yang berjudul ‘Kemandirian Pemenuhan Kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) Pada Penderita Stroke Di Poli Saraf Rumah Sakit Abdoer Rahem Situbondo’ pada penelitian ini digunakan desain penelitian deskriptif. Variabel yang digunakan adalah kemandirian pemenuhan kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) pada penderita stroke. Jumlah sample sebanyak 30 responden dan sampling yang digunakan pada penelitian adalah *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar *chek list* dengan bantuan wawancara. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar kemandirian aktivitas responden adalah ketergantungan sedang sebanyak 17 responden (56,7%). Untuk mendapatkan penjelasan yang lebih bermakna peneliti menemukan aktivitas yang paling banyak di bantu yaitu makan dan naik/ turun tangga sebanyak 29 responden. Sedangkan aktivitas yang mandiri sebanyak menontrol buang air besar dan buang air kecil sebanyak 22 responden.

Persamaan dari penelitian ini adalah sama-sama menggunakan metode penelitian deskriptif dan variabel tunggal yaitu kemandirian pemenuhan kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*), teknik

pengumpulan data menggunakan lembar *chek list*, subyek yang digunakan pasien *post stroke* yang kontrol di poli saraf. Selain itu perbedaan dari penelitian ini adalah teknik pengambilan data menggunakan *accidental sampling* karena semua responden memiliki kesamaan yaitu *post stroke*. Penelitian ini dilaksanakan di poliklinik saraf RSUD Sleman dan jumlah sampel yang diambil 40 responden.