

# REHABILITASI KLIEN PASCA STROKE

Okti Sri Purwanti \*

Arina Maliya \*\*

## Abstract

Stroke can be definition as neurology deficit which has sudden commencement and continue for as conclusion of brain vascular disease. Stroke cause brain cells died and appearance acute condition, known as one of medical problem which threaten to life. Problems that appear on stroke client such as hypertension on brain cavity, respiratory system and cardiovascular obstruction, language malfunction, tendon and articulation malfunction which cause weakness or lame. Stroke client need good handle to prevent physical and mental abnormality on productive or elderly age which cause somebody become unproductive even that maybe become dependent on somebody else and burden to their family, for that post stroke client need beginning rehabilitation such as earlier mobilization. By doing mobilization as soon as possible, then can prevent complication such as bladder infection, pneumonia etcetera, therefore earlier mobilization accomplishment very important and must be done repeatedly and continued, often appear boredom and unwillingness client to continue practice

Keywords: post stroke client, earlier mobilization.

---

\* Okti Sri Purwanti

Dosen Jurusan Keperawatan FIK UMS jalan Ahmad Yani tromol Pos 1 Pabelan Kartasura

\*\* Arina Maliya

Dosen Jurusan Keperawatan FIK UMS jalan Ahmad Yani tromol Pos 1 Pabelan Kartasura

---

## PENDAHULUAN

Stroke dan penyakit serebrovaskuler adalah penyebab kematian utama kedua setelah jantung. Tercatat lebih dari 4,6 juta meninggal di seluruh dunia, dua dari tiga kematian terjadi di negara sedang berkembang (WHO,2003). Angka kejadian stroke di Indonesia meningkat dengan tajam. Bahkan, saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia (Yastroki, 2007).Kasus stroke di RSCM sekitar 1.000 per tahun.Penanganan di RSCM mampu menekan angka kematian akibat stroke dari 40% menjadi 25%, bahkan di Unit Pelayanan Khusus Stroke Soepardjo Roestam yang merupakan unit swadana bisa ditekan menjadi 13% (Siswono, 2003). Unit Stroke RSUP Dr Kariadi yang sejak berdiri pada 7 juni 2000 –19 juli 2001, unit ini telah menangani 658 penderita stroke (Unit Stroke RSUP dr. Kariadi, 2001). Dari sejumlah klien post stroke, 10% klien dapat kembali bekerja tanpa kelemahan, 40% penyandang cacat ringan dan 50% penyandang cacat berat Untuk itu klien post stroke membutuhkan program rehabilitasi.

Program rehabilitasi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang terpadu dengan

pendekatan medik, psikososial, educational-vocational yang bertujuan mencapai kemampuan fungsional semaksimal mungkin dan mencegah serangan berulang. Dalam pelayanan rehabilitasi ini merupakan pelayanan dengan pendekatan multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, dokter rehabilitasi medik, perawat, fisioterapis, terapi occupational, pekerja sosial medik, psikolog serta klien dan keluarga turut berperan. Mobilisasi merupakan salah satu bentuk rehabilitasi awal dari kondisi penyakit tertentu, dalam hal ini pada klien yang mengalami serangan stroke sehingga terhindar dari komplikasi..

## REHABILITASI KLIEN STROKE

Stroke dapat terjadi pada umur berapa saja, musim apa saja, kapan saja, semua suku bangsa, baik wanita maupun pria Penyakit yang mendasari terjadinya stroke disebut faktor resiko. Faktor resiko penyakit stroke menurut Mansjoer, dkk (2000), adalah sebagai berikut:

1). Yang tidak dapat diubah: usia, jenis kelamin pria, ras, riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke, penyakit jantung koroner, fibrilasi atrium.

2). Yang dapat diubah: hipertensi, diabetes mellitus, merokok, penyalahgunaan alcohol atau obat, kontrasepsi oral, hamatrokit meningkat.

Apabila pengendalian faktor resiko dapat dicegah dengan baik, maka biaya upaya tersebut jauh lebih murah dibanding dengan perawatan stroke. Perawatan stroke, termasuk upaya rehabilitasi. Rehabilitasi adalah suatu program yang disusun untuk memberi kemampuan kepada penderita yang mengalami disabilitas fisik dan atau penyakit kronis, agar mereka dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengan kapasitasnya (Harsono, 1996).

Program rehabilitasi menurut Ibrahim (2001) tidak hanya terbatas pada pemulihan kondisi semata, tetapi juga mencakup rehabilitasi yang bersifat psikososial, penuh dengan kasih sayang serta empati yang luas, guna membangkitkan penderita. Rehabilitasi medik meliputi tiga hal, yaitu rehabilitasi medikal, sosial, dan vokasional.

Rehabilitasi medik merupakan upaya mengembalikan kemampuan klien secara fisik pada keadaan semula sebelum sakit dalam waktu sesingkat mungkin.

Rehabilitasi sosial merupakan upaya bimbingan sosial berupa bantuan sosial guna memperoleh lapangan kerja

Rehabilitasi vokasional merupakan upaya pembinaan yang bertujuan agar penderita cacat menjadi tenaga produktif serta dapat melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan kemampuannya.

#### Prinsip-Prinsip Rehabilitasi.

Prinsip-prinsip rehabilitasi menurut Harsono (1996) adalah: 1) Rehabilitasi dimulai sedini mungkin, bahkan dapat dikatakan bahwa rehabilitasi segera dimulai sejak dokter melihat penderita untuk pertama kalinya. 2) Tidak ada seorang penderitapun yang boleh berbaring satu hari lebih lama dari waktu yang diperlukan, karena akan mengakibatkan komplikasi. 3) Rehabilitasi merupakan terapi multidisipliner terhadap seorang penderita dan rehabilitasi merupakan terapi terhadap seorang penderita seutuhnya. 4) Faktor yang paling penting dalam rehabilitasi adalah kontinuitas perawatan. 5) Perhatian untuk rehabilitasi lebih dikaitkan dengan sisa kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau dengan sisa kemampuan yang masih dapat diperbaiki dengan latihan. 6) Dalam pelaksanaan rehabilitasi termasuk pula upaya pencegahan serangan berulang. 7) Penderita GPDO lebih merupakan subyek rehabilitasi dan

bukannya sekedar obyek. Pihak medis, paramedik, dan pihak lainnya termasuk keluarga berperan untuk memberikan pengertian, petunjuk, bimbingan dan dorongan agar penderita selalu mempunyai motivasi yang kuat. 8) Ungkapan Benjamin Franklin berikut ini perlu direnungkan maknanya: *a little neglect may breed mischief.*

#### Tahap Rehabilitasi.

1). Rehabilitasi stadium akut

Sejak awal tim rehabilitasi medik sudah diikutkan, terutama untuk mobilisasi. Programnya dijalankan oleh tim, biasanya latihan aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan, kecuali perdarahan. Sejak awal Speech terapi diikutsertakan untuk melatih otot-otot menelan yang biasanya terganggu pada stadium akut. Psikolog dan Pekerja Sosial Medik untuk mengevaluasi status psikis dan membantu kesulitan keluarga.

2). Rehabilitasi stadium subakut

Pada stadium ini kesadaran membaik, penderita mulai menunjukkan tanda-tanda depresi, fungsi bahasa mulai dapat terperinci. Pada post GPDO pola kelemahan ototnya menimbulkan hemiplegic posture. Kita berusaha mencegahnya dengan cara pengaturan posisi, stimulasi sesuai kondisi klien.

3). Rehabilitasi stadium kronik

Pada saat ini terapi kelompok telah ditekankan, dimana terapi ini biasanya sudah dapat dimulai pada akhir stadium subakut. Keluarga penderita lebih banyak dilibatkan, pekerja medik sosial, dan psikolog harus lebih aktif.

Mobilisasi adalah hal yang menyebabkan Bergeraknya sesuatu (Ramali, Pamoentjak, 1996). Tujuan mobilisasi pada klin stroke menurut Hoeman (1996) adalah: 1) Mempertahankan range of motion. 2) Memperbaiki fungsi pernafasan dan sirkulasi. 3) Menggerakkan seseorang secara dini pada fungsi aktifitas meliputi gerakan di tempat tidur, duduk, berdiri dan berjalan. 4) Mencegah masalah komplikasi. 5) Meningkatkan kesadaran diri dari bagian hemiplegi. 6) Meningkatkan kontrol dan keseimbangan duduk dan berdiri. 7) Memaksimalkan aktivitas perawatan diri

Program mobilisasi segera dijalankan oleh tim, biasanya aktif dimulai sesudah prosesnya stabil, 24-72 jam sesudah serangan kecuali pada perdarahan. Tindakan mobilisasi pada perdarahan subarachnoid dimulai 2-3 minggu sesudah serangan (Harsono, 1996)

Lamanya pasien harus diam di tempat tidur tergantung keadaan tipe CVA dan prakiraan dokter tentang mobilisasi dini. (Long, 1996)

Klien dengan stroke harus dimobilisasi dan dilakukan fisioterapi sedini mungkin, bila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil. Untuk

fisioterapi pasif pada klien yang belum boleh, perubahan posisi badan dan ekstremitas setiap dua jam untuk mencegah dekubitus. Latihan gerakan sendi anggota badan secara pasif 4 kali sehari untuk mencegah kontraktur. (Mansjoer, dkk, 2000)

#### Mobilisasi Dini

a. Pelaksanaan mobilisasi dini posisi tidur.

##### Berbaring terlentang:

Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk.

##### Miring ke sisi yang sehat:

Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku di luruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk.

##### Miring ke sisi yang lumpuh:

Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal.

b. Latihan gerak sendi (*range of motion*)

Latihan gerak sendi aktif adalah klien menggunakan ototnya untuk melakukan gerakan (Hoeman, 1996) dan intinya tidak ada ketidaknyamanan. Menggambarkan gerakan sistematis, dengan rangkaian urutan selama atau setiap tahap. Menampilkan setiap latihan 3x dan rangkaian latihan 2x sehari (Kozier, 1995).

Latihan gerak sendi pasif adalah perawat menggerakkan anggota gerak dan memerintahkan keikutsertaan klien agar terjadi gerakan penuh (Hoeman, 1996).

(1). Latihan gerak sendi pada anggota gerak atas menurut Hoeman (1996) adalah :

(a). Fleksi/ekstensi

Dukung lengan dengan pergelangan tangan dan siku, angkat lengan lurus melewati kepala klien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala di tempat tidur

(b). Abduksi/adduksi

Dukung lengan di pergelangan dengan telapak tangan dan siku dari tubuhnya klien, geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik sehingga mencapai sudut 90° dari bahu,

(c). Siku fleksi/ekstensi

Dukung siku dan pergelangan tangan, tekuk lengan klien sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan

(d). Pergelangan tangan

Dukung pergelangan tangan dan tangan klien dan jari-jari dengan jari yang lain; tekuk pergelangan tangan ke depan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan ke belakang dan tegakkan jari-jari, gerakan pergelangan tangan ke lateral.

(e). Jari fleksi/ekstensi

Dukung tangan klien dengan memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali

(2). Latihan gerak sendi pada anggota gerak bawah menurut Hoeman (1996) adalah:

(a). Pinggul fleksi

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, angkat lutut mengarah ke dada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit atau dengan toleransi klien

(b). Pinggul fleksi/kekuatan

Dukung dari bawah lutut dan tumit klien, mengangkat kaki klien diluruskan setinggi mungkin, pegang sampai hitungan kelima

(c). Lutut fleksi/ekstensi

Dukung kaki bila perlu tumit dan belakang lutut, tekuk setinggi 90 derajat dan luruskan lutut.

(d). Jari kaki fleksi/ekstensi

Dukung telapak kaki klien, tekuk semua jari menurun dan dorong semua jari ke belakang

(e). Tumit inverse/eversi

Dukung kaki klien di tempat tidur dengan satu tangan dan pegang telapak kaki dengan tangan yang lain, putar telapak kaki keluar, putar telapak kaki ke dalam

#### Latihan duduk

Latihan di mulai dengan meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicapai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Latihan duduk secara aktif sering kali memerlukan alat bantu, misalnya trapeze untuk pegangan penderita (Harsono, 1996).

Bangun duduk dilakukan dengan bantuan perawat yang memegang kuat siku sisi yang lumpuh pada tempat tidur, dengan tangan yang lain berjabatan tangan dengan tangan penderita yang sehat. Siku penderita yang sakit harus berada langsung di bawah bahu, bukan di belakang bahu. Latihan ini diulang-ulang sampai penderita merasakan gerakannya. Penyanggaan berat di siku yang menyebar ke atas sendi bahu sisi yang mampu merupakan bagian yang penting dalam

rehabilitas penderita stroke menuju penyembuhan total (Kandel, dkk, 1995).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Rehabilitasi pasien pasca stroke secara teoritis perlu sekali untuk dilakukan. Beberapa metode rehabilitasi dapat dilakukan oleh keluarga pasien maupun pasien di Rumah dan di instansi pelayanan kesehatan

Mengingat pentingnya rehabilitasi pada klien post stroke, maka perlu ditingkatkan motivasi klien untuk mencegah komplikasi dengan cara menekankan manfaat latihan, serta menjelaskan bahwa pemulihan terjadi secara berangsur-angsur sehingga perlu ketekunan dalam latihan dan perlunya meningkatkan partisipasi keluarga yang menunggu dalam membantu pelaksanaan mobilisasi dini.

## DAFTAR PUSTAKA

Harsono. (1996). Buku Ajar Neurologi Klinis. Penerbit Gadjah Mada Press. Yogyakarta.

\_\_\_\_\_. Kapita Selekta neurologi. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.

Hoeman, P. (1996). Rehabilitation Nursing: Process and Application. Second Edition. Mosby Year Book, Inc, St. Louis, USA.

Ibrahim, A. S. (2001). *Stroke*. Medika (Feb). vol XVIII no 2: 80-82

Kozier. (1995). *Fundamental of Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. Addison Wisley

Kandel, E. R. Schwartz, J. H. Jessel, T. M. (1995). *Essential of Neural Science and Behavior dalam An Instruction to Movement*. Prentice Hall International Inc

Long, B.C. (1996). *Essential of Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. Edisi 2. Tim Penerjemah R. Karnaen, dkk. Bandung

Mansjoer, A, dkk. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3. Jilid 2. Penerbit Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.

Siswono. *Penderita Stroke harus segera ditangani*. [www.hyperlink.maito](http://www.hyperlink.maito): Siswono@gizi net. 17 April 2003  
Unit Stroke RSUP Dr. Kariadi. *Setahun Tangani Stroke 658 Pasien*. 25 April 2003

WHO. (2003) *Fakta-fakta tentang Penyakit Jantung dan Stroke*. [www.yayasanpedulijantungdanstroke.com](http://www.yayasanpedulijantungdanstroke.com). 17 April 2007.

Yastroki, 2007, *Angka kejadian stroke meningkat tajam*, <http://www.vastroki.or.id/read.php?id=317>. 22 April 2007