

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini. Stroke merupakan suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan cacat atau kematian. Gejala-gejala klinis yang ditimbulkan berkembang secara cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih (Arisetijono dan Munir, 2017).

Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2016 menunjukkan stroke menempati peringkat kedua sebagai penyakit tidak menular penyebab kematian. Stroke juga menjadi peringkat ketiga penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Setiap tahun ada 15 juta orang diseluruh dunia mengalami stroke. Sekitar 5 juta orang meninggal, sekitar satu pertiga lainnya bertahan hidup dengan mengalami kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO 2010).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI Tahun 2013 prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnose oleh tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang

terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnose oleh tenaga kesehatan. Sedangkan prevalensi stroke tahun 2018 berdasarkan usia lebih dari 15 tahun sebesar 10,9 per mil, hal ini meningkat dibandingkan tahun 2013, dan stroke menjadi penyebab kematian nomor satu di Indonesia (Riskesdas 2018).

Secara nasional prevalensi stroke di Indonesia Tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Provinsi Kalimantan Timur 14,7% dan DI Yogyakarta sebesar 14,6%, Sulawesi Utara sebesar 14,2% sedangkan Jawa Tengah sebesar 11,8% .Berdasarkan kelompok umur bahwa kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan proporsi penderita stroke paling sedikit adalah pada kelompok umur 15-24 tahun (Riskedas, 2018).

Berdasarkan hasil rekapitulasi data kasus baru penyakit tidak menular di Jawa Tengah dilaporkan secara keseluruhan pada tahun 2018 adalah 2.412.297 kasus. Untuk kasus stroke mencapai 3,09%, menempati urutan kelima, setelah kasus hipertensi (57,10%), DM (20,57%), jantung (9,82%) dan asma bronkiale (4,58%). Diperkirakan kasus stroke di Jawa Tengah tahun 2018 sekitar 74.539 kasus (Riskesdas, 2018). Prevalensi stroke di Surakarta tahun 2018 berdasarkan diagnose tenaga kesehatan yang rutin melakukan kontrol adalah sebesar 46,73%, pada urutan

kedelapan setelah Kota Semarang (66,27%), Grobogan (61,52%), dan Banyumas (56,81%) (Risksedas, 2018).

Kerusakan fungsional menyebabkan kelemahan dan kecacatan sehingga menyebabkan penderita stroke tidak produktif. Penderita stroke akan semakin bergantung pada orang lain dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *activity daily living* (ADL) (Karunia, 2016).

Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu hal yang perlu dipertimbangkan oleh keluarga adalah tingkat kemandirian atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari. *Activity Daily Living* (ADL) menurut Brunner (2002) merupakan aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Suparyanto, 2012).

Terdapat kira-kira 4 juta lebih penderita stroke yang bertahan hidup dengan kecacatan yang bervariasi di Amerika Serikat. Sejalan dengan tingginya tingkat kematian pada stroke, penyakit ini juga menyebabkan angka kesakitan atau morbiditas yang signifikan pada orang-orang yang bisa bertahan dengan penyakit stroke. Sebesar 31% membutuhkan bantuan perawatan diri, 20% membutuhkan bantuan

ambulasi, 71% memiliki beberapa gangguan dalam kemampuan bekerja sampai tujuh tahun setelah menderita stroke, dan 16% dirawat di rumah sakit (Black dan Haws, 2014).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) anggota keluarga. Dukungan keluarga merupakan suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu, diperoleh dari orang yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk hubungan interpersonal yang diberikan oleh keluarga kepada pasien, berupa perhatian (perasaan suka, cinta dan empati), bantuan instrumental (barang dan jasa), informasi dan penilaian (yang berhubungan dengan *self evaluation*) (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga juga diperlukan pada penentuan terapi dimana terapi ini untuk mengurangi kerusakan fungsional, agar nantinya pasien lebih mandiri dalam melakukan *activity daily living* (ADL) pasca stroke. Dukungan keluarga akan dapat membantu proses perawatan pasien agar dapat melakukan aktifitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Adanya dukungan yang optimal dari keluarga akan menyebabkan penderita stroke menjadi lebih mandiri dalam melakukan aktifitas dan apabila tidak ada dukungan keluarga maka pasien stroke menjadi ketergantungan kepada orang lain dalam pemenuhan ADL (Karunia, 2016).

Hal tersebut di atas dibuktikan oleh penelitian Sit,*et.al* (2004) dalam Ningtiyas (2017) tentang dampak *social support* pada kesehatan pasien stroke di rumah oleh *family care giver* didapatkan bahwa *family care giver* yang baik pada pasien pasca stroke dapat meningkatkan kemampuan aktifitas hidup sehari-hari (*Activity of Daily Living =ADL*) secara mandiri dan menjadi lebih baik dengan dukungan dan *social support* dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikologis pasien pasca stroke (Ningtiyas, 2017)

Berdasarkan standart mutu pelayanan pasien stroke/*clinical pathway* di Rumah Sakit Umum Islam Kustati bahwa pasien stroke menjalani perawatan rawat inap rata-rata 5-7 hari. Dengan pertimbangan tersebut pasien sudah melewati fase akut, diharapkan kondisi pasien stabil. Kemudian pasien masuk ke fase pemulihan, dimana pada masa pemulihan ini semua pasien pasca stroke pulang ke rumah. Ketika pulang pemenuhan kebutuhan sehari- hari masih tergantung pada keluarga. Pasien stroke yang dipulangkan masih membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi jangka lama bahkan sepanjang sisa hidupnya. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan, untuk itu keluarga dilibatkan dari awal dalam penanganan pasien (Mulyatsih dan Ahmad, 2015)

Menurut data rekam medis RSUI Kustati Surakarta pada 3 bulan (November, Desember 2020 dan Januari 2021) didapatkan angka rerata jumlah pasien stroke yang menjalani rawat jalan di poliklinik syaraf

sebesar 102 pasien. Ini angka rerata yang cukup banyak dalam 1 bulan. Peneliti mencoba melakukan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 3 November 2020, ada 7 pasien stroke yang menjalani kontrol di poliklinik syaraf, Peneliti bertanya tentang dukungan keluarga, diantaranya yaitu penyediaan alat bantu jalan di rumah, penyediaan waktu khusus untuk berlatih atau mengantar ke pelayanan kesehatan, menyediakan makan, obat untuk anggota keluarga yang stroke, dan menghibur dikala sedih. Didapatkan hasil 3 diantaranya mendapatkan dukungan keluarga tinggi dan 4 diantaranya mendapatkan dukungan sedang. Ada diantara mereka tidak mendapatkan penyediaan sarana jalan, saat kontrol tanpa pendampingan karena anak-anak sibuk bekerja, tidak ada yang menghibur dikala sedih.

Mengenai ADL ada beberapa yang saat makan masih disuapi, jalan harus didampingi karena takut jatuh, mandi masih dibantu, gosok gigi dan membersihkan muka beberapa sudah mandiri. Belum ada yang berani naik turun tangga, ada yang bisa buang air kecil sendiri, ada yang dibantu jalan untuk bisa ke toilet. Hasil wawancara yaitu 28% mampu melakukan kebutuhan sehari-hari secara mandiri, 42% ketergantungan berat, dan 28% sisanya ketergantungan sedang.

Melihat dampak stroke yang kompleks dan dukungan keluarga terhadap kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke sangat penting, serta yang diperkuat dengan hasil studi pendahuluan, maka peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai adakah hubungan antara

dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah adalah adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily Living* (ADL) pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan dukungan keluarga pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta
- b. Mendeskripsikan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta.
- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pentingnya dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke.

2. Manfaat Praktis

a. Pasien

Memberikan pemahaman pada pasien tentang pentingnya dukungan keluarga dan lingkungan dapat sebagai motivasi pada pasien pasca stroke agar pasien dapat menikmati produktivitas kehidupannya dalam kehidupan sehari-hari.

b. Keluarga

Keluarga dapat memahami tentang pentingnya memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mengalami stroke dalam meningkatkan aktifitas kehidupan sehari-hari.

c. Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber acuan tenaga medis untuk mengetahui dukungan-dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien pasca stroke dalam mencapai tingkat kemandirian pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

d. Profesi Keperawatan

Memberikan sumbangsih dalam meningkatkan pengetahuan tentang dukungan keluarga yang dapat meningkatkan produktivitas pasien pasca stroke.

e. Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pendidikan dan berguna bagi pengembangan ilmu pengetahuan di Universitas Sahid Surakarta. Selain itu hasil penelitian juga diharapkan dapat memberikan informasi lebih banyak dan memberikan kontribusi empiris bagi penelitian dikemudian hari..

f. Peneliti

Sebagai pengalaman yang berharga dalam memperluas wawasan dan pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke, serta menambah pengalaman dalam hal penulisan.

g. Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat menambah referensi bagi peneliti berikutnya yang memiliki ketertarikan yang sama atau sejenis.

E. Keaslian Penelitian

Yang menjadi dasar dalam penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh:

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

| No | Peneliti/ Tahun/ Judul | Metode | Hasil | Persamaan & Perbedaan |
|----|---|--|---|--|
| 1 | Esa Karunia 2016 "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian <i>Activity of Daily Living</i> Pasca Stroke di Instalasi Rehabilitasi RSU Haji Surabaya" | Metode observasional analitik dengan cara desain study <i>cross sectional</i> . | Hasil penelitian perhitungan dengan <i>Chi-square</i> diperoleh nilai $p=0,018$ dengan $\alpha=0,05$, ini berarti ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan ADL pasca stroke. Besar risiko dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke OR=11,2, 95%CI(1,251<OR<1 00,31). Berarti dukungan keluarga yang baik mempunyai risiko mandiri dalam melakukan ADL sebesar 11,2 kali dibandingkan responden yang kurang mendapat dukungan keluarga | Persamaan ; Variabel bebas: dukungan keluarga Variabel terikat: kemandirian ADL pasien pasca stroke. Metode yang digunakan <i>cross sectional</i> . Perbedaan Uji statistic sebelumnya <i>Chi -square</i> sedang peneliti dengan <i>Kruskal Wallis</i> Tempat pengambilan sampel, peneliti sebelumnya di Instalasi Rehabilitasi RSU Haji Surabaya, sedangkan, peneliti mengambil di Poliklinik Syaraf RSUI Kustati Surakarta. Teknik pengambilan sampling :penelitian sebelumnya <i>simple random sampling</i> , sedang peneliti dengan <i>consecutive sampling</i> Jumlah sampling |
| 2 | Melva Manurung 2017 "Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Dalam Melakukan ROM pada Pasien Pasca Stroke di RSU HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir" | Jenis penelitian: <i>correla tion study</i> dengan teknik pengambilan sampel <i>total sampling</i> . Metode pengumpulan data dengan pembagian kuisisioner. | Hasil uji penelitian dengan <i>Person Product Moment</i> nilai $p =0,001$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara hubungan dukungan keluarga dengan motivasi melakukan ROM pada pasien pasca stroke. | Persamaan : Variabel bebas :dukungan keluarga Metode pengumpulan data dengan kuesioner Perbedaan : Variabel terikat untuk peneliti sebelumnya mengambil motivasi dalam ROM, sedangkan peneliti mengambil tingkat kemandirian ADL. Tempat pengambilan Jumlah sampling Teknik pengambilan sampling penelitian sebelumnya <i>total sampling</i> , sedangkan peneliti menggunakan teknik <i>consecutive sampling</i> |

| No | Peneliti/ Tahun/ Judul | Metode | Hasil | Persamaan & Perbedaan |
|----|---|---|---|--|
| 3 | Intan Fajar Ningtyas 2017 "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam <i>Activity Daily Living</i> pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Saraf RSUD Dr.H.Abdul Moeloek Bandar Lampung" | Penelitian bersifat kuantitatif observasional dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dengan teknik <i>consecutive sampling</i> . Metode pengumpulan data kuiseoner. | Hasil : data diuji deengan <i>Chi-square</i> , ditentukan dengan $p < 0.05$, hasil dari kedua variable tersebut bermakna dengan p value sebesar 0,023 ($p <$ 0,05). | Persamaan : Variabel bebas yaitu dukungan keluarga, variable terikat: tingkat kemandirian ADL pasien pasca stroke Metode penelitian <i>cross sectional</i> Tempat pengambilan sampel <i>consecutive sampling</i> . Perbedaan Penelitian sebelumnya analisa data dengan uji <i>ChI Square</i> , sedangkan peneliti dengan <i>Kruskal Wallis</i> Tempat pengambilan sampling Jumlah sampling |