

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius, karena tingkat mortalitas dan morbiditasnya yang cukup tinggi. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga setelah kanker dan penyakit jantung koroner, akan tetapi stroke merupakan penyebab kecacatan tertinggi pada kelompok usia pertengahan (Nasution, 2007).

Angka prevalensi stroke di seluruh dunia adalah 500-600 per 100.000 orang (Kuncoroningrat, 1997). Penderita stroke pada umumnya adalah golongan usia produktif antara 40 sampai dengan 60 tahun. Saat ini resiko serangan stroke meningkat pada usia muda. Berdasarkan penelitian terhadap 196 penderita stroke, sebanyak 60,6% berusia 31-40 tahun (Suyono, 2001).

Stroke tidak hanya banyak terdapat di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, tetapi juga negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Stroke merupakan penyakit yang telah mendunia, oleh karena itu organisasi kesehatan dunia (WHO) berupaya keras untuk menurunkan prevalensi terjadinya stroke di dunia. Salah satu penyakit neurologis yang perlu mendapat perhatian khusus dari beberapa pihak adalah stroke. Stroke adalah masalah neurologik primer di Amerika Serikat dan di dunia (Sug Yoon, *et al.*, 2001).

Stroke sudah menjadi masalah kesehatan yang serius di Indonesia dan harus ditanggulangi dengan cepat dan tepat untuk menyelamatkan penderita dari sebab fisik, psikologis maupun kematian (Lemudin, 1005). Penelitian

menunjukkan bahwa 40% diantara penderita stroke mengalami kematian dalam waktu 2 minggu setelah serangan. Angka kematian karena stroke menduduki urutan ketiga setelah kematian karena penyakit jantung (Sug Yoon, *et al.*,2001).

Menurut WHO (1992), stroke adalah gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak berupa tanda-tanda klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian yang disebabkan gangguan peredaran darah otak, antara lain peredaran darah subaraakhnoid, perdarahan intraserebral dan infark serebral. Gangguan peredaran darah otak sepintas, tumor, infeksi, atau penyebab sekunder akibat trauma tidak termasuk gangguan peredaran darah otak.

Dunia medis mengenal istilah periode emas (*golden period*) untuk menangani stroke. Menurut kesepakatan *American Health Association (AHA)*, periode emas itu adalah tiga jam sejak serangan. Asosiasi Stroke di Eropa lebih cepat lagi, yaitu 90 menit. Sejumlah lembaga pelayanan stroke di Indonesia umumnya menganut periode tiga sampai enam jam (Yayasan Stroke Indonesia, 2004).

Menurut data dari Direktorat Jenderal Penyakit tidak Menular Departemen Kesehatan (PPTM Depkes), setelah serangan stroke pertama, biasanya disusul serangan berikutnya. Banyaknya serangan pada bulan pertama 3-5 persen, tahun pertama 5-10 persen, dan 5 tahun pertama 20 persen (Yayasan Stroke Indonesia, 2004). Usaha pemerintah dalam hal ini selain menyediakan sarana dan prasarana unit pelayanan serta perawatan stroke adalah

meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang stroke dengan penyebaran informasi melalui sistem pendidikan nasional dan media massa (Yayasan Stroke Indonesia, 2004).

Pengetahuan mengenai patofisiologi stroke meningkat dengan pesat, namun dibidang terapi kemajuannya lamban. Kurang banyak yang dapat dilakukan untuk mempengaruhi perjalanan stroke bila sudah terjadi. Tahap pengetahuan tentang pencegahan merupakan andalan utama dalam memerangi stroke (Lumbantobing, 2001).

Stroke dapat menyebabkan penderitanya menjadi cacat, menjadi invalid, tidak mampu lagi mencari nafkah seperti sediakala, menjadi tergantung pada orang lain, dan tidak jarang menjadi beban keluarganya. Beban ini dapat berupa beban tenaga, beban perasaan dan beban ekonomi. Hal tersebut merupakan *stressor* yang berat bagi keluarga, oleh karena itu keluarga harus memahami langkah-langkah pengobatan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi resiko stroke berulang dan komplikasi yang mungkin muncul, membantu pasien untuk kembali ke kesehatan dan pemulihan secara optimal, akhirnya dapat berdampak pada penurunan waktu perawatan di rumah sakit dan penurunan angka kembali ke rumah sakit (Lumbantobing, 2003).

Menurut Friedman (1998), ada lima fungsi dasar keluarga, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduktif, fungsi ekonomis dan fungsi-fungsi perawatan kesehatan. Fungsi perawatan keluarga adalah mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Salah satu tugas kesehatan keluarga adalah



merasa tertarik untuk meneliti hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan bagi klien penderita stroke.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian yang telah disampaikan tersebut di atas, dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: “Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul ?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul.
- b. Untuk mengetahui pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan oleh keluarga klien dengan stroke di wilayah

#### **D. Manfaat penelitian**

##### **1. Institusi rumah sakit**

Sebagai bahan masukan bagi institusi rumah sakit dalam mengevaluasi dan meningkatkan pengembangan intervensi keperawatan yang berkaitan dengan pemberian pendidikan kesehatan tentang pengelolaan penyakit stroke kepada pasien dan keluarga.

##### **2. Ilmu keperawatan**

Sebagai masukan dalam menunjang peningkatan praktek keperawatan khususnya pada model konsep keperawatan keluarga yang mengungkapkan bahwa adanya suatu peran keluarga dalam pengkajian dan perawatan kesehatan menurut Friedman (1998).

##### **3. Responden**

Sebagai masukan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang stroke pada keluarga pasien dengan stroke agar mampu meningkatkan dan memelihara perilaku yang positif dalam mencegah, mengambil keputusan, dan merawat klien stroke sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan.

##### **4. Peneliti selanjutnya**

Sebagai landasan untuk melakukan atau mengembangkan

## **E. Ruang lingkup**

### **1. Variabel yang diteliti**

Penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu:

- a. Variabel bebas : Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke
- b. Variabel terikat : Pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan

Responden dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang didalamnya terdapat penderita stroke, wilayah kerja Puskesmas Kasihan I, karena dalam hal ini keluarga berperan penting dalam merawat dan mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Bantul.

### **2. Lokasi penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I Yogyakarta, karena berdasarkan studi pendahuluan, penulis mendapat data bahwa pasien stroke yang di wilayah kerja Puskesmas Kasihan Bantul.

### **3. Waktu penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada Februari 2008.

## **F. Penelitian Terkait**

Penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan tentang stroke dengan  
kemampuan keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan belum

Terdapat penelitian lain yang berhubungan yaitu:

1. " Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Stroke dengan Konsep Diri di Poliklinik Syaraf RSUD Muhammadiyah Yogyakarta" Oktariani (2004). Jenis penelitiannya adalah survey dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang tidak terlalu kuat (sedang) antara tingkat pengetahuan klien tentang stroke dengan konsep diri yang meliputi gambaran diri, harga diri dan peran.
2. " Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Tuberculosis dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Anak Beresiko di Kota Bengkulu" Susilawaty (2005). Jenis penelitiannya adalah observasional dengan rancangan *cross sectional*. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku ibu dalam memeriksakan anaknya yang beresiko terkena penyakit *tuberculosis* (TBC) ke puskesmas ( $p < 0,05$ ). Kemungkinan ibu yang berpengetahuan tinggi tentang penyakit TBC berpeluang untuk membawa anaknya ke puskesmas sebesar 3,29 kali dibanding ibu yang berpengetahuan rendah.
3. "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga Untuk Pemanfaatan Sarana Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Bandar I, Batang" Vera Pramuktining Dyah (2005). Jenis penelitiannya adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan sangat berpengaruh

tentang sarana pelayanan kesehatan, keluarga dapat mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Bandar I.

Perbedaan ketiga penelitian tersebut di atas dengan penelitian ini terletak pada kasus yang diteliti, responden yang diteliti, dan tempat penelitian. Penelitian ini mengenai **“Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Stroke dengan Pengambilan Keputusan untuk Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan Bantul”**. Penelitian ini bersifat *non eksperimen* dengan metode kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional* yang menggambarkan tentang tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke meliputi definisi stroke, jenis stroke, pengambilan keputusan dan untuk