

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit akibat gangguan peredaran darah otak yang dipengaruhi oleh banyak faktor resiko yang terdiri dari hipertensi, peningkatan kadar gula darah, dislipidemia, usia, dan pekerjaan (Dinata, dkk., 2015). Angka kejadian penderita stroke di Indonesia pada tahun 2013 adalah 2.137.941 orang (RISKESDAS, 2013). Sedangkan prevalensi stroke tertinggi berdasarkan nakes dan gejalanya adalah 17,9% di Sulawesi Selatan, 16,9% di DI Yogyakarta, 16,6% di Sulawesi Tengah, dan disusul Jawa Timur sebesar 16% perseribu penduduk di wilayah tersebut (RISKESDAS, 2013). Penderita penyakit stroke saat ini banyak ditemukan pada kelompok umur 65-74 tahun, namun berdasarkan diagnosa dan tanda gejala penyakit stroke juga ditemukan pada penduduk dengan kelompok umur 15-24 tahun (RISKESDAS, 2013).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (2013), penyakit stroke selama 10 tahun terakhir selalu masuk dalam 10 penyebab kematian tertinggi. Pada tahun 2011 stroke merupakan penyebab kematian dengan urutan ke tiga penyebab kematian dirumah sakit (Dinas Kesehatan DIY, 2013). Angka kematian pada pasien stroke menduduki peringkat ketiga setelah penyakit jantung koroner dan kanker. Data dari unit stroke RSUP Sarjito, menyebutkan jenis stroke akibat iskemik 70%, dan akibat perdarahan 30% (Setyopranoto, 2011).

Dampak penyakit stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan berbicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2015). Pada penderita stroke, anggota tubuh mereka dapat mengalami kecacatan permanen yang disebabkan oleh penurunan pada tonus otot dan sensibilitas. Akibat penurunan tonus otot tersebut akan mempengaruhi kemampuan tubuh dalam melakukan pergerakan (mobilisasi). Dari masalah tersebut dapat menyebabkan pasien stroke tidak mampu dalam melakukan aktivitas sehari-harinya (Murtaqib, 2013). Sehingga menyebabkan angka ketergantungan pasien stroke pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyakit stroke salah satu penyakit yang memiliki dampak pada pasien baik jangka pendek dan juga jangka panjang sehingga menyebabkan dampak ganda baik bagi penderita maupun pengasuh (Ayuningputri & Maulana, 2014). Dampak jangka pendek dan panjang salah satunya akan memerlukan perawatan dari tenaga kesehatan yang salah satunya adalah perawat dan akan bekerja sama dengan keluarga. Peran perawat dalam perawatan pasien yaitu sebagai pemberi pelayanan pemenuhan kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual, serta dapat meningkatkan peran keluarga untuk mendukung pasien sesuai dengan kemampuannya (Hariyati, dkk., 2004).

Beberapa penelitian yang ada menyatakan jika pasien mengalami ketergantungan dengan orang lain. Angka ketergantungan pasien stroke pada orang lain memiliki derajat yang berbeda-beda, hal ini bisa dilihat dari hasil

penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2015) terhadap 15 responden dimana angka ketergantungan sedang sebesar 33,3% (n=5), ketergantungan ringan 53% (n=8). Selain itu, dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Nugroho, dkk., (2016) terhadap 33 pasien stroke hemoragik akut menyebutkan derajat ketergantungan penuh berjumlah 69,69% (n=23), dan ketergantungan berat sebanyak 30,30% (n=10). Dan hasil penelitian dari Ratnasari, dkk. (2001) menunjukkan derajat ketergantungan pasien stroke dengan ketergantungan total 20% (n=4) dan sangat tergantung 45% (n=9).

Derajat ketergantungan yang tinggi pada pasien stroke tersebut akan membutuhkan keluarga untuk merawat. Sehingga keluarga dibutuhkan untuk dapat peran sebagai pengasuh primer atau utama untuk anggota keluarga. Penyakit akut maupun kronik akan mempengaruhi keluarga secara ekonomi, sosial, fungsional, dan mengganggu pengambilan keputusan keluarga. Pada penyakit kronis akan menimbulkan tantangan berbeda pada keluarga. Keluarga harus memodifikasi pola dan interaksi antar-anggota, aktivitas sosial, jadwal kerja dan rumah tangga, sumber daya ekonomi, dan fungsi serta kebutuhan lainnya. Dan keluarga juga belajar untuk mengatur berbagai aspek penyakit atau kecacatan dari keluarganya yang sakit (Potter & Perry, 2009).

Saat terjadi penyakit yang dapat mengubah kehidupan, keluarga harus beradaptasi untuk anggota keluarganya dan keluarga akan mengalami perubahan baik dalam kesehatan fisik, emosionalnya, dan penurunan kualitas hidup (Bluvol & Ford-Gilboe, 2004). Dampak ketergantungan dan perawatan stroke dengan waktu yang lama sehingga dapat mengubah gaya hidup, pola interaksi, dan

kebiasaan keluarga yang mendapatkan kejenuhan dan stres tersendiri bagi keluarga yang merawat pasien stroke (Yuniarsih, 2010). Hal ini dijelaskan pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Purwanti (2012), dalam penelitiannya menunjukkan sebanyak 5 responden keluarga pasien stroke (9,8%) mengalami stres dalam kategori rendah, 46 responden (90,2%) mengalami stres dalam kategori sedang. Penelitian dari Nawati (2016), menunjukkan sebanyak 40 responden keluarga yang merawat pasien stroke dengan hasil 6 responden (15,0%) mengalami stres berat, 17 responden (42,5%) stres sedang, dan 17 responden (42,5%) stres ringan.

Dampak stres dari keluarga menimbulkan persoalan kecil menjadi besar, kemarahan yang akhirnya menyebabkan perpisahan antara anggota keluarga, saudara laki-laki dan perempuan bertengkar masalah tanggung jawab, merasa depresi dan ingin bunuh diri (Bintari, 2015). Untuk menghadapi stres tersebut keluarga akan beradaptasi dengan stresor dan stres tersebut akan menimbulkan respon fisik, psikologis, dan spiritual (A'la, dkk., 2015; Daulay, dkk., 2014). Respon adaptif dari stresor tersebut disebut dengan mekanisme koping (Videbeck, 2008).

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, situasi yang mengancam, baik secara kognitif maupun perilaku (Yuanita, dkk., 2015). Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dapat dibedakan menjadi dua yaitu mekanisme adaptif dan maladaptif (Stuart & Sundeen, 2012). Koping keluarga maladaptif yang artinya keluarga tidak mampu mengatasi masalah yang

ditimbulkan (Agustina & Dewi, 2013). Hal ini dijelaskan dalam penelitian Yuanita, dkk., (2015) dalam penelitian mereka, dengan hasil penelitian yang terdiri dari 26 responden keluarga pasien stroke memiliki mekanisme koping yang baik 77 % (n=20) hanya memiliki tingkat kecemasan ringan sebanyak 69,20% (n=18) dan tidak ada mengalami tingkat kecemasan berat. Sedangkan dengan mekanisme koping yang cukup 23% (n=6) memiliki tingkat kecemasan ringan 3,80% (n=1) dan berat 3,80% (n=1). Dari hasil penelitian tersebut dapat diartikan semakin kurang mekanisme koping keluarga, semakin berat tingkat kecemasan pada keluarga pasien stroke.

Berdasarkan hasil penelitian Wibowo (2016), yang terdiri dari 44 responden keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan cedera kepala di ruang ICU dengan hasil mekanisme koping adaptif terdiri dari 43,2% (n=19) dan koping keluarga yang maladaptif 56,8% (n=25). Dampak apabila koping keluarga maladaptif dapat berupa penggunaan alkohol, obat-obatan, atau zat yang dapat menimbulkan ketergantungan yang dapat menurunkan stres tetapi berpengaruh terhadap kesehatan (Smalzer & Bare, 2001).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 30 November 2016 pada 3 keluarga dengan pasien stroke di Kecamatan Tamantirto, dari 2 keluarga mengatakan bahwa mengalami stres dan beban karena merawat pasien sendirian, mengalami keluhan fisik seperti kelelahan, sakit pinggang, sakit pergelangan tangan, dan tidur sering terganggu karena harus memenuhi kebutuhan pasien yang memiliki angka ketergantungan secara penuh dan sebagian. Pada awal saat diagnosa penyakit yang dinyatakan pada ketiga

keluarga yang dirasakan keluarga adalah kaget/syok, bingung, tidak percaya, sedih, dan takut. Setelah berjalannya waktu selama merawat anggota keluarga menyakini penyakit sebagai ujian dan dari segi spiritual dan coping keluarga sudah menerima, hal ini dikatakan oleh keluarga bahwa yang terjadi kepada suami mereka adalah sudah garis dari atas (Allah SWT). Tetapi aktivitas sosial sudah tidak seperti dulu, tidak pernah datang kepengajian, arisan, atau perkumpulan kegiatan dilingkungan sekitar tempat tinggal. Sedangkan 1 keluarga dengan pasien stroke tidak mengatakan sebagai beban, tidak stres, tetapi sering terganggu tidurnya dan kelelahan. Dari data tersebut tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran tingkat stres dan strategi coping keluarga pasien stroke”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan yang telah disampaikan dalam latar belakang, peneliti ingin mengetahui tentang gambaran tingkat stres dan mekanisme coping keluarga pasien stroke di RS. PKU Muhammadiyah Gamping.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat stres dan mekanisme coping keluarga yang merawat pasien stroke di RS. PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat stres yang dirasakan keluarga yang merawat pasien stroke di RS. PKU Muhammadiyah Gamping;

- b. Mengidentifikasi koping yang digunakan keluarga yang merawat pasien stroke di RS. PKU Muhammadiyah Gamping.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Teoritis

Setelah dilakukannya penelitian ini diharapkan menambah wawasan dan pengetahuan kepada masyarakat dan khususnya pada keluarga dengan pasien stroke.

2. Bagi Praktisi

a. Bagi RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta

Penelitian ini diharapkan mampu sebagai bahan pertimbangan RS untuk membentuk kelompok diskusi keluarga pasien stroke sehingga tingkat stres yang dialami tidak meningkat.

b. Bagi Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan menjadi sumber informasi sehingga dapat mengetahui gambaran tingkat stres dan strategi koping pada keluarga pada pasien stroke sehingga ilmu keperawatan berkembang khususnya bidang keperawatan paliatif.

c. Bagi Peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya terkait dengan faktor yang mempengaruhi tingkat stres dan mekanisme koping pada keluarga pasien stroke.

E. Penelitian Terkait

Penelitian terkait dengan gambaran tingkat stres dan strategi koping pada keluarga dengan pasien stroke diantaranya sebagai berikut :

1. Purwanti, 2012 Gambaran stres keluarga yang merawat pasien stroke pasca perawatan di RSD PKU Muhammadiyah Bantul. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan waktu *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini yaitu keluarga yang merawat pasien stroke yang pernah dirawat di RSD PKU Muhammadiyah Bantul. Menggunakan teknik sampel *simple random sampling* yang berjumlah 51 responden. Perbedaan dengan penulis adalah dilihat dari tujuan dari penelitian, sampel yang digunakan, dan tempat penelitian. Dengan hasil penelitian dari 52 responden, sebanyak 5 responden (9,8%) mengalami stres dalam kategori rendah, 46 responden (90,2%) mengalami stres dalam kategori sedang.
2. Yuanita, Sutriningsih, dan Catur (2015), hubungan mekanisme koping keluarga menurunkan tingkat kecemasan keluarga pasien stroke. Menggunakan metode penelitian dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Dengan hasil penelitian yang terdiri dari 26 responden memiliki mekanisme koping yang baik 77% (n=20) dengan tingkat kecemasan ringan 69,20% (n=18), tingkat kecemasan sedang 7,70% (n=2), dan tingkat kecemasan berat 0% (n=0). Mekanisme koping cukup 23% (n=6) dengan tingkat kecemasannya ringan 3,80% (n=1), tingkat kecemasan sedang 15,40% (n=4), dan tingkat kecemasan berat 3,80% (n=1). Dari hasil penelitian dapat

diartikan semakin kurang mekanisme koping keluarga, semakin berat tingkat kecemasan pada keluarga pasien stroke.