

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penderita stroke di dunia mencapai 15 juta penduduk dan diantaranya bahkan mengalami kematian dan sisa-nya hidup dengan menjalani kondisi yang cacat serta tidak mengetahui kapan waktu sembuhnya (Abu & Masahuddin, 2022). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menemukan angka kejadian stroke yang ada di Indonesia sekitar 10,9% per mil (K. W. Maria et al., 2022). Menurut (Sudarman, 2021) Negara Indonesia menjadi negara yang memiliki jumlah penderita stroke paling banyak di kawasan Asia serta berada di nomor tiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta terdata oleh (Kementerian Kesehatan RI, 2018) jumlah prevalensi penderita stroke adalah 14,6 % per mil.

Stroke dianggap menjadi salah satu sebab yang utama terjadi kecacatan dan berkurang atau bahkan hilangnya aktivitas secara mandiri pada manusia (Darussalam & Nugraheni, 2021b). Kondisi umum dialami setelah stroke yakni hemi-paralisis yang bisa menjadi sebab seseorang keterbatasan berat saat ADL (Activity Daily Living) (Huang, Tuan, Li & Hsu, 2021). Menurut Clarke & Foster (2015) stroke bisa menjadikan cacat dalam waktu yang lama sehingga tidak sedikit penderita stroke menjadi ketergantungan pada orang lain (pengasuh) agar memperoleh pertolongan ketika beraktivitas di dalam kehidupan keseharian, seperti halnya menggunakan pakaian, mandi dan toileting dan tentu hal itu dapat tentunya memberikan tambahan beban bagi orang yang ada di sekitar penderita stroke.

Hilangnya kemandirian pada penderita stroke disebabkan karena adanya gangguan system syaraf dan menimbulkan kelumpuhan, seperti menurut (Jamaluddin & Nadhifah, 2020) gangguan sistem syaraf terjadi ke penderita stroke dan bisa memunculkan gejala khusus yaitu: kelumpuhan

anggota gerak tubuh, gangguan saat berbicara (pelo), terjadi ketidakseimbangan, perubahan kesadaran hingga mengalami gangguan pada penglihatannya.

Program pemerintah untuk penderita stroke adalah melalui GERMAS (Gerakan Masyarakat Sehat) dengan program CERDIK dan PATUH (Anita et al., 2021) CERDIK ialah langkah pencegahan yang digagas agar masyarakat tidak mengalami PTM (Penyakit Tidak Menular) dan program PATUH dicanangkan ke penderita PTM supaya tidak semakin memperburuk kondisi dan kesehatannya bisa terkontrol yang menjadi bagian penatalaksanaan PTM secara holistik dan komprehensif (Kemenkes, 2019).

CERDIK atau Cek Kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin olahraga, Diet seimbang, Istirahat cukup dan Kelola stres. PATUH atau Periksa Kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter, Atasi Penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur, Tetap diet dengan gizi yang seimbang, Upayakan aktivitas fisik dengan aman dan Hindari asap rokok, alkohol dan zat karsinogenik. (Anita et al., 2021). Strategi pemerintah dalam penganggulangan penyakit tidak menular dengan meningkatkan kemandirian masyarakat melalui penerapan budaya CERDIK dan program PANDU PTM dengan kegiatan skrining dan penanganan kasus PTM serta manajemen faktor risiko di FKTP (Kemenkes, 2019).

Selain itu Pemerintah terdapat program kesehatan dengan memberikan layanan kesehatan untuk penderita stroke dan keluarga misalnya layanan kesehatan secara langsung maupun tak langsung. Layanan kesehatan langsung misalnya pengendalian, pengobatan dan pendidikan mengenai kesehatan sedangkan layanan kesehatan tidak langsung bisa diperoleh untuk keluarga (penderita stroke) seperti bantuan jaminan kesehatan berasal dari pemerintah kemudian jaminan kesehatan tersebut dapat meringankani beban pembiayaan kesehatan (Oktovin et al., 2020)

Stroke bisa menyebabkan gangguan yang ada di kontrol gerakan, emosi, persepsi, sensorik, memori, komunikasi, berpikir dan kelelahan hal

tersebut dapat menjadi sebab kualitas hidup menurun (Darussalam & Nugraheni, 2021b). Kualitas hidup yang kurang baik berkaitan dengan keadaan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Apriliyanti, Bumi, & Erasati, 2022). Kondisi dialami oleh penderita stroke mengakibatkan kemandiriannya menurun dan memerlukan perawatan, selain itu penderita stroke akan kesulitan saat melakukan aktivitas keseharian sehingga membutuhkan bantuan (Apriliyanti et al., 2022b). Penelitian Larasati & Marlina (2018) di Poli Klinik Rumah Sakit Swasta Yogyakarta berupa kualitas hidup penderita stroke dengan 30 responden yang diukur mengenai 4 dimensi yaitu dimensi fisik, psikologi, sosial dan lingkungan. Hasil dari 30 responden yang diukur pada 4 dimensi terdapat 3% baik, 67% sedang, 27% baik dan 3% sangat baik pada dimensi fisik. Dimensi psikologis sedang 71%, buruk 7%, baik 19% dan sangat baik 3%. Dimensi sosial sedang 67%, sangat buruk 3%, baik 23% dan sangat baik 7% dan dimensi lingkungan sebanyak 63% baik, 34% sedang dan 3% sangat baik Bantuan dan dukungan dari orang lain mulai dari orang yang paling dekat misalnya keluarga, peran keluarga yang dimaksud adalah sebagai *caregiver* (K. W. Maria et al., 2022).

*Caregiver* adalah seseorang yang membantu orang lain karena membutuhkan perawatan seperti orang sakit maupun anak-anak dan *caregiver* ini bisa mencakup keluarga, orang-orang terdekat yang membantu penderita dalam menjalankan aktivitas sehari-harinya (Alifudin & Ediati, 2019).

*Caregiver* disini adalah anggota keluarga atau keluarga yang menjadi *caregiver* untuk penderita stroke karena bertanggung jawab dalam menjalankan fungsinya dalam keluarga (Kadarwati, dkk 2019) Peran *Family caregiver* sangat menentukan kualitas hidup penderita stroke yang diasuhnya, berbagai upaya dilakukan untuk perawatan anggota keluarga yang menderita stroke dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke (Apriliyanti et al., 2022).

Memberdayakan *family caregiver* merupakan strategi tepat untuk pasien pasca stroke dalam meningkatkan kualitas hidupnya karena keluarga lah yang selalu bersama pasien serta bisa memahami permasalahan yang dialami pasien dan dapat memenuhi kebutuhan dasarnya (Darussalam & Nugraheni, 2021b). Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita stroke, kurangnya dukungan keluarga untuk penderita stroke menyebabkan kualitas hidup penderita stroke menurun (Sedik & Asda, 2022). Pada penelitian (Ni Ketut, Elisa, Supangat, M. Agung, 2023) istri yang memiliki peran *cargiver* untuk suami penderita stroke dengan menunjukkan perilaku mendukung dalam proses perawatan di rumah seperti memantau, memotivasi, melakukan massage, terapi dzikir dan ROM pada klien sehingga berdampak pada berkurangnya keluhan klien seperti nyeri akut, gangguan pola tidur dan gangguan mobilitas fisik. Peran keluarga sebagai *family cargeiver* penderita stroke salah satunya melakukan upaya pencegahan terjadinya dekubitus (Agustina & Rasid, 2019). Penelitian Sedik & Asda (2022) di Desa Sendangmulyo, Minggir, Sleman menyatakan tingkat perilaku dalam perawatan oleh anggota keluarga yang menderita stroke memiliki kategori kurang 68,1% dan 31,9% kurang baik, keluarga dengan perilaku perawatan yang kurang baik dapat menyebabkan penderita stroke mengalami stroke berulang. Peran *family caregiver* yang merawat memiliki pengaruh dalam status kesehatan keluarga, jika peran tersebut baik maka status kesehatan dalam keluarga diharapkan status keluarga di dalamnya pun baik, begitu pula sebaliknya (K. W. Maria et al., 2022).

Berdasarkan studi pendahuluan di wilayah binaan Puskesmas Wirobrajan yakni keluarahan Wirobrajan kepada 4 penderita stroke dengan hasil yang didapat adalah 2 penderita stroke memiliki kualitas hidup kurang dan 2 dengan skor 56,33 % dan 56,74 % kemudian lainnya memiliki kualitas hidup yang baik berdasarkan kuesioner SS-QoL. Perilaku *family caregiver* penderita stroke terus berusaha dalam menggali informasi terkait dengan cara perawatan stroke yang baik, memotivasi dan mengajak penderita stroke untuk menggerakkan anggota gerak tubuh serta membantu kebutuhan seperti mandi, berpakaian hingga makan namun 2 *family caregiver* kurang memperhatikan menu makanan sehingga masih sama dengan keluarga lainnya yang sehat dan bahkan 2 *family caregiver* masih menyediakan makanan berupa jeroan, gorengan dan santan

Latar belakang di atas menjadi dasar yang digunakan untuk meneliti mengenai hubungan antara perilaku *family caregiver* terhadap kualitas hidup penderita stroke.

## **B. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui apakah ada hubungan antara perilaku *family caregiver* terhadap kualitas hidup penderita stroke yang diasuhnya adalah tujuan umum yang akan dicapai

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui kualitas hidup penderita stroke
- b. Mengetahui perilaku *family caregiver* dalam merawat keluarga yang terkena stroke

## **C. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian secara teori bisa dijadikan sumber pengembangan ilmu keperawatan dan meningkatkan mutu pelayanan terutama di bidang Keperawatan Medikal Bedah yang berkaitan dengan stroke dan *family caregiver*

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian dapat menjadi bahan ajar kepada mahasiswa dengan materi yang berkaitan dengan *caregiver* dan kualitas hidup penderita stroke.

### b. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian bisa menjadi sumber referensi dalam memberikan meningkatkan pelayanan mutu dan membuat kebijakan kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita stroke

### c. Bagi *Family caregiver*

Dapat dijadikan sumber rujukan pengetahuan dalam menangani keluarga yang menderita stroke untuk meningkatkan kualitas hidup penderita stroke

### d. Bagi penderita stroke

Penderita stroke dapat menjadikan hasil penelitian ini untuk bisa meningkatkan kualitas hidupnya secara mandiri