

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kecacatan pada kelompok usia diatas 45 tahun. Penyakit ini sering menimbulkan permasalahan yang kompleks, baik dari segi kesehatan, ekonomi, maupun sosial (Mulyatsih, 2010). Penderita stroke dapat mengalami keterbatasan fungsi organ (*impairment*) seperti hemiparesis, afasia, disartria, disfagia, dan lain sebagainya sehingga menyebabkan ketidakmampuan (*disability*) berjalan, berpakaian, berkomunikasi, dan lain-lain. Kondisi ini menyebabkan keterbatasan peran sosial pada penderita stroke, yaitu terganggunya kemampuan aktualisasi diri untuk berperan secara sosial, budaya, dan ekonomi dalam keluarga, seperti tidak dapat berperan sebagai ayah atau tidak dapat bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Wirawan, 2009).

Pada tahun 2012, stroke merupakan penyebab nomor dua kematian secara global setelah penyakit jantung dengan prevalensi 11,9% (WHO,2014). Angka kematian dan kecacatan akibat stroke pada tahun 1990 – 2010 mengalami peningkatan yakni masing-masing sebesar 26% dan 19% (Hankey, 2013).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat setelah penyakit jantung dan semua bentuk kanker. Setiap tahun 750.000 warga Amerika akan mengalami stroke yang baru atau berulang. Stroke juga merupakan penyebab medis disabilitas tersering. Penyakit ini memiliki insiden tertinggi dan kondisi neurologis yang sering ditangani dirumah sakit (Alway, 2011). Kasus stroke juga menjadi urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker di negara-negara berkembang. Negara berkembang berkontribusi sebesar 85,5% dari total kematian akibat stroke diseluruh dunia.

Dua pertiga penderita stroke terjadi di negara-negara yang sedang berkembang. Penderita stroke baru terdapat sekitar 13 juta penduduk setiap tahun, dimana 4,4 juta diantaranya meninggal dalam 12 bulan (WHO, 2006).

Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2007 menunjukkan angka 8,3 per 1000 penduduk. Namun pada tahun 2013 prevalensinya meningkat menjadi 12,1 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke diberbagai provinsi di Indonesia rata-rata mengalami peningkatan pada tahun 2013 bila dibandingkan dengan tahun 2007. Prevalensi stroke di 12 provinsi ini didapati melebihi prevalensi nasional, yaitu Sulawesi Selatan, DI Yogyakarta, Sulawesi Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Barat, Sulawesi Utara, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Kalimantan Selatan, Jawa Tengah, Gorontalo, dan Sumatera Barat. Sumatera Barat berada pada posisi ke dua belas dengan prevalensi 12,2 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013).

Berdasarkan laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Padang tahun 2011 diperoleh data bahwa stroke termasuk 10 penyebab kematian terbanyak di Kota Padang (Dinkes Kota Padang, 2012). Stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, diabetes melitus, hipertensi, dan jantung menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Padang tahun 2011 (Sarigumilan, 2013).

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa insiden stroke adalah 200 per 100.000 penduduk. Angka ini dapat dibagi berdasarkan kelompok usia. Pada kelompok usia 35 – 44 tahun insidennya 0,2 %; kelompok usia 45 – 54 tahun 0,7%; kelompok usia 55 – 64 tahun 1,8%; kelompok usia 65 – 74 tahun 2,7%; kelompok usia 75 – 84 tahun 10,4%; dan kelompok usia 85 tahun keatas 13,9% (Lumbantobing, 1994). Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dua

kali lipat untuk setiap dekade setelah usia 55 tahun (Ovbiagele *et al.*, 2011). Sekarang, lebih dari 83.000 orang berusia ≤ 20 tahun terkena stroke setiap tahunnya (Feigin *et al.*, 2013).

Berdasarkan penelitian epidemiologi yang dilakukan di 21 wilayah di dunia untuk tahun 1990, 2005, dan 2010 juga memperlihatkan bahwa sebagian besar kasus stroke telah mengalami perubahan yang awalnya mengenai usia diatas 55 tahun, sekarang stroke dapat mengenai kisaran usia 20 – 55 tahun. Jika tidak diambil upaya preventif yang efektif diperkirakan beban stroke pada tahun 2030 akan menjadi dua kali lipat dari tahun sebelumnya (Feigin *et al.*, 2013).

Secara garis besar, stroke dapat dibagi menjadi 2 tipe, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Dari keseluruhan kejadian stroke di *United Kingdom* didapatkan sekitar 85% pasien mengalami stroke iskemik dan 15% stroke hemoragik (perdarahan intraserebral 10% dan perdarahan sub arakhnoid 5%). Penyebab terjadinya stroke iskemik adalah pengerasan dinding pembuluh darah (*atherosclerosis*) 50%, stroke lakunar 25%, kardioemboli 20% serta diseksi arteri dan paten foramen ovale 5% (*Stroke Association*, 2015). Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa kejadian stroke iskemik lebih tinggi dibanding stroke hemoragik. Stroke hemoragik terjadi akibat kelemahan struktur pembuluh darah otak yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak yang berada disekitarnya (AHA, 2013)

Stroke merupakan suatu penyakit dengan proses yang lama. Salah satu proses yang terlibat dalam stroke adalah proses aterosklerosis. Proses aterosklerosis dapat dimulai pada masa anak-anak dengan adanya akumulasi lemak pada tunika intima dari arteri untuk membentuk *fatty streaks*

(Rahayuningsih, 2011). Proses aterosklerotik pada pembuluh darah otak sering kali mengakibatkan penyumbatan yang berakibat terjadinya stroke infark. Stroke infark merupakan penyebab stroke yang tersering. Dari seluruh kasus stroke, sekitar 80% disebabkan oleh infark, dan hampir setengahnya (44% dari seluruh kasus stroke) mempunyai penyakit aterotrombotik sebagai keadaan yang mendasarinya (Japardi, 2002).

Seseorang dapat menderita stroke apabila terpapar faktor risiko stroke (*National Stroke Association* [NSA], 2014). Adapun faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, jenis kelamin, riwayat stroke dalam keluarga, dan adanya riwayat stroke sebelumnya (*National Stroke Association*, 2009). Beberapa faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi yaitu hipertensi (25-40%), kurang aktivitas fisik (25%), obesitas (25%), diabetes melitus, dislipidemia, riwayat penyakit jantung, dan merokok. (Goldszmidt *et al.*, 2009).

Pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi tersebut diharapkan dapat menurunkan insiden dan prevalensi stroke. Pengetahuan masyarakat dalam mengetahui faktor risiko, gejala klinis, dan pengetahuan lain tentang stroke sangat penting untuk mewujudkan tujuan tersebut agar dapat segera diberi pengobatan (Haghighi *et al.*, 2009). Masyarakat harus diberi edukasi mengenai gejala-gejala stroke dan pentingnya evaluasi serta penatalaksanaan dini. Sehingga pasien yang mengalami tanda dan gejala stroke tidak menunggu beberapa jam sebelum mencari perawatan (Always. D *et al.*, 2009). Pemberian edukasi dapat didasarkan

pada pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat tentang stroke, terutama pada kelompok masyarakat yang memiliki risiko tinggi menderita stroke.

Sampai saat ini belum ada pengobatan yang efektif dan efisien untuk stroke karena sifatnya yang multikausal (disebabkan banyak faktor). Upaya pencegahan merupakan salah satu cara yang paling efektif dan efisien untuk mengurangi angka kejadian stroke. Upaya pencegahan baru dapat dilakukan jika mengetahui faktor risiko apa saja yang dapat menyebabkan serangan stroke. Oleh karena itu, pengetahuan terhadap faktor risiko stroke sangat diperlukan untuk merumuskan cara pencegahan yang efektif (Nastiti, 2012).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Soekidjo, Notoadmodjo 2003). Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif menurut Notoadmodjo, (1996) mempunyai 6 tingkatan, yaitu : tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*synthesis*), dan evaluasi (*evaluation*).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoadmodjo, 2003). Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari suatu perilaku yang tertutup sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Komponen sikap menurut Azwar (2005) adalah kognitif,

afektif, dan konatif. Tingkatan sikap yaitu menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuting*), dan bertanggung jawab (*responsible*).

Tindakan merupakan mekanisme dari suatu pengamatan yang muncul dari persepsi sehingga ada respon untuk melakukan sesuatu. Tindakan juga mempunyai beberapa tingkatan, yaitu : persepsi (*perception*), respon terpimpin (*guide response*), mekanisme (*mechanism*), dan adaptasi (Notoatmodjo, 2007)

Penelitian yang dilakukan oleh Hickey (2009) menunjukkan bahwa pengetahuan dan kesadaran terhadap faktor risiko dan manifestasi klinis stroke pada orang usia lanjut masih kurang. Pada penelitian ini ada subjek yang berumur lebih dari 65 tahun yang tinggal di Irlandia diwawancarai, 6% sampel pernah mengalami stroke atau *transient ischemic attack*. Kurang dari separuh dari semua sampel yang mengetahui faktor risiko seperti merokok atau hiperkolesterolemia, tetapi 74% subjek mengetahui faktor risikonya adalah hipertensi. Selain itu, kurang daripada separuh dari semua sampel yang mengetahui manifestasi klinis stroke seperti kelemahan dan sakit kepala, tapi 54% sampel mengetahui manifestasi klinis adalah bicara pelo.

Penelitian yang dilakukan oleh Meng Lee menunjukkan gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan mahasiswa di Fakultas Ekonomi Universitas Sumatera Utara sudah baik. Responden yang mampu menjawab kuesioner dan dikategorikan baik sebanyak 58,7% untuk pengetahuan, 70,7% untuk sikap, dan 72,8% untuk tindakan. Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa mahasiswa tersebut mengetahui definisi, faktor risiko, pencegahan, dan pengetahuan lain tentang stroke (Lee, 2011)

Oleh karena itu, penulis ingin melakukan penelitian tentang gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat umum dengan mengambil populasi mahasiswa fakultas ekonomi karena mahasiswa fakultas ekonomi tidak mendapat perkuliahan mengenai stroke sehingga dapat diasumsikan sebagai pendapat masyarakat umum. Selain itu, mahasiswa fakultas ekonomi memiliki jumlah mahasiswa terbanyak di Universitas Andalas. Sehingga diharapkan penelitian ini dapat menyerupai keadaan sesungguhnya dan berguna pada keadaan yang serupa.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengetahuan, sikap, dan tindakan mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Angkatan 2013 tentang stroke?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Angkatan 2013 tentang stroke.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik responden penelitian tentang gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas tentang stroke
2. Mengetahui pengetahuan mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Angkatan 2013 tentang stroke
3. Mengetahui sikap mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Angkatan 2013 tentang stroke

4. Mengetahui tindakan mahasiswa Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Angkatan 2013 tentang stroke

1.4 Manfaat Penelitian

1. **Bagi Peneliti**
Penelitian ini bermanfaat sebagai sarana untuk menambah wawasan dan mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari selama masa perkuliahan, khususnya metodologi penelitian.
2. **Bagi Ilmu Pengetahuan**
Sebagai bahan masukan untuk membantu upaya preventif pencegahan mortalitas dan morbiditas stroke, serta sebagai sumber informasi bagi peneliti lain untuk penelitian selanjutnya.

