

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler dan menjadi masalah kesehatan global diseluruh dunia. Hal ini terjadi karena sebagian besar masyarakat didunia hidupnya semakin modern sehingga terjadi perubahan gaya hidup. Sebagian besar masyarakat modern memiliki berat badan yang berlebih karena aktifitas fisik yang kurang, mengkonsumsi makanan tinggi kolesterol, tinggi gula, olahraga yang kurang, dan tingginya tingkat stress sehingga menjadi pemicu terjadinya stroke (Susan E. Wilson, DNP, 2018).

Secara global stroke yang sering terjadi adalah stroke iskemik, dengan angka kejadian berkisar 82-92% (Alromail, 2107). Stroke merupakan penyebab utama kematian kedua didunia setelah penyakit jantung, dengan peningkatan sebesar 20–25% pertahun (Tapuwa D. Musuka MBChB, 2015). Kematian yang terjadi akibat stroke sekitar 11,8% dari total kematian di seluruh dunia, dan menyebabkan kecacatan dalam waktu yang lama (*American Heart Association*, 2018).

Kejadian stroke di Amerika sekitar 800.000 orang setiap tahunnya, dan mengalami kematian berkisar 175.000 jiwa (Silvia Koton, 2017), dan insiden kejadian stroke di Eropa berkisar antara 95 hingga 290 / 100.000 per tahun,

dengan angka kematian selama satu bulan berkisar antara 13% hingga 35% (Béjot, Bailly, Durier, & Giroud, 2016).

Di Asia angka kematian akibat stroke lebih tinggi daripada di Eropa, Amerika, dan Australia kecuali negara Jepang. Angka kejadian stroke di Jepang 43,4/1.000.000 orang pertahun, Singapura 47,9/100.000 orang pertahun, Mongolia 222,6/100.000 orang pertahun, Indonesia 193,3/100.000 pertahun, kemudian diikuti oleh Bangladesh, Papua Nugini, dan Bhutan. Kejadian stroke didominasi pada negara yang ekonominya sedang berkembang (Venketasubramanian, 2017).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar Nasional dari tahun 2013 sampai tahun 2018, prevalensi stroke di Indonesia meningkat dari 7% menjadi 10,9%. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Kalimantan Timur 14,7, diikuti DI Yogyakarta 14,6, Sulawesi Utara 14,2 per mil sedangkan Sumatera Barat 10,8 per mil (Riskesdas, 2018).

Angka kejadian stroke iskemik menurut data Rekam Medik RSUP Dr.M.Djamil Padang pada tahun 2017 sebanyak 255 orang, stroke hemoragik sebanyak 205 orang. Sedangkan di tahun 2018 stroke iskemik terjadiannya 177 orang dan stroke hemoragik meningkat menjadi 290 orang, hal ini menunjukkan bahwa insiden kejadian stroke mengalami peningkatan.

Dampak yang ditimbulkan dari stroke sangat banyak antara lain kecacatan secara fisik yang dapat menurunkan kualitas hidup, psikologis, emosional, dan masalah sosial ekonomi pada penderita. Permasalahan juga akan dialami oleh keluarga yang merawatnya. Perawatan jangka panjang dan lama akan menjadi beban bagi keluarga, dan berdampak kepada penurunan tingkat kualitas hidup. Jika hal ini terus berlanjut maka akan mengalami beban biaya yang tinggi baik bagi penderita, keluarga, masyarakat dan negara. Diperkirakan kerugian secara ekonomi selama tahun 2011-2015 pada negara berpenghasilan rendah dan menengah mencapai 7 triliun dolar Amerika (Valery L. Feigin, 2016).

Banyaknya dampak yang terjadi akibat stroke membutuhkan perhatian serius dari pemerintah, pembuat kebijakan kesehatan, dokter spesialis, dan lembaga internasional. Sebagai lembaga internasional WHO menargetkan pengurangan kematian dini akibat penyakit tidak menular (*non communicable disease/NCD*) sekitar 24-25%. Program yang dilakukan untuk mengurangi angka kematian dini yaitu, deteksi dini, pengontrolan tekanan darah, dan pengurangan paparan polusi udara, dan ini menjadi prioritas di negara berkembang, sedangkan di negara maju berfokus kepada pengurangan resiko perilaku, khususnya diet, obesitas dan aktifitas fisik (WHO, 2014).

Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular yang dilakukan oleh WHO dalam *Global NCD Action Plan* Tahun 2013–2020 menetapkan sembilan target global untuk pencegahannya. Target itu meliputi, pengurangan angka

kematian yang disebabkan penyakit kardiovaskuler, kanker, diabetes, gangguan pernafasan kronis (25%), pengurangan penggunaan alkohol (10%), peningkatan aktifitas fisik dikalangan remaja (10%), pengurangan penggunaan garam (30%), pengurangan penggunaan tembakau pada usia diatas 15 tahun (30%), pemantauan tekanan darah (25%), menghentikan peningkatan diabetes dan kegemukan, ketepatan pasien menerima terapi (50%), ketersediaan teknologi dasar yang layak, obat-obat penting generik untuk mencegah penyakit tidak menular difasilitas pelayanan kesehatan (80%) (World Health Organization, 2010).

Setelah target ditetapkan maka WHO menetapkan strategi pencegahan stroke yaitu, menggeser paradigma bahwa target pencegahan stroke hanya pada populasi yang beresiko tinggi, melakukan pencegahan pada individu beresiko tinggi dengan perawatan klinis secara intensif, melakukan pendekatan gabungan perilaku dan gaya hidup, melakukan pendekatan terintegrasi komunitas dan klinis dengan cara mengkoordinasikan strategi klinis untuk individu berisiko tinggi dan strategi berbasis masyarakat untuk mempromosikan perilaku sehat, menggunakan teknologi informasi dengan aplikasi stroke Riskometer, yang dapat mengenali faktor resiko, dan tanda peringatan serangan stroke (World Health Organization, 2010).

Secara nasional upaya pengendalian penyakit tidak menular tertuang dalam Rencana Strategi berupa program, target kegiatan, indikator, regulasi yang

mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019. Pembangunan kesehatan periode ini adalah Program Indonesia Sehat (PIS), dimana sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu meningkatnya status kesehatan gizi ibu, anak, meningkatnya pengendalian penyakit, meningkatnya mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan terutama di daerah terpencil, dan perbatasan, meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui kartu Indonesia Sehat, terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, kebutuhan obat serta responsivitas sistem kesehatan (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2019).

Program penanganan stroke secara nasional sejalan dengan penanganan secara global dimana deteksi dini berperan dalam pengendalian penyakit tidak menular, maka untuk menunjang pengendalian itu dibentuk Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) dengan melakukan tindakan proaktif mendatangi sasaran, karena sebagian besar masyarakat tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular, diharapkan dengan deteksi dini dapat menyelamatkan pasien secara optimal sehingga mengurangi cacat permanen akibat stroke (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2019).

Stroke memerlukan perawatan dalam jangka waktu yang lama dan membutuhkan dukungan keluarga secara optimal sehingga pasien dapat mandiri dan beradaptasi dengan kondisi yang ada. Dukungan keluarga sangat

dibutuhkan dalam proses penyembuhan pasien. 80% dukungan keluarga dibutuhkan dalam pemenuhan kebutuhan pasien, baik dari segi fisik maupun segi kognitif (Qi Lu, 2019).

Belum optimalnya dukungan keluarga kepada pasien dikarenakan kesibukan anggota keluarga, kurangnya koordinasi antar keluarga dalam merawat pasien sehingga terbebani pada satu individu atau pada satu keluarga saja, pasien yang sakit tidak tinggal serumah dengan keluarga yang merawat dan faktor ekonomi keluarga yang kurang memadai, sedangkan dalam perawatan pasien stroke membutuhkan biaya yang besar, dan membutuhkan waktu yang cukup lama (Wurtiningsih, 2012).

Menurut penelitian Budi Wurtiningsih tahun 2012 bentuk dukungan emosional yang diberikan berupa kasih sayang. Dukungan instrumental berupa dukungan sosial ekonomi, dimana semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang maka semakin cepat tanggap mereka terhadap masalah kesehatan yang dialami dirinya dan keluarganya. Dalam hal dukungan informasi biasanya keluarga kurang berperan, hal ini terjadi karena keluarga kurang mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita keluarganya sehingga kesalahan dalam melakukan upaya perawatan pasien stroke, sedangkan dukungan penghargaan berupa pujian terhadap kemajuan yang dialami pasien stroke jarang diberikan karena keluarga tidak terbiasa mengungkapkannya (Wurtiningsih, 2012).

Penelitian yang dilakukan (Setyoadi, 2018) mengenai dukungan keluarga dari 57 pasien stroke di Rumah Sakit Malang menunjukkan bahwa dukungan emosional mempunyai hubungan yang paling erat dengan nilai *p-value* 0,652, diikuti dukungan penghargaan dengan *p-value* 0,481, kemudian dukungan informasi dengan *p-value* 0,165 dan dukungan instrumental dengan *p-value* 0,019. Dukungan keluarga merupakan faktor tidak langsung yang dapat menyebabkan kekambuhan pasien stroke.

Dukungan keluarga menjadi salah satu aspek keberhasilan dalam *continuity of care* sehingga pasien menjadi mandiri dan beradaptasi dengan kondisinya. *Continuity of care* berkaitan dengan kualitas perawatan dari waktu ke waktu, dalam arti pasien berulang kali berkonsultasi dengan dokter yang sama dan membentuk hubungan terapeutik, menuju tujuan perawatan medis berkualitas tinggi dan hemat biaya (Freeman & Hughes, 2010).

Kurangnya komunikasi dan informasi ketika pasien pulang dari rumah sakit dan kembali ke komunitas menjadi hambatan dalam pelaksanaan *Continuity of care*. Maka pentingnya peran perawat sebagai *liaison nurse* untuk mengkoordinasikan kondisi pasien antara rumah sakit dengan pusat pelayanan sekunder ataupun primer sehingga kelompok rentan baik secara sosial ataupun psikologis dapat terpantau di semua sektor dan diperlukan kerjasama antar profesi untuk menghasilkan perawatan yang komprehensif dan holistik, kesinambungan dan koordinasi sangat penting untuk perawatan yang aman,

efektif dan berkualitas tinggi dan itu merupakan hal yang penting bagi semua pasien (Lefevre, Phillips, Williams, & Baker, 2011).

Continuity of care membutuhkan pemantauan perawatan di rumah, di mana keluarga mempunyai peran penting dalam mengevaluasi status klinis, emosional, kognitif, dan fungsional pasien stroke, dan kepatuhan penggunaan obat yang sudah ditentukan. Kesenjangan dalam *continuity of care* sering terlihat pada pasien neurologis, hal ini menyebabkan pasien cacat dipulangkan tanpa jaminan kontinuitas perawatan neurologis, program ini pertama kali dirintis di Perancis dan Inggris (Carod-Artal, 2009).

Di Amerika Serikat pelaksanaan *Continuity of care* sudah diterapkan di Missouri *Cancer Associates*, dan dinilai cukup efektif untuk mengkoordinasikan perawatan pasiennya dengan penyedia perawatan primer atau kelompok khusus lainnya, dan terintegrasi kedalam model praktik perawatan primer yang baru yaitu *Patient Centered Medical Home* (David M. Schlossman, MD, FACP, 2013).

Di Australia *continuity of care* merupakan bagian elemen dasar di pelayanan umum dan menjadi bagian dari filosofi praktik umum. *Continuity of care* yang dilakukan secara konsisten akan berdampak kepada kepuasan pasien, peningkatan kepatuhan pengobatan, angka kematian menjadi rendah, pasien yang dirawat dirumah sakit menjadi sedikit, koneksi sektor pelayanan sekunder

dan tersier lebih dekat dengan praktek pasien dan perencanaan perawatan bersama dapat dikoordinasikan. *Continuity of care* diterapkan dengan langkah perubahan budaya memprioritaskan akses ke pelayanan primer. Penerapan model keperawatan baru dengan *health care home*, (Claire Jackson, 2018).

Menurut penelitian (Chun-Pai Yang, 2019) yang dilakukan di Taiwan menyatakan bahwa stroke membutuhkan perawatan dalam waktu yang lama, dalam penelitian ini didapatkan data sebesar 51% pasien akan mengalami stroke berulang dan meninggal sekitar 18% dalam setahun. Dalam penelitian ini menyatakan lebih dari 19.000 pasien stroke dengan studi kohor yang melakukan *continuity of care* menunjukkan korelasi dengan *survival life* pada pasien dan memiliki tingkat kematian yang lebih rendah.

Pelaksanaan *continuity of care* di Indonesia saat ini hanya berbentuk kebijakan. Bentuk kebijakannya yang ada berupa pendekatan perawatan berkelanjutan melalui peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya kesinambungan dalam pencegahan penyakit (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2019).

Dalam kebijakan standar pelayanan keperawatan stroke juga membahas bahwa bahwa pelayanan keperawatan pada pasien stroke dilakukan secara berkesinambungan melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, terpadu, dan terintegrasi baik dipelayanan tingkat dasar ataupun tingkat

spesialistik. (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, 2012).

Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas merupakan area pelayanan keperawatan professional secara holistik baik bio, psiko, sosio dan spiritual, dimana berfokus pada kelompok resiko tinggi dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan dengan upaya promotif, preventif, tanpa mengabaikan proses kuratif dan rehabilitatif. Tujuan keperawatan komunitas mempertahankan sistim pasien dalam keadaan tetap stabil melalui upaya pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia & (IPKKI), 2017).

Continuity of care termasuk dalam tindakan pencegahan secara tersier berfokus pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat pada masa pemulihan setelah mengalami masalah kesehatan yang dilakukan pada pasien stroke untuk mencegah kecacatan lebih lanjut. Dengan cara melakukan promosi kesehatan kepada masyarakat melalui pendidikan kesehatan tentang pengontrolan berat badan, pengontrolan tekanan darah, serta menghentikan kebiasaan merokok yang erat hubungannya dengan faktor resiko terjadinya stroke (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia & (IPKKI), 2017).

Berdasarkan data yang didapatkan dari survei awal yang dilakukan di RSUP Dr.M.Djamil Padang pasien stroke iskemik selama tahun 2017 berjumlah 255 orang, yang melakukan *continuity of care* 68 orang dan tahun 2018 pasien stroke iskemik berjumlah 177 orang, yang melakukan *continuity of care* ke Poliklinik Saraf berjumlah 70 orang.

Hasil wawancara pada 10 orang pasien dengan stroke iskemik mengatakan sudah mendapatkan informasi dari dokter dan perawat ruangan bahwa setelah pulang dari rumah sakit harus melakukan *continuity of care* ke Rumah Sakit, ke pusat pelayanan sekunder ataupun pelayanan primer setelah rujukan balik dari Rumah sakit dengan tujuan memantau kondisi penyakitnya. Enam pasien mengatakan tidak bisa melakukan *continuity of care* karena keluarga sibuk, keluarga tidak bisa mengantarkan pasien, tidak ada dana, dan akses dengan Rumah Sakit yang cukup jauh, sehingga ini menjadi kendala terlaksananya *continuity of care*.

Berdasarkan fenomena dan uraian diatas, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan *continuity of care* pada pasien stroke iskemik di RSUP. Dr.M.Djamil Padang.

1.2. Rumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit neurologi yang serius yang dapat menyebabkan kecacatan seumur hidup bahkan dapat menyebabkan kematian. Pasien stroke

memerlukan perawatan dalam waktu yang cukup lama, memerlukan biaya yang besar serta memerlukan dukungan keluarga, baik secara finansial maupun secara psikologis sehingga pasien dapat hidup mandiri dan beradaptasi dengan kondisinya serta meningkatkan *survival life* pasien stroke. Untuk mencegah kekambuhan pada pasien stroke maka pasien harus melakukan *continuity of care* yang dilakukan secara *continue* ke pusat pelayanan kesehatan baik pelayanan primer, sekunder, tersier dan perawatan rumah (*home care*).

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian adalah “bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan *continuity of care* pada pasien stroke iskemik di RSUP. Dr. M. Djamil Padang?

1.3. Tujuan Penelitian

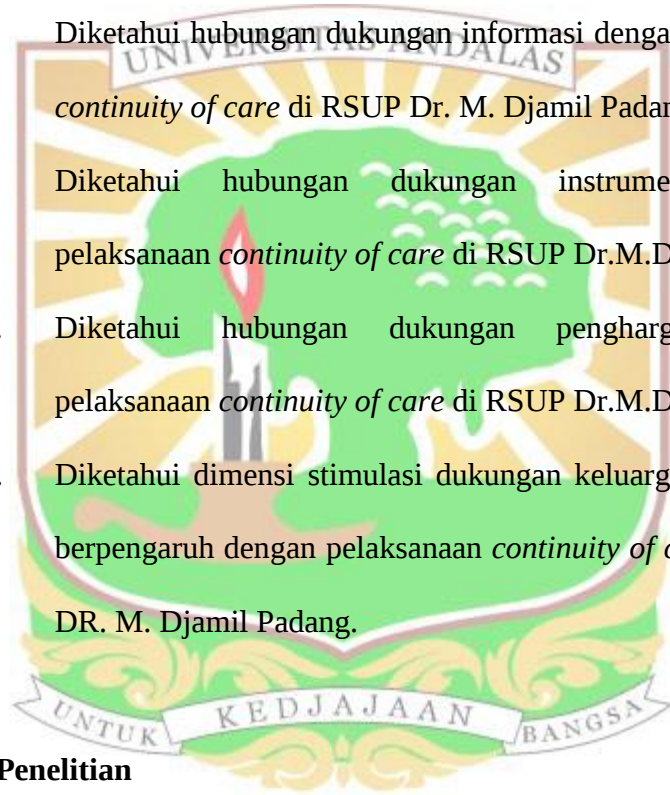
1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pelaksanaan *continuity of care* pada pasien stroke iskemik di RSUP Dr.M.Djamil Padang.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi umur, jenis kelamin, Pendidikan, suku bangsa, dan pekerjaan.
- b. Diketahui distribusi frekuensi pelaksanaan *Continuity of care*.

- c. Diketahui distribusi frekuensi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penghargaan.
- d. Diketahui hubungan dukungan emosional keluarga dengan pelaksanaan *continuity of care* di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Diketahui hubungan dukungan informasi dengan pelaksanaan *continuity of care* di RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Diketahui hubungan dukungan instrumental dengan pelaksanaan *continuity of care* di RSUP Dr.M.Djamil Padang.
- g. Diketahui hubungan dukungan penghargaan dengan pelaksanaan *continuity of care* di RSUP Dr.M.Djamil Padang.
- h. Diketahui dimensi stimulasi dukungan keluarga yang paling berpengaruh dengan pelaksanaan *continuity of care* di RSUP. DR. M. Djamil Padang.



1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam mengembangkan pendidikan keperawatan, khususnya keperawatan komunitas yang berkaitan dengan dukungan keluarga terhadap pelaksanaan *continuity of care* pada pasien stroke.

1.4.2 Bagi layanan Kesehatan

Sebagai informasi dan data bagi lahan praktik baik rumah sakit ataupun pelayanan kesehatan lainnya tentang pentingnya pelaksanaan *continuity of care* bagi pasien stroke untuk mencegah terjadinya kondisi yang lebih parah. Adanya koordinasi *continuity of care* antara Rumah Sakit dengan pelayanan perawatan rumah (*home care*), primer, sekunder tentang perawatan pasien melalui perawat perantara/ *liaison nurse* pada pasien kronis khususnya stroke.

1.4.3 Bagi Pengembang Kebijakan

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya tentang perlunya kebijakan tentang *continuity of care* pada pasien yang membutuhkan perawatan yang lama seperti stroke, jantung, diabetes melitus, hipertensi dan penyakit kronis lainnya.

1.4.4 Bagi Penelitian Keperawatan

Sebagai data awal untuk penelitian selanjutnya dan sebagai data pembanding pada penelitian dengan topik yang sama.