

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modernsaat ini. Dewasa ini, stroke semakin menjadi masalah yang serius diseluruh dunia. Hal tersebut dikarenakan serangan stroke yang mendadak dapat mengakibatkan kematian, kecacatan fisik, dan mental pada usia produktif maupun usia lanjut(Juanido, 2011). Menurut WHO (*World Health Organization*) tahun 2015, secara global 15 juta orang terkena stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association,2014*). Menurut Pinzon dalam (Rahmawati, Yurida Oliviani, dan Mahdalena, 2017), semakin lambat pertolongan medis yang diperoleh, maka akan semakin banyak kerusakan sel saraf yang terjadi, sehingga semakin banyak waktu yang terbuang, dan semakin banyak sel saraf yang tidak bisa diselamatkan dan semakin buruk kecacatan yang didapat.

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar tujuh per mil dan yang

terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti di Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil sedangkan Sumatera Barat 7,4 per mil.

Stroke menyebabkan kelumpuhan sebelah bagian tubuh (*hemiplegia*). Kelumpuhan sebelah bagian tubuh kanan/kiri, tergantung dari kerusakan otak. Bila kerusakan terjadi pada bagian bawah otak besar (*cerebrum*), penderita sulit menggerakkan tangan dan kakinya. Bila terjadi pada otak kecil (*cerebellum*), kemampuan untuk mengkoordinasikan gerakan tubuhnya akan berkurang. Kondisi demikian membuat pasien stroke mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-hari. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan indera merasakan (*sensorik*) yaitu rangsang sentuh atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien mengenal benda yang sedang dipegangnya. Kehilangan kendali pada kandung kemih merupakan gejala yang biasanya muncul setelah stroke, dan seringkali menurunkan kemampuan saraf sensorik dan motorik. Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan untuk merasakan kebutuhan kencing atau buang air besar.

Dampak psikologis penderita stroke adalah perubahan mental. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi kondisi psikologis penderita.

Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Hal ini didukung oleh teori Spielberger, Liebert, dan Morris dalam (Elliot, 1999); Jeslid dalam Hunsley (1985); Gonzales, Tayler, dan Anton dalam Frietman (1997). Mereka telah mengadakan percobaan untuk mengukur kecemasan yang dialami individu selanjutnya kecemasan tersebut didefinisikan sebagai konsep yang terdiri dari dua dimensi utama, yaitu kekhawatiran dan emosionalitas (Ghufron, 2010). Gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan oleh pengaruh kerusakan otak secara fisik. Penderitaan yang sangat umum pada pasien stroke adalah depresi, keadaan seperti ini dapat menghalangi penyembuhan/rehabilitasi, bahkan dapat mengarah kepada kematian akibat bunuh diri (Sustrani L, et al. 2004).

Metode penyembuhan stroke antara lain metode konvensional umumnya dengan pemberian obat yang merupakan penanganan yang paling lazim diberikan selama perawatan di rumah sakit maupun pasca dirumah sakit. Obat apa yang diberikan tergantung dari jenis stroke yang dialami apakah iskemik atau hemoragik. Kelompok obat yang paling populer untuk

menangani stroke adalah Antitrombotik, Trombolitik, Neuroprotektif, Antiansietas dan Antidepresi. Untuk metode operatif, tindakan ini bertujuan untuk memperbaiki pembuluh darah yang cacat. Dengan begitu diharapkan dapat meningkatkan peluang hidup pasien, dan pada gilirannya dapat menyelamatkan jiwa pasien. Teknik fisioterapi dilakukan pada penderita stroke yang mengalami hambatan fisik. Penanganan fisioterapi pasca stroke adalah kebutuhan yang mutlak bagi pasien untuk dapat meningkatkan kemampuan gerak dan fungsinya. Intervensi penanganan pasien pasca stroke di Indonesia sampai saat ini masih terfokus pada penyembuhan biologis. Terapi yang diberikan pada pasien pasca stroke hanya konvensional sehingga belum optimal. Keadaan tersebut akan bertambah parah jika tidak ada suatu upaya penanganan yang *holistic*, untuk itu ditawarkan hal baru yaitu intervensi *holistic treatment* berupa pengembangan pengobatan konvensional yaitu dengan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual. Pendekatan biologis diberikan untuk penyembuhan neuron dan fisiknya yaitu dengan jalan pemberian obat antitrombotik, trombolitik, neuroprotektif dan untuk fisiknya diberikan nutrisi, herbal dan fisioterapi. Pendekatan psiko dikembangkan dengan penekanan pada strategi koping yang positif berdasarkan model adaptasi dari Roy. Sehingga pasien dapat memecahkan persoalan sendiri dengan menggunakan kekuatan yang ada pada dirinya. Pendekatan sosial pelayanan untuk mempertahankan keseimbangan hubungan dan komunikasi dengan keluarga. Pendekatan spiritual yaitu dengan sholat 5 waktu dikembangkan dengan sholat tahajjud, wirid dan doa yang dilakukan secara ikhlas dan khusyuk.

Intervensi *holistic tretment* tersebut diharapkan dapat mempengaruhi keseimbangan mental pasien stroke. Keseimbangan mental tersebut akan mempengaruhi sekresi CRF di hipotalamus. Dengan terkendalinya sekresi CRF akan terkendali pula sekresi ACTH oleh HPA (hipotalamus, pituitary, adrenal), apabila intervensi *holistic tretment* dikategorikan mampu memperbaiki mekanisme koping pada pasien stroke iskemik melalui proses pembelajaran, maka dampak berikutnya adalah perbaikan respons psikologis berupa penurunan depresi. Kondisi respons psikologis berkorelasi dengan perbaikan respons biologis yang dicerminkan oleh penurunan kadar cortisol, Tekanan darah, sedangkan untuk herbal diberikan ekstrak bawang putih, yang dapat menurunkan LED, kolesterol, LDL, HDL dan TG pada pasien pasca stroke iskemik. Respons biologis tersebut dapat mencegah terjadinya proses inflamasi lebih lanjut maupun perluasan infark serebri.

Namun sampai saat ini belum ada hasil yang membuktikan bahwa setelah dilakukan Intervensi *Holistic Treatment* dapat memperbaiki respon inflamasi yang mempengaruhi perluasan infark serebri pada pasien stroke iskemik, Sebaliknya apabil intervensi *Holistic Treatment* dapat dibuktikan ada manfaatnya maka upaya peningkatan pencegahan dan pengobatan pasien stroke iskemik dapat mencegah kecacatan yang dengan sendirinya mempengaruhi kemampuan dan sumber daya produktifitas bisa ditekan dan masyarakat penderita stroke masih bisa mandiri dan produktif yang pada akhirnya tidak membebani keluarga maupun pemerintah karena angka kecacatan dan angka penderita stroke bisa menurun.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah ada perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok model home care holistic dan kelompok model home care?
2. Apakah ada perbedaan tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok model home care holistic dan kelompok model home care?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menguji pengaruh model home care holistic terhadap perubahan respons psikologis.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis perbedaan perbedaan tingkat kecemasan sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok model home care holistic dan kelompok model home care?
2. Menganalisis perbedaan tingkat depresi sebelum dan sesudah intervensi antara kelompok model home care holistic dan kelompok model home care?

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teori

1. Sebagai dasar ilmiah penerapan home care holistic pada pasien stroke iskemik untuk pengembangan ilmu keperawatan.
2. Informasi ilmiah pengaruh model home care holistic terhadap perubahan psikologis dan modulasi system imun.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Mengembangkan dan memajukan cara pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual dalam pengobatan dan perawatan pasien stroke iskemik akut selain pendekatan farmakologis sebagai upaya mendukung proses penyembuhan.
2. Mengembangkan metode pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual yang terstruktur dan terencana dengan memperhatikan faktor predisposisi maupun kondisi penderitanya.
3. Mengembangkan dasar keperawatan dan terapi bio-psiko-sosial-spiritual yang sangat diperlukan perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan motivasi untuk hidup menurun.