

SKRIPSI

**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA PASIEN PASCASTROKE
DALAM MENCARI PENGOBATAN PADA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULSEL**

Disusun dan diajukan oleh

ARIQAH HALIM R

R021181014



**PROGRAM STUDI S1 FISIOTERAPI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

SKRIPSI

**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA PASIEN PASCASTROKE
DALAM MENCARI PENGOBATAN PADA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DADI
PROVINSI SULSEL**

Disusun dan diajukan oleh

ARIQAH HALIM R

R021181014

sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Fisioterapi



**PROGRAM STUDI S1 FISIOTERAPI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

SKRIPSI

**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA PASIEN PASCASTROKE
DALAM Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi
COVID-19 di Rumah Sakit Khusus Daerah DADI
Provinsi Sulsel**

Disusun dan diajukan oleh

Ariqah Halim R.

R021181014

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Panitia Ujian Proposal

pada tanggal 15 Juli 2022

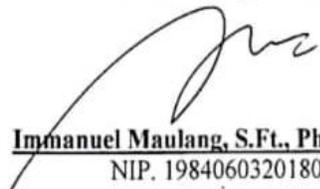
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

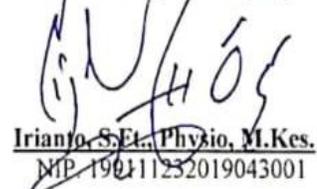
Komisi Pembimbing,

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Immanuel Maulang, S.Ft., Physio, M.Kes.
NIP. 198406032018015001


Irianfo, S.Et., Physio, M.Kes.
NIP. 199111232019043001

Ketua Program Studi S1 Fisioterapi

Fakultas Keperawatan

Universitas Hasanuddin



Andi Besse Ahsanivah, S.Ft., Physio, M.Kes.

NIP. 19901002 201803 2 001

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**GAMBARAN PERILAKU KELUARGA PASIEN PASCASTROKE
DALAM Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi
COVID-19 di Rumah Sakit Khusus Daerah DADI
Provinsi SulseL**

disusun dan diajukan oleh

ARIQAH HALIM R.

R021181014

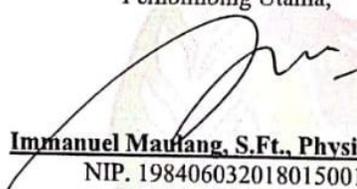
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Fisioterapi Fakultas
Keperawatan Universitas Hasanuddin
pada tanggal 15 Juli 2022

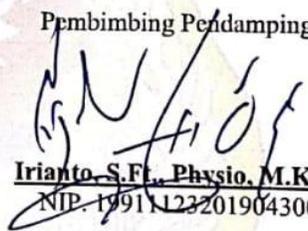
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Immanuel Maufang, S.Ft., Physio, M.Kes.
NIP. 198406032018015001


Irianto, S.Ft., Physio, M.Kes.
NIP. 199111232019043001



Andi Besse Ahsaniyah, S.Ft., Physio, M.Kes.
NIP. 19901002 201803 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ariqah Halim R.

Nim : R021181014

Program Studi : Fisioterapi

Jenjang : S1

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul:

“Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel”

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 4 Juli 2022

Yang Menyatakan



Ariqah Halim R.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim. Segala puji bagi Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang tak henti-hentinya memberikan limpahan rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya, sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan tugas akhir skripsi ini. Shalawat dan salam senantiasa tercurahkan kepada Baginda Nabi Muhammad *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* yang mengangkat manusia dari zaman kebodohan menuju zaman dimana kita dapat merasakan nikmatnya iman, islam dan ilmu sampai sekarang ini. Sebagaimana yang disabdakan beliau *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* “Sebaik-baik manusia adalah yang paling banyak manfaatnya untuk orang lain”, dari hadits tersebut, penulis berharap semoga tugas akhir skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan kemampuan penulis. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Kedua orang tua dan saudara penulis, Bapak Halim Rahman dan Ibu Siti Rusdiah, Annajmah Halim R. dan Aylah Aisyah Halim R. yang tak hentinya memberikan doa, kekuatan, dukungan, dan motivasi. Terimakasih telah menjadi *support system* dan tempat berbagi cerita bagi penulis sehingga penulis bisa sampai pada tahap ini.
2. Bapak Immanuel Maulang, S.Ft., Physio, M.Kes. dan Bapak Irianto, S.Ft., Physio, M.Kes. selaku pembimbing yang selalu meluangkan waktu, memberikan masukan dan arahan, dan saran kepada penulis selama penyusunan skripsi ini sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
3. Ibu Melda Putri, S.Ft., Physio, M.Kes. dan Bapak Bustaman Wahab, S.Ft., Physio. selaku dosen penguji penulis yang telah memberikan banyak masukan, kritik, dan saran yang membangun selama penyusunan skripsi ini sehingga penulis memperoleh banyak pelajaran untuk perbaikan kedepannya.
4. Bapak Ahmad Fatillah selaku staf tata usaha yang selalu ramah dan sabar membantu penulis dalam hal administrasi selama perkuliahan sampai pada proses penyusunan dan penyelesaian skripsi ini. Terimakasih banyak Pak Ahmad.

5. Bapak Budi selaku staf yang membantu selama mahasiswa baru hingga saat ini terkhusus saat peminjaman ruangan selama proses sidang.
6. Physio Agnes dan Physio Irham, kakak-kakak fisioterapis yang bekerja di poli fisioterapi serta Bapak/Ibu pihak Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi yang ramah dan senantiasa membantu penulis dalam pengambilan data.
7. Keluarga Pasien Pascastroke yang terdaftar di RSKD Dadi yang sangat ramah menerima penulis ketika datang ke rumah dan mau meluangkan waktunya untuk penulis wawancara. Mohon maaf telah merepotkan bapak dan ibu.
8. Teman seperjuangan “ソセケス” Indah, Imah, Ifah, Ainun, dan Fitra yang selama ini telah direpotkan dan sabar menemani penelitian penulis dengan si merah dan si hijau, dan juga teman seposko KKN; Ime, Uni, Rahmah, serta para mujahidah; Dina, Nir, dan Hikmah. Terimakasih telah memberikan saran, membantu, menampung penulis di kosan, mendengarkan keluh kesah, dan memberikan semangat kepada penulis.
9. Teman seperbimbingan, Ifah, Farah, Siska, Uun, Inna, Alifah, Aldi, dan Dwickly yang senantiasa berjuang, membantu, dan memberikan semangat kepada penulis.
10. Teman-teman VEST18ULAR yang sama-sama berjuang dari awal maba. Terimakasih atas kekeluargaannya, bantuan, pengalaman, ilmu, kerjasama, dan hal lainnya yang sangat berharga selama empat tahun ini. Semoga Allah senantiasa menjaga dan memudahkan langkah-langkah kalian pada target dan tujuan masing-masing.
11. Serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan namanya satu per satu. Terimakasih telah kebersamai dan membantu penulis dalam menyelesaikan tugas akhir ini. Semoga Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* memberikan balasan yang tak terhingga atas apa yang telah diberikan.

Makassar, 4 Juli 2022



Ariqah Halim R.

ABSTRAK

Nama : Ariqah Halim R.
Program Studi : Fisioterapi
Judul Skripsi : Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel

Adanya pembatasan yang diberlakukan pemerintah dalam memutus mata rantai penularan *Covid-19* di Indonesia menyebabkan terjadinya perubahan perilaku dalam mencari pengobatan. Hal ini menyebabkan pasien stroke yang memiliki prevalensi yang tinggi mengalami penurunan selama pandemi *Covid-19* dalam mengakses fasilitas kesehatan salah satunya di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di RSKD Dadi Provinsi Sulsel. Jenis yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini yaitu keluarga pasien pascastroke dari bulan Maret 2020 – Juni 2022 yang pernah melakukan fisioterapi selama pandemi *Covid-19* di *Stroke Center* RSKD Dadi Provinsi Sulsel dengan jumlah sampel sebanyak 58 orang (n=58). Pengumpulan data dilakukan dengan pengambilan data sekunder dan data primer melalui kuesioner perilaku keluarga pasien pascastroke. Data yang terkumpul kemudian diolah menggunakan *Microsoft Office Excel* untuk melihat distribusi karakteristik responden, faktor genetik, pengetahuan, sikap, dan tindakan keluarga. Diperoleh 40 orang (68,97%) keluarga pasien pascastroke memiliki perilaku dalam mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (*public medicine*) pada masa *Covid-19*. Gambaran perilaku keluarga dalam mencari pengobatan pada pasien pascastroke yaitu tidak memiliki riwayat stroke keluarga (56,90%), memiliki pengetahuan tinggi dalam mencari pengobatan (68,97%), pengetahuan tentang rehabilitasi pascastroke baik (39,6%), sikap keluarga baik (67,24%), dan tindakan keluarga sesuai (65,52%).

Kata Kunci: perilaku pencarian pengobatan, pascastroke, pandemi *Covid-19*, rehabilitasi.

ABSTRACT

Name : Ariqah Halim R.
Study Program : Physiotherapy
Title : *Description of the Behavior of Post-stroke Patients' Families in Seeking Treatment during the Covid-19 Pandemic at the Dadi Regional Special Hospital, South Sulawesi Province*

The restrictions imposed by the government in breaking the chain of transmission of Covid-19 in Indonesia have led to changes in behavior in seeking treatment. This causes stroke patients who have a high prevalence to experience a decline during the Covid-19 in accessing health facilities, one of which is the Dadi Regional Special Hospital (RSKD) in South Sulawesi Province. This study aims to describe the behavior of families of post-stroke patients in seeking treatment during the Covid-19 at Dadi Hospital, South Sulawesi Province. The type used in this research is descriptive quantitative using a cross sectional approach. The population in this study were families of post-stroke patients from March 2020 - June 2022 who had done physiotherapy during the Covid-19 at Stroke Center of the Dadi Hospital in South Sulawesi Province with a total sample of 58 people (n=58). Data was collected by collecting secondary data and primary data through a questionnaire on the behavior of the family of post-stroke patients. The collected data is then processed using Microsoft Office Excel to see the distribution of respondents' characteristics, genetic factors, knowledge, attitudes, and family actions. It was found that 40 people (68.97%) families of post-stroke patients had the behavior in seeking treatment to modern medical facilities (public medicine) during the Covid-19. Description of family behavior in seeking treatment in post-stroke patients, namely not having a family history of stroke (56.90%), having high knowledge in seeking treatment (68.97%), good knowledge about post-stroke rehabilitation (39.6%), good family attitude (67.24%), and appropriate family measures (65.52%).

Keywords: health seeking behavior, post-stroke, pandemic Covid-19, rehabilitation.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG	i
LEMBAR JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	iv
PERNYATAAN KEASLIAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Akademik.....	7
1.4.2 Manfaat Aplikatif	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Tinjauan Umum tentang Perilaku Pencarian Pengobatan	9
2.1.1 Definisi Perilaku.....	9
2.1.2 Perilaku Kesehatan (<i>Health Behavior</i>).....	9
2.1.3 Perilaku Pencarian Pengobatan	11

2.1.4 Respon Ketika Sakit	11
2.1.5 Faktor-faktor Perilaku Pencarian Pengobatan	12
2.2 Tinjauan Umum tentang Pascastroke	13
2.2.1 Definisi Pascastroke	13
2.2.2 Klasifikasi Stroke	14
2.2.3 Etiologi Stroke.....	16
2.2.4 Patofisiologi Stroke	16
2.2.5 Tanda dan Gejala Stroke	18
2.2.6 Faktor Risiko Stroke.....	18
2.2.7 Jenis-jenis Kecacatan Pascastroke	19
2.2.8 Tim Rehabilitasi Pascastroke	22
2.3 Tinjauan Umum tentang Keluarga.....	24
2.3.1 Definisi Keluarga	24
2.3.2 Tujuan Keluarga.....	24
2.3.3 Bentuk-bentuk Keluarga	24
2.3.4 Fungsi Keluarga dalam Pengobatan	25
2.4 Tinjauan Umum Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan Pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i>	26
2.5 Kerangka Teori	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP	32
3.1 Kerangka Konsep.....	32
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	33
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
4.2.1 Tempat Penelitian.....	33
4.2.2 Waktu Penelitian	33
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	33
4.3.1 Populasi	33
4.3.2 Sampel.....	33
4.4 Alur Penelitian	35

4.5	Variabel Penelitian.....	36
4.5.1	Identifikasi Variabel.....	36
4.5.2	Definisi Operasional Variabel.....	36
4.6	Prosedur Penelitian	38
4.6.1	Tahap Persiapan: Menyiapkan Instrumen	38
4.6.2	Tahap Pelaksanaan	38
4.6.3	Tahap Pasca Penelitian.....	39
4.7	Pengolahan dan Analisis Data	39
4.7.1	Pengolahan Data.....	39
4.7.2	Analisis Data	40
4.8	Masalah Etika	40
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	42
5.1	Hasil Penelitian.....	42
5.1.1	Distribusi Karakteristik Umum Responden	42
5.1.2	Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel	47
5.1.3	Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Karakteristik ...	50
5.1.4	Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Faktor Genetik.....	53
5.1.5	Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan Responden.....	55
5.1.6	Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Sikap Keluarga	63
5.1.7	Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Tindakan Keluarga	68

5.2 Pembahasan	70
5.2.1 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Karakteristik ...	70
5.2.2 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel	78
5.2.3 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Faktor Genetik	81
5.2.4 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan Keluarga ...	84
5.2.5 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa <i>Covid-19</i> Berdasarkan Sikap Keluarga	88
5.2.6 Gambaran Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa <i>Covid-19</i> Berdasarkan Tindakan Keluarga	92
5.3 Keterbatasan Penelitian	95
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	96
6.1 Kesimpulan	96
6.2 Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN-LAMPIRAN	109

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel.....	36
Tabel 5.1 Karakteristik Umum Keluarga Pasien Pascastroke di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel.....	42
Tabel 5.2 Deskripsi Nilai Karakteristik Responden Berdasarkan Umur	44
Tabel 5.3 Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel	48
Tabel 5.4 Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Karakteristik	50
Tabel 5.5 Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Faktor Genetik	53
Tabel 5.6 Frekuensi dan Persentase Hubungan Keekerabatan dan Jumlah Keluarga yang Pernah Mengalami Stroke.....	54
Tabel 5.7 Distribusi Pengetahuan Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan	56
Tabel 5.8 Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan dalam Mencari Pengobatan	60
Tabel 5.9 Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan Tentang Rehabilitasi Pascastroke	62
Tabel 5.10 Distribusi Sikap Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan	63
Tabel 5.11 Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Sikap Keluarga	67
Tabel 5.12 Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Tindakan Keluarga	68

Tabel 5.13 Deskripsi Nilai Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan.....	69
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	31
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	32
Gambar 4.1 Alur Penelitian.....	35
Gambar 5.1 Diagram Distribusi Karakteristik Umum Keluarga Pasien Pascastroke	46
Gambar 5.2 Diagram Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulsel	49
Gambar 5.3 Diagram Distribusi Perilaku Keluarga dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Faktor Genetik.....	54
Gambar 5.4 Diagram Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan dalam Mencari Pengobatan	60
Gambar 5.5 Diagram Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Pengetahuan Tentang Rehabilitasi Pascastroke.....	62
Gambar 5.6 Diagram Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Sikap Keluarga.....	67
Gambar 5.7 Diagram Distribusi Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan pada Masa Pandemi <i>Covid-19</i> Berdasarkan Tindakan Keluarga.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informed Consent</i>	109
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian.....	111
Lampiran 3. Surat Telah Menyelesaikan Penelitian	113
Lampiran 4. Surat Lolos Uji Etik.....	114
Lampiran 5. Kuesioner Penelitian.....	115
Lampiran 6. Penilaian Kuesioner	129
Lampiran 7. Dokumentasi Penelitian.....	133
Lampiran 8. Bukti <i>Submit</i> Artikel Penelitian.....	134
Lampiran 9. Draft Artikel Penelitian	135
Lampiran 10. Riwayat Hidup Penulis	147

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Lambang/Singkatan	Arti dan Keterangan
AF	<i>Atrial Fibrillation</i>
AVM	<i>Arteriovenous Malformations</i>
<i>Covid-19</i>	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
dkk.	dan kawan-kawan
ICH	<i>Intracerebral Hemorrhage</i>
Kemendes RI	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
<i>NEJM Catalyst</i>	<i>The New England Journal of Medicine</i>
NHS	<i>Non Hemorrhage Stroke</i>
NINDS	<i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PSBB	Pembatasan Sosial Berskala Besar
PTM	Penyakit Tidak Menular
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RSKD	Rumah Sakit Khusus Daerah
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
SAH	<i>Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage</i>
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2</i>
TIA	<i>Transient Ischemic Attack</i>
tPA	<i>tissue Plasminogen Activator</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WSO	<i>World Stroke Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gaya hidup di era globalisasi memberikan pengaruh besar dalam berbagai bidang termasuk kesehatan (Fauzi, 2017). Gaya hidup yang sehat dapat meningkatkan status kesehatan dan menghindarkan tubuh dari berbagai penyakit, sedangkan gaya hidup yang tidak sehat menimbulkan berbagai penyakit seperti makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan, dan konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menyebabkan munculnya sindrom metabolik. Sindrom metabolik merupakan sekumpulan gangguan kesehatan yang terjadi secara bersamaan yaitu meliputi peningkatan tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, kelebihan lemak tubuh, dan kadar kolesterol yang tidak normal sehingga dapat menimbulkan penyakit yang salah satunya adalah stroke (Ikhsan, 2019).

Stroke menempati penyebab kematian kedua dan penyebab kecacatan ketiga terbanyak di seluruh dunia (Feigin dkk., 2017). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2018 prevalensi stroke di Indonesia mengalami peningkatan dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan yaitu 7/mil menjadi 10,9/mil. Penyakit stroke yang terhitung sebanyak 57,9% terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Perbandingan prevalensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan sebesar (17,9%), Daerah Istimewa Yogyakarta (16,90%), Sulawesi Tengah (16,6%), Jawa Timur (16%), dan Sulawesi Barat (15,52%). Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kota Makassar, stroke termasuk ke dalam 10 penyakit yang menjadi penyebab utama dari kematian di kota Makassar (Kemenkes RI, 2019).

Dampak stroke pada umumnya digambarkan dalam bentuk angka kematian dan status fungsional setelah terkena serangan stroke. Adanya penurunan status fungsional tersebut terjadi karena adanya kerusakan di otak akibat aliran darah yang tersumbat atau pecah di daerah otak tertentu. Menurut Khasanah tahun 2012 dalam penelitian Nurhidayat dkk. (2021) menjelaskan bahwa keadaan ini sangat beragam pada penderita pascastroke, sebab ada yang bisa pulih sempurna atau ada sembuh

dengan cacat ringan, sedang, dan berat. Beberapa kecacatan atau gangguan yang akan dialami penderita stroke setelah onset (serangan) terjadi yaitu gangguan sistem saraf seperti lumpuh sebelah (*hemiplegia*), berkurangnya kekuatan sebelah anggota tubuh (*hemiparesis*), gangguan bicara, gangguan rasa (sensasi) di kulit sebelah wajah, lengan, atau tungkai (Kemenkes RI, 2018).

Menurut *United Nations Social Policy Development Division on Aging* dalam penelitian Gondo, Kurniawati dan Maulang (2020) bahwa sekitar 810 juta orang berusia 60 tahun ke atas dan meningkat menjadi lebih dari 2 miliar di seluruh dunia. Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa stroke memiliki tingkat ketergantungan yang paling tinggi pada penduduk usia 60 tahun di Provinsi Sulawesi Selatan. Prevalensi stroke dengan ketergantungan total yaitu 12,87% adalah prevalensi tingkat ketergantungan tertinggi jika dibandingkan dengan penyakit jantung (1,29%), diabetes mellitus (2,08%), penyakit sendi (1,31%), dan cedera (1,90%). Begitu pula dengan tingkat ketergantungan stroke yaitu berat, sedang, dan ringan memiliki prevalensi yang lebih tinggi dari penyakit lainnya, sedangkan untuk tingkat kemandirian pasien stroke terbilang rendah sekitar 30,09% dibandingkan tingkat kemandirian penyakit lainnya (Kemenkes RI, 2019).

Pasien pascastroke yang telah melalui fase akut biasanya akan dipulangkan ke rumah dalam keadaan masih membutuhkan perawatan atau rehabilitasi. Sebagian besar perawatan atau rehabilitasi pasien pascastroke akan dilakukan oleh keluarga sebagai *caregiver* dalam perencanaan kegiatan dan penilaian kebutuhan dalam pengaturan rehabilitasi (Creasy dkk., 2016). Semakin cepat pasien ditangani, maka semakin besar penanganan fungsinya, komplikasi dapat dicegah, kecacatan yang diakibatkan dapat dihindari sehingga penderita stroke dapat mandiri tanpa tergantung pada orang lain (Rahmawati, 2013). Sebaliknya, tidak adanya tindakan atau upaya rehabilitasi yang tepat dapat menyebabkan masalah baru seperti penimbunan dan pembengkakan pada kaki yang lumpuh, embolisme paru, ulkus dekubitus, infeksi, dan pneumonia (Berutu, 2022).

Proses pemulihan stroke dapat dibantu dengan berbagai macam cara, salah satunya dengan bantuan fisioterapi. Peran fisioterapi tidak hanya bergerak pada pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif), namun bergerak pula pada aspek promotif dan pencegahan (preventif). Keempat aspek ini bersifat menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan untuk meningkatkan dan mengembalikan fungsional tubuh dari pasien (Fadhila, 2021). Penelitian ini diharapkan dapat mengedukasi keluarga pasien pascastroke akan pentingnya fisioterapi sebagai salah satu upaya rehabilitatif yang berperan dalam meningkatkan dan mengoptimalkan kembali kemampuan fungsional pasien pascastroke baik ketika masih dalam perawatan di rumah sakit, pelayanan rawat jalan, maupun perawatan di rumah. Keberhasilan dan kegagalan dari proses pemulihan penderita stroke tidak terlepas oleh peran anggota keluarga (Rahmawati, 2013). Oleh sebab itu, keluarga harus memiliki pengetahuan tentang pencarian pengobatan yang tepat dan pengetahuan tentang rehabilitasi dalam proses pemulihan pasien pascastroke.

Saat ini dunia tengah dilanda pandemi *Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*. Penyakit ini disebabkan oleh virus *corona* jenis baru yang disebut SARS-CoV-2 yang dapat menular dari hewan ke manusia (*zoonosis*), adapun hewan yang menjadi sumber penularan belum diketahui (*World Health Organization, 2020*). Sejak *World Health Organization (WHO)* menetapkan *Covid-19* sebagai pandemi pada Maret 2020 lalu, *Covid-19* sampai saat ini terus mengalami peningkatan. Data terakhir dari WHO pada tanggal 28 Januari 2022 dilaporkan sebanyak 364,1 juta kasus positif *Covid-19* di seluruh dunia dengan angka kematian mencapai 5,6 juta kasus. Negara Indonesia menempati urutan ke-16 dengan jumlah kasus *Covid-19* sebanyak 4,3 juta dengan jumlah kematian 144,2 ribu kasus (WHO, 2021). Data terbaru pada tanggal 26 Januari 2022, Sulawesi Selatan menyumbang 110 ribu kasus positif *Covid-19* dan 2,243 kasus diantaranya ialah kasus kematian (Dinkes Provinsi Sulsel, 2021).

Berbagai upaya pencegahan telah dilakukan oleh pemerintah untuk menekan penyebaran *Covid-19* yang berdampak pada sektor ekonomi, sosial, bahkan sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia (Djailani, 2021). Kecenderungan masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan mengalami penurunan yang cukup signifikan

secara global. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nogueira dkk., (2021) menjelaskan bahwa selama pandemi *Covid-19*, pasien stroke yang dirawat inap baik stroke tingkat rendah, sedang, dan tinggi mengalami penurunan. Pada bulan Mei 2021, *World Health Organization* (WHO) melakukan survei dengan melibatkan 155 negara menunjukkan adanya penurunan kegiatan perawatan kesehatan, terutama pada perawatan Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti kanker 42% negara, penyakit jantung 31% negara, hipertensi 53% negara, dan diabetes 49% negara. Pasien PTM yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan akan lebih rentan terkena *Covid-19* yang sangat berbahaya bagi tiap individu.

Pembatasan tersebut juga berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan akibat dari tingkat stres dan kecemasan yang lebih tinggi (Arshad dkk., 2020). Banyaknya berita tentang penularan *Covid-19* dan korban yang meninggal dunia menyebabkan bertambahnya kecemasan di masyarakat. Hal ini sejalan dengan hasil survei yang dilakukan oleh *Alvara Research Center* tahun 2020, menjelaskan bahwa kecemasan yang tinggi tersebut memengaruhi perilaku pencarian pengobatan pada masyarakat sehingga menyebabkan dua perilaku kesehatan yang berbeda. Perilaku kesehatan yang meningkat yaitu memakai masker, cuci tangan, berolahraga, sedangkan perilaku kesehatan yang mengalami penurunan yakni seperti takut untuk ke pelayanan kesehatan, takut untuk berobat, dan takut keluar rumah untuk melakukan pemeriksaan kesehatan. Ketakutan yang dirasakan berawal dari rasa cemas jika tertular *Covid-19* dari tenaga kesehatan atau dari pengunjung pelayanan kesehatan lain (Hidayat, 2020; Susilo dkk., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Hariyanti dkk. (2015) tentang perilaku pencarian pengobatan pada pasien stroke, menjelaskan bahwa terdapat tiga alur pencarian pengobatan pada pasien stroke yaitu sebesar (31,5%) langsung ke rumah sakit, ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan sebesar (38,62%) atau non petugas kesehatan sebesar (7,9%) dan dibawa ke petugas kesehatan dan non petugas kesehatan, tanpa dibawa ke rumah sakit sebesar 22%. Namun, selama pandemi *Covid-19* terjadi perubahan perilaku di kalangan pasien stroke khususnya rumah sakit dan layanan kegawatdaruratan (Lengkong dkk., 2021). Perubahan perilaku ini dapat

menjadi bahan tambahan informasi bagi pasien pascastroke yang takut ke instansi rumah sakit sehingga dapat beralih untuk melanjutkan program latihannya di rumah dengan pendampingan fisioterapis secara rutin.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit khususnya pasien *Covid-19* terdapat kebijakan untuk memutus mata rantai virus yakni pembatasan pasien non-Covid yang masuk rumah sakit, termasuk pusat stroke. Penelitian yang dilakukan Zhao dkk. (2020) menjelaskan bahwa tempat perawatan stroke telah ditutup oleh beberapa rumah sakit. Salah satu rumah sakit di Indonesia yang melakukan kebijakan serupa, khususnya di Makassar adalah Pusat Stroke Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Gubernur Sulawesi Selatan mengarahkan untuk menjadikan RSKD Dadi sebagai rumah sakit utama dalam pengecekan gejala virus *corona*. Hal itu membuat pasien *Covid-19* lebih banyak memenuhi rumah sakit sebagai tempat karantina, sehingga keluarga orang yang menderita stroke merasa enggan untuk membawa ke RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan meskipun dalam keadaan darurat sekalipun (Lengkong dkk., 2021). Pihak rumah sakit juga mengambil langkah untuk pengosongan bagi pasien umum dan tidak menerima pasien baru untuk sementara waktu, termasuk pasien stroke (Pemprov Sulsel, 2020). Pelayanan kesehatan secara *online* masih kurang di negara berkembang termasuk Indonesia masih sedikit dibandingkan negara maju (Hasanah dkk., 2021).

Berdasarkan observasi yang telah dilakukan peneliti di poli fisioterapi RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan, pada tahun 2020 diperoleh data jumlah pasien stroke sebanyak 36 orang, kemudian meningkat kembali pada tahun 2021 diperoleh data jumlah pasien stroke sebanyak 120 orang. Berbeda halnya dengan survei awal yang dilakukan Hadijah (2020) di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan bahwa pada tahun 2017 diperoleh data jumlah pasien stroke sebanyak 809 orang, pada tahun 2018 data jumlah pasien stroke sebanyak 932 orang, dan sebanyak 64 orang pasien stroke yang dirawat inap di ruang gelatik pada tahun 2019. Adanya perbedaan yang signifikan ini menunjukkan perilaku pencarian pengobatan pasien stroke mengalami penurunan pelayanan fisioterapi di instansi rumah sakit akibat pandemi *Covid-19*.

Pada penelitian terdahulu, kebanyakan membahas mengenai perilaku pada penyakit stroke, hipertensi, tuberkulosis, osteoarthritis dan *Covid-19*. Namun, belum ada penelitian yang secara langsung membahas tentang perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*. Oleh karena itu, penelitian ini membahas terkait perilaku keluarga pasien pascastroke dan menambahkan korelasinya dengan pandemi *Covid-19* yang saat ini masih melanda dunia secara global sebagai keterbaruan dan inovasi dari penelitian-penelitian sebelumnya.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, penelitian mengenai gambaran perilaku pencarian pengobatan keluarga khususnya pasien pascastroke pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan belum ada. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana gambaran perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, didapatkan informasi bahwa perilaku yang tepat dalam mencari pengobatan bagi keluarga pasien pascastroke sangat penting pada masa pandemi *Covid-19*. Hal ini menjadi landasan bagi peneliti untuk melakukan penelitian tentang gambaran perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Oleh karena itu, dapat dikemukakan pertanyaan penelitian yaitu:

“Bagaimana gambaran perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuainya gambaran perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya karakteristik keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19* di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.
2. Diketuainya genetik, pengetahuan keluarga, dan sikap keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*.
3. Diketuainya tindakan keluarga bagi pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

1. Memberikan pengetahuan tentang pasien pascastroke kaitannya dengan perilaku keluarga dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*.
2. Menambah pustaka baik tingkat program studi, fakultas maupun tingkat universitas.
3. Sebagai bahan kajian, rujukan maupun perbandingan bagi penelitian selanjutnya mengenai perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*.
4. Untuk menambah ilmu pengetahuan dan sebagai bahan bacaan bagi individu yang ingin mengetahui perilaku, keluarga, pascastroke, dan kaitannya dengan pandemi *Covid-19*.

1.4.2 Manfaat Aplikatif

1. Bagi Keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi kepada keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita stroke.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat tentang perilaku dalam mencari pengobatan yang tepat pada pasien pascastroke dengan sasaran keluhan atau gangguan yang dialami.

3. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan informasi terhadap profesi kesehatan untuk mengoptimalkan upaya promotif dalam penanggulangan permasalahan khususnya pada penyakit stroke di masa pandemi *Covid-19*.

4. Bagi Pendidikan Fisioterapi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi pendidikan fisioterapi untuk meningkatkan perannya dalam bidang promotif dan preventif terkait dengan penanganan masalah yang terjadi pada pascastroke.

5. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan untuk menambah wawasan peneliti tentang perilaku keluarga pasien pascastroke dalam mencari pengobatan pada masa pandemi *Covid-19*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum tentang Perilaku Pencarian Pengobatan

2.1.1 Definisi Perilaku

Secara bahasa, perilaku berasal dua dari kata yaitu “peri” dan “laku”. Peri berarti cara berbuat kelakuan perbuatan, dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan. Perilaku adalah suatu reaksi seseorang terhadap lingkungannya. Pada hakekatnya, reaksi yang dimaksud dapat digolongkan menjadi dua bentuk, yaitu bentuk pasif (tanpa tindakan nyata atau konkret) dan dalam bentuk aktif dengan tindakan nyata (konkret). Perilaku jika diartikan secara umum adalah suatu aksi dan reaksi suatu organisme terhadap lingkungannya. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku baru dapat terwujud bila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan yang disebut rangsangan (Irwan, 2017).

Menurut Notoatmodjo (2014) perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, menulis, kuliah, dan membaca. Pada uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya.

2.1.2 Perilaku Kesehatan (*Health Behavior*)

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2014) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau obyektif yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati atau tidak, yang berkaitan dengan upaya pencegahan, perlindungan diri dari masalah kesehatan lain, upaya untuk meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit

atau memiliki masalah kesehatan. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan atau kesehatannya meningkat disebut dengan perilaku sehat (*healthy behaviour*). Menurut Notoatmodjo dalam Salasi (2021) bahwa perilaku sakit adalah perilaku mencari penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatan (*health seeking behaviour*). Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan modern atau pelayanan kesehatan tradisional. Perilaku kesehatan tersebut mencakup:

a. Perilaku Seseorang Terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkatan-tingkatan pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkatan pencegahan penyakit (Irwan, 2017), yaitu:

1. Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya makan makanan yang bergizi, dan olahraga.
 2. Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) adalah respon untuk mencegah suatu penyakit, misalnya tidak minum kopi, tidak minum alkohol, tidak makan berlemak, dan berhenti dari kebiasaan merokok.
 3. Perilaku sehubungan dengan pencarian bantuan pengobatan (*health seeking behavior*) adalah sebuah perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya mengobati penyakitnya sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern (puskesmas, mantri, dan dokter praktik) maupun ke fasilitas kesehatan tradisional (dukun dan sinshe).
 4. Perilaku yang sehubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit.
- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern ataupun tradisional.
- c. Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*), yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.

- d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

2.1.3 Perilaku Pencarian Pengobatan

Perilaku pencarian pengobatan merupakan salah satu perilaku kesehatan yang menyangkut upaya atau tindakan seseorang ketika sakit atau kecelakaan untuk berusaha mulai dari pengobatan pribadi sampai mencari pengobatan ke luar negeri. Perilaku pencarian bantuan kesehatan atau *health seeking behavior* merupakan perilaku dalam menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respon internal maupun eksternal, baik respon pasif (pengetahuan, persepsi, sikap) maupun aktif (praktik) yang dilakukan sehubungan dengan sakit atau penyakit (Irwan, 2017).

Perilaku dalam mencari pengobatan pada setiap orang beragam, hal itu terjadi karena adanya faktor-faktor yang memengaruhinya. Perilaku pencarian pengobatan bertujuan untuk memperoleh pengobatan sehingga sembuh atau teratasi masalah kesehatannya (Darnindro dan Sarwono, 2017). Perilaku ini mencakup perilaku dalam mencari kesembuhan dan cepat sembuh (perilaku kuratif) dan perilaku memperoleh pemulihan kesehatan atau agar cepat pulih kesehatannya (perilaku rehabilitatif) (Febtrina dkk., 2021).

2.1.4 Respon Ketika Sakit

Menurut Notoatmodjo dalam Irwan (2017) pencarian pengobatan oleh masyarakat ketika sakit akan menimbulkan respon serta membutuhkan pelayanan kesehatan. Respon tersebut antara lain:

1. Tidak bertindak atau tidak melakukan apa-apa. Kondisi ini terjadi karena adanya rasa sakit yang tidak mengganggu aktivitas sehari-hari, adanya anggapan bahwa gejala yang didapatkan akan hilang dengan sendirinya, adanya fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, sehingga menimbulkan alasan takut ke dokter, takut ke rumah sakit, dan takut biaya.

2. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*). Orang atau masyarakat yang memilih tindakan mengobati sendiri adalah karena percaya kepada diri sendiri, berdasarkan pengalaman yang lalu sudah merasa sembuh dengan mengobati diri sendiri. Hal ini menyebabkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan.
3. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Pengobatan tradisional pada masyarakat pedesaan masih menduduki peringkat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat dan sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan-gangguan fisik. Orientasi pencarian pengobatannya lebih kepada sosial-budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing.
4. Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya, termasuk tukang-tukang jamu. Obat-obat yang didapatkan pada umumnya adalah obat-obat yang tidak memakai resep sehingga sulit untuk dikontrol, namun untuk sejauh ini belum ada masalah serius yang ditimbulkan dari pemakaian obat-obat bebas tersebut.
5. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit (*public medicine*).
6. Tindakan mencari bantuan kesehatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

2.1.5 Faktor-faktor Perilaku Pencarian Pengobatan

Menurut Teori Lawrence Green tahun 1980 dalam Irwan (2017), perilaku manusia dalam hal kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor, yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai serta variabel demografi.

2. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya fasilitas kesehatan, obat-obatan, alat-alat kesehatan dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (*reinforching factor*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.2 Tinjauan Umum tentang Pascastroke

2.2.1 Definisi Pascastroke

Stroke merupakan suatu kondisi terganggunya suplai darah ke otak karena adanya pembekuan pada arteri yang memasok darah ke otak sehingga mengakibatkan otak kekurangan oksigen, kerusakan dan kehilangan fungsi. Kondisi ini dikenal dengan istilah iskemia. Stroke juga dapat mengalami kebocoran akibat pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan pendarahan pada otak. Dampak dari kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat berupa kerusakan permanen, termasuk kelumpuhan parsial dan gangguan dalam bicara, pemahaman, dan memori. Luas dan lokasi kerusakan menentukan tingkat keparahan stroke yang berkisar dari minimal hingga mengancam nyawa (World Stroke Organization, 2021).

Menurut *World Health Organization*, stroke adalah salah satu penyebab kematian yang terjadi karena adanya defisit neurologik berupa fokal dan global yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dari manifestasi klinik yang berkembang cepat dan tidak dipengaruhi oleh penyebab lain selain vaskular (Kemenkes RI, 2019). Otak yang tidak mendapatkan pasokan darah tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi, sehingga sel atau jaringan pada sebagian area otak akan mati. Ketika sebagian area otak mati, bagian tubuh yang diatur oleh area otak yang rusak tidak dapat berfungsi dengan baik (Fadhila, 2021).

Pascastroke adalah kondisi seseorang setelah mengalami stroke, biasanya orang tersebut mengalami kecacatan setelahnya. Kecacatan akibat stroke tergantung dari parah atau tidaknya penyakit yang diderita (Wijanarko dkk., 2016). Penderita

stroke erat kaitannya dengan rehabilitasi untuk mengoptimalkan kembali fungsi tubuh dan tingkat kemandirian serta kualitas hidup yang terbaik. Rehabilitasi tidak dapat mengubah kerusakan yang ditimbulkan stroke, namun dengan rehabilitasi setelah stroke, sel-sel saraf di otak dapat terhubung kembali yang kedepannya akan meningkatkan fungsi tubuh dan secara substansial membantu penderita stroke untuk hasil jangka panjang yang lebih baik (NINDS, 2020).

2.2.2 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan menjadi dua bagian utama, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

1. Stroke Iskemik (Non Hemoragik)

Stroke iskemik atau biasa disebut juga sebagai stroke non-hemoragik atau biasa disingkat NHS (*non hemorrhagic stroke*) adalah penyakit vaskular aterosklerosis yang menyebabkan oklusi dan stenosis arteri interkranial atau ekstrakranial utama dan adanya penyempitan arteri penetrasi kecil di otak. Penyakit ini telah menyumbang sekitar 85% dari semua jumlah pasien stroke. Menurut *American Heart Association*, gumpalan atau massa yang terdapat pada otak menyebabkan kerusakan otak secara langsung karena tidak cukupnya aliran darah, hipoksia, dan *subtract metabolic*, serta menyebabkan kerusakan yang terus-menerus dalam beberapa jam. Adanya timbunan lemak yang terus membesar di dalam lapisan dinding pembuluh darah disebut aterosklerosis (AHA, 2019).

Sedangkan menurut LeMone dkk. (2014), stroke iskemik terbagi dalam beberapa jenis, antara lain:

1) Stroke Iskemik Transien (TIA)

Kadang-kadang disebut mini-stroke, adalah periode singkat dari iskemia otak terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Stroke Trombotik

Stroke trombotik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak besar oleh trombus (bekuan darah). Stroke trombotik paling sering terjadi pada orang tua yang sedang beristirahat atau tidur.

3) Infark Lakunar Stroke

Stroke trombotik yang memengaruhi pembuluh otak kecil disebut stroke lakunar (pembuluh kecil), karena area infark mengelupas, meninggalkan rongga kecil di jaringan otak, terjadi di bagian otak yang lebih dalam atau batang otak dari penyumbatan cabang kecil arteri serebral besar.

4) Kardiogenik Emboli Stroke

Stroke emboli kardiogenik terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrium, trombus ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongestif, atau plak aterosklerotik memasuki sistem peredaran darah dan tersangkut pada pembuluh serebral yang terlalu sempit untuk memungkinkan pergerakan lebih lanjut.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah yang melemah pecah. Dua jenis pembuluh darah yang melemah biasanya menyebabkan stroke hemoragik: aneurisma dan malformasi arteriovenosa (AVM). Stroke hemoragik mencapai sekitar 13% dari kasus stroke disebabkan oleh pembuluh yang melemah yang pecah dan berdarah ke otak sekitarnya. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya (*American Heart Association, 2020*). Menurut *American Heart Association* (2020) klasifikasi hemoragik stroke meliputi:

1) Pendarahan Intraparenkimal atau Intracerebral (*Intracerebral Hemorrhage/ICH*)

Intracerebral terjadi pada 10% – 15% serangan pertama pada pasien stroke dan memiliki tingkat mortalitas 35% – 52% untuk kejadian kematian dalam waktu 30 hari; setengah dari kematian terjadi pada dua hari pertama sejak serangan.

2) Pendarahan Subaraknoid

Sekitar 3% dari semua kejadian stroke merupakan pendarahan *Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage* (SAH). Kejadian pendarahan subaraknoid spontan menyumbang 5% pada kematian akibat stroke. Rata-rata disabilitas dan mortalitas yang disebabkan oleh SAH cukup tinggi yaitu sekitar 50% dan pasien tidak selamat ketika terjadi serangan awal. Aneurisma serebral merupakan penyebab utama dari SAH non-traumatik.

2.2.3 Etiologi Stroke

Stroke iskemik disebabkan oleh peristiwa trombotik atau emboli karena penurunan aliran darah ke otak. Pada kejadian trombotik, aliran darah ke otak terhambat di dalam pembuluh darah karena disfungsi di dalam pembuluh itu sendiri, biasanya terjadi akibat penyakit aterosklerotik, diseksi arteri, dysplasia fibromuskular, atau kondisi inflamasi, sedangkan pada kejadian emboli, adanya zat asing dari tempat lain di tubuh menghalangi aliran darah melalui pembuluh yang terkena (Ntaios, 2020). Stroke hemoragik terjadi karena pendarahan di otak akibat pecahnya pembuluh darah. Penyebab paling umum dari stroke hemoragik adalah hipertensi yang berlangsung lama menghasilkan degenerasi media, kerusakan lamina elastis, dan fragmentasi otot polos arteri (Unnuthan dan Mehta, 2020).

2.2.4 Patofisiologi Stroke

Stroke didefinisikan sebagai ledakan neurologis yang tiba-tiba karena adanya gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. Pemahaman tentang anatomi neurovaskular termasuk hal yang penting untuk mempelajari manifestasi klinis stroke. Aliran darah ke otak diatur oleh dua karotis interna di *anterior* dan dua arteri vertebralis di *posterior* (Lingkar Willis). Stroke iskemik disebabkan oleh kurangnya suplai darah dan oksigen ke otak, sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran pembuluh darah (Kuriakose dan Xiao, 2020).

Oklusi iskemik menyumbang sekitar 85% dari korban pada pasien stroke, sedangkan sisanya karena pendarahan intraserebral. Menurut Musuka dkk. (2015) menjelaskan bahwa oklusi iskemik menghasilkan kondisi trombotik dan emboli di

otak. Pada trombosis, terdapat aterosklerosis yang menyebabkan aliran darah pada pembuluh darah menyempit. Penyempitan pembuluh darah tersebut mengakibatkan terjadinya penumpukan plak yang pada akhirnya akan menyempitkan ruang vaskular dan membentuk gumpalan sehingga menyebabkan terjadinya stroke trombotik, sedangkan pada stroke emboli, terjadi penurunan aliran darah ke daerah otak yang menyebabkan emboli, sehingga aliran darah ke otak berkurang. Kurangnya pasokan darah ini menyebabkan tekanan pada otak berat dan kematian sel sebelum waktunya (nekrosis). Nekrosis diikuti dengan rusaknya membran plasma, pembengkakan organel, dan bocornya isi seluler ke ekstraseluler, serta hilangnya fungsi saraf. Kejadian penting lainnya yang berkontribusi terhadap patologi stroke adalah peradangan, kegagalan energi, kehilangan homeostasis, asidosis, peningkatan kadar kalsium intraseluler, eksitotoksisitas, toksisitas yang dimediasi radikal bebas, sitotoksisitas yang dimediasi sitokin, aktivasi komplemen, gangguan sawar darah-otak, aktivasi sel glial, stres oksidatif, dan infiltrasi leukosit (Kuriakose dan Xiao, 2020).

Sementara itu, pada stroke hemoragik berkontribusi sekitar 10% – 15% dari semua stroke dan memiliki angka kematian yang tinggi. Pada stroke hemoragik, pembuluh darah menjadi pecah akibat dari tekanan pada jaringan otak dan terdapat cedera internal di otak. Akibatnya, terjadi infark dari hasil efek toksik dalam sistem vaskular. Stroke hemoragik dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) dan *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH). Pada ICH, pembuluh darah pecah dan menyebabkan penumpukan darah yang abnormal di dalam otak. Penyebab utama dari ICH adalah hipertensi, gangguan pembuluh darah, penggunaan antikoagulan dan agen trombolitik yang berlebihan, sedangkan pada SAH, terjadi penumpukan darah di ruang subaraknoid pada otak karena cedera kepala atau aneurisma serebral (Kuriakose dan Xiao, 2020).

2.2.5 Tanda dan Gejala Stroke

Menurut *American Stroke Association* (2022) menjelaskan bahwa tanda dan gejala stroke dapat dideteksi dengan *Face* (Wajah), *Arm* (Lengan), *Speech* (Bicara), dan *Time* (Waktu) yang disingkat *FAST*, serta memperhatikan gejala lainnya.

1. *Face* (wajah terkulai), wajah dapat mengalami lumpuh sebelah dengan mengamati dan melihat sudut bibir seseorang ketika tersenyum, hanya bisa mengangkat sebelah atau mata terlihat terkulai.
2. *Arms* (lengan), ketika seseorang tidak mampu mengangkat salah satu atau kedua lengannya karena lemah, hilang rasa, maupun kesemutan.
3. *Speech* (bicara), bicara cadel atau pelo, bahkan tidak dapat berbicara sama sekali meski terlihat sadar.
4. *Time* (waktu), apabila terdapat tiga gejala tersebut di atas, maka perlu untuk membawa ke rumah sakit terdekat untuk mendapatkan penanganan.

Adapun gejala lain yang terdapat pada penderita stroke, yaitu:

- a. *Numbness* atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki, terutama pada satu sisi tubuh.
- b. Kebingungan, kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan.
- c. Masalah melihat di satu atau kedua mata.
- d. Kesalahan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi.
- e. Sakit kepala parah tanpa diketahui penyebabnya.

2.2.6 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke hampir sama dengan faktor risiko penyakit jantung koroner dan penyakit pembuluh darah lainnya. Faktor risiko stroke terbagi menjadi dua kelompok besar yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi (Djailani, 2021) yaitu sebagai berikut:

1. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi

Faktor-faktor ini merupakan faktor alamiah yang banyak diantaranya belum dapat mengendalikan faktor-faktor ini (di luar kehendak dirinya) yaitu terdiri dari usia, jenis kelamin, ras dan etnis, *Transient Ischaemic Attack (TIA)*, dan genetik.

2. Faktor Risiko yang Dapat Dimodifikasi

Faktor-faktor yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat dikendalikan oleh individu itu sendiri, yaitu terdiri atas hipertensi, diabetes mellitus, Fibrilasi Atrium (AF), hiperlipidemia, alkohol dan penyalahgunaan obat-obatan, merokok, dan kurangnya aktivitas fisik dan obesitas.

2.2.7 Jenis-jenis Kecacatan Pascastroke

Pascastroke adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan secara instan dan cepat sehingga perlu ditangani dengan beberapa terapi secara maksimal. Jenis dan derajat kecacatan tergantung pada area otak mana yang mengalami kerusakan. Secara umum, menurut *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (2020) stroke dapat dibedakan menjadi lima jenis kecacatan:

1. Kelumpuhan atau Masalah Pengendalian Gerakan (*Motor Control*)

Kerusakan sel dan koneksi di otak setelah stroke dapat menyebabkan berbagai masalah dengan gerakan dan sensasi, termasuk:

- a. Kelumpuhan, kehilangan gerakan volunter, atau kelemahan yang biasanya menyerang satu sisi tubuh, biasanya sisi yang berlawanan dengan sisi yang rusak akibat stroke (seperti wajah, lengan, kaki, atau seluruh sisi tubuh). Kelumpuhan pada satu sisi tubuh disebut *hemiplegia*; kelemahan pada satu sisi disebut *hemiparesis*.
- b. Masalah menelan (*disfagia*), menurut *Stroke Association* tahun 2012 dalam Achmad dan Iskandar (2015) bahwa masalah ini muncul pada pasien pascastroke meliputi ketidakmampuan dalam menelan makanan, batuk, ataupun tersedak sebelum maupun saat menelan.
- c. Kehilangan kontrol gerakan tubuh, termasuk masalah dengan postur tubuh, berjalan, dan keseimbangan (*ataksia*).

2. Gangguan Sensorik

Beberapa gangguan sensorik termasuk dalam hal ini nyeri yang dapat berkembang setelah stroke, termasuk:

- a. Kehilangan kemampuan untuk merasakan sentuhan, nyeri, suhu, atau merasakan bagaimana posisi tubuh. Orang yang terkena stroke juga bisa kehilangan kemampuan untuk mengenali benda yang dipegangnya atau bahkan anggota tubuhnya sendiri.
- b. Nyeri, mati rasa, perasaan berat pada anggota badan, atau sensasi aneh seperti kesemutan atau tusukan pada anggota tubuh yang lumpuh atau melemah (*paresthesia*). Mati rasa atau kesemutan pada anggota badan dapat berlanjut bahkan setelah memulihkan beberapa gerakan.
- c. Hilangnya kontrol kandung kemih dan usus dan hilangnya mobilitas untuk mencapai toilet tepat waktu. Inkontinensia permanen setelah stroke jarang terjadi.
- d. Sindrom nyeri kronis dapat terjadi sebagai akibat dari masalah mekanis yang disebabkan oleh kelemahan. Paling sering, rasa sakit disebabkan oleh kurangnya gerakan pada sendi yang telah dilumpuhkan untuk waktu yang lama (seperti kelemahan atau kelenturan dan tendon serta ligamen di sekitar sendi menjadi tetap dalam satu posisi).

Lebih jarang rasa sakit dapat terjadi karena kerusakan akibat stroke pada sistem saraf (nyeri neuropatik), yang paling umum disebut "sindrom nyeri *thalamus*" (disebabkan oleh stroke ke *thalamus*, yang memproses informasi sensorik dari tubuh ke otak).

3. Masalah Menggunakan atau Memahami Bahasa (*Aphasia*)

Setidaknya seperempat dari semua penderita stroke mengalami gangguan bahasa, yang melibatkan kemampuan berbicara, menulis, dan memahami bahasa lisan dan tulisan. Pada individu yang tidak kidal, pukulan ini biasanya melibatkan sisi kiri otak. Cedera akibat stroke pada salah satu pusat kontrol bahasa otak dapat sangat mengganggu komunikasi verbal. Ada beberapa jenis afasia:

- a. *Afasia ekspresif*, di mana orang kehilangan kemampuan untuk berbicara atau menulis kata-kata yang mereka pikirkan dan untuk menyatukan kata-kata dalam kalimat yang koheren dan benar secara tata bahasa.
 - b. *Afasia reseptif*, di mana orang mengalami kesulitan memahami bahasa lisan atau tulisan dan sering memiliki pidato yang tidak koheren. Meskipun individu-individu ini dapat membentuk kalimat yang benar secara tata bahasa, ucapan mereka seringkali tanpa makna.
 - c. *Afasia global*, di mana orang kehilangan hampir semua kemampuan linguistik seperti tidak dapat memahami bahasa atau menggunakannya untuk menyampaikan pikiran.
4. Masalah dengan Pemikiran dan Memori

Stroke dapat merusak bagian otak yang bertanggung jawab untuk memori, pembelajaran, dan kesadaran. Seorang penderita stroke mungkin memiliki rentang perhatian yang lebih pendek secara dramatis atau mungkin mengalami defisit dalam memori jangka pendek. Beberapa orang juga mungkin kehilangan kemampuan untuk membuat rencana, memahami makna, mempelajari tugas baru, atau terlibat dalam aktivitas mental kompleks lainnya. Defisit umum akibat stroke adalah:

- b. *Anosognosia*, ketidakmampuan untuk mengakui realitas gangguan fisik akibat stroke.
- c. Mengabaikan, hilangnya kemampuan untuk merespon objek atau rangsangan sensorik yang terletak di sisi yang mengalami gangguan stroke.
- d. *Apraksia*, hilangnya kemampuan untuk melakukan gerakan bertujuan yang dipelajari atau untuk merencanakan langkah-langkah yang terlibat dalam tugas yang kompleks dan bertindak berdasarkan urutan yang tepat. Orang dengan apraksia juga mungkin mengalami masalah dalam mengikuti petunjuk.

5. Gangguan Emosional

Setelah stroke seseorang mungkin merasakan ketakutan, kecemasan, frustrasi, kemarahan, kesedihan, dan rasa duka atas kerugian fisik dan mental. Beberapa gangguan emosional dan perubahan kepribadian disebabkan oleh efek fisik dari kerusakan otak. Depresi klinis pada umumnya dialami oleh penderita stroke yaitu rasa putus asa yang mengganggu kemampuan fungsi tubuh. Depresi pascastroke dapat diobati dengan obat antidepresan dan konseling psikologis.

2.2.8 Tim Rehabilitasi Pascastroke

Menurut NINDS (2019), rencana rehabilitasi akan berubah selama proses pemulihan, tergantung pada bagian tubuh atau kemampuan mana yang terpengaruh dan jenis serta tingkat kerusakannya. Tim rehabilitasi stroke mencakup berbagai spesialis, antara lain:

- a. Dokter: memiliki tanggung jawab utama untuk mengelola dan mengoordinasikan perawatan jangka panjang bagi penderita stroke, termasuk merekomendasikan program rehabilitasi mana yang paling sesuai dengan kebutuhan individu dan meresepkan obat-obatan yang tepat. Dokter-dokter ini sering mencakup fisioterapis (spesialis dalam pengobatan fisik dan rehabilitasi), ahli saraf, internis, geriatri (spesialis manula), dan dokter praktik keluarga.
- b. Perawat: rehabilitasi dapat membantu korban stroke mempelajari kembali keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari. Mereka juga memberikan informasi tentang perawatan kesehatan rutin, seperti bagaimana mengikuti jadwal pengobatan, bagaimana merawat kulit dan mengelola masalah kandung kemih dan usus, bagaimana pindah dari tempat tidur dan ke kursi roda, dan kebutuhan khusus untuk penderita stroke.

- c. Fisioterapis: mengkhususkan diri dalam merawat cacat yang berkaitan dengan gangguan motorik dan sensorik. Mereka membantu memulihkan fungsi fisik dengan mengevaluasi dan menangani masalah dengan gerakan, keseimbangan, dan koordinasi. Program fisioterapi dapat mencakup latihan untuk memperkuat otot, meningkatkan koordinasi, dan mendapatkan kembali rentang gerak, terapi yang diinduksi, di mana anggota tubuh yang tidak terpengaruh diimobilisasi.
- d. Terapis okupasi: membantu meningkatkan kemampuan motorik dan sensorik sambil memastikan keamanan pada periode pascastroke. Terapis okupasi membantu seseorang mempelajari kembali keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas mandiri (juga disebut pekerjaan) seperti perawatan pribadi, menyiapkan makanan, dan membersihkan rumah.
- e. Spesialis rekreasi Terapeutik: membantu orang dengan berbagai disabilitas untuk mengembangkan dan menggunakan waktu luang mereka untuk meningkatkan kesehatan, kemandirian, dan kualitas hidup mereka.
- f. Ahli patologi wicara-bahasa: membantu seseorang mempelajari kembali cara menggunakan bahasa atau mengembangkan sarana komunikasi alternatif dan meningkatkan kemampuan menelan.
- g. Terapis kejuruan: melakukan banyak fungsi yang sama seperti yang dilakukan oleh konselor karir biasa, dalam membantu orang-orang dengan disabilitas residual mengidentifikasi kekuatan kejuruan dan mengembangkan resume yang menyoroti kekuatan tersebut.
- h. Pekerja sosial: dapat membantu membuat keputusan keuangan dan merencanakan pulang ke rumah atau ke tempat tinggal baru. Mereka juga dapat membantu merencanakan perawatan setelah keluar dari fasilitas rehabilitasi.
- i. Psikolog: dapat membantu dengan kesehatan mental dan emosional seseorang dan menilai keterampilan kognitif.

2.3 Tinjauan Umum tentang Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang menjadi unsur penting dalam kehidupan penting sosial seseorang (Okwari dkk., 2017). Menurut Hernilawati tahun 2013, di dalam keluarga terdapat ikatan perkawinan dan hubungan darah yang tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dengan peran masing-masing serta keterikatan emosional. Keterkaitan dan pengaruh dari keluarga sangat erat pada anggota keluarga yang lain terutama pada masalah kesehatan bahkan pengaruhnya sampai pada negara dalam konteks yang lebih luas (Palupi, 2018).

2.3.2 Tujuan Keluarga

Menurut Friedman dkk. tahun 2010 dalam penelitian Djailani (2021), menjelaskan bahwa keluarga menyediakan sumber daya penting dalam memberikan layanan kesehatan yang efektif bagi masyarakat. Pada sebuah unit keluarga, setiap gangguan (penyakit dan cedera) dapat memengaruhi semua anggota di dalam suatu keluarga, dimana keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat hubungannya. Hal ini membuat peran tiap anggota keluarga amat penting dalam setiap aspek pelayanan individu anggota keluarganya. Selain itu, seseorang dapat memperoleh pemahaman lebih jelas dan menyeluruh tentang individu dan fungsinya jika dipandang dalam konteks keluarga.

2.3.3 Bentuk-bentuk Keluarga

Djailani (2021) mengutip pada tulisan Friedman dkk. tahun 2010 bahwa keluarga pada setiap individu berbeda-beda sehingga terdiri atas beberapa bentuk seperti berikut ini:

- a) Keluarga inti, merupakan keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya. Dua variasi yang berkembang di antara keluarga inti adalah *dual-earning* (kedua pasangan memiliki penghasilan masing-masing) dan keluarga *diad* (keluarga tanpa anak).

- b) Keluarga besar (*extended family*), adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman, dan bibi. Bentuk keluarga ini merupakan keluarga yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran kepada semua anggota keluarganya.
- c) Keluarga orang tua tunggal, adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda atau janda yang bercerai, berpisah, atau diterlantarkan.
- d) Keluarga orang tua tiri, dikenal sebagai keluarga yang menikah lagi. Biasanya bentuk keluarga ini terdiri dari seorang ibu, anak kandung dari ibunya, dan ayah tiri, atau sebaliknya. Biasanya keluarga ini mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stres.
- e) Keluarga binuklir, adalah keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas keluarga inti, maternal dan paternal, dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam tiap rumah tangga.

2.3.4 Fungsi Keluarga dalam Pengobatan

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktik asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan/atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan. Tugas kesehatan keluarga menurut Handayani (2013) antara lain:

- a. Mengetahui masalah kesehatan.
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

2.4 Tinjauan Umum Perilaku Keluarga Pasien Pascastroke dalam Mencari Pengobatan Pada Masa Pandemi *Covid-19*

Penyakit *Coronavirus Disease 2019* atau disebut *Covid-19* telah menjadi pandemi secara global, bahkan memengaruhi jutaan orang. Penyakit ini adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 (SARS-CoV-2)*, sehingga kebanyakan dari orang terinfeksi virus ini akan mengalami penyakit pernapasan ringan, sedang, hingga berat dan perlu perawatan lebih lanjut (WHO, 2020). Berdasarkan bukti ilmiah, penularan *Covid-19* dapat terjadi dari manusia ke manusia lain melalui droplet. Orang yang memiliki kontak erat dengan pasien termasuk yang merawat pasien *Covid-19* dapat beresiko lebih tinggi untuk tertular (Kemenkes RI, 2020). Penularan virus dapat tersebar melalui mulut atau hidung orang yang terinfeksi dalam partikel cairan kecil ketika bersin, batuk, bernyanyi atau bernapas sekalipun. Penyakit *Covid-19* dapat tertular ke siapa saja yang dapat mengakibatkan sakit yang parah bahkan mengalami kematian (WHO, 2020).

Jumlah kasus *Covid-19* di berbagai negara terus mengalami peningkatan. Di Indonesia, angka *Covid-19* telah mencapai 4,4 juta kasus aktif dan sekitar 1,4 ribu kasus yang meninggal dunia (Satgas Penanganan *Covid-19*, 2022). Angka yang tinggi tersebut memengaruhi perilaku kesehatan yang ada di masyarakat. Perilaku masyarakat terbagi atas dua, yaitu perilaku dalam mencari pelayanan kesehatan atau mengobati sakitnya mengalami penurunan akibat kecemasan yang tinggi jika terinfeksi *Covid-19*, sedangkan perilaku dalam menggunakan masker, mencuci tangan, menjaga jarak, dan sebagainya mengalami peningkatan (Febtrina dkk., 2021; Hidayat, 2020; Susilo dkk., 2020).

Berbagai upaya pencegahan telah dilakukan oleh pemerintah untuk menekan penyebaran *Covid-19* termasuk pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). PSBB ini diberlakukan di wilayah provinsi atau kabupaten dengan kasus *Covid-19* yang tinggi guna untuk memutus mata rantai penularan pandemi *Covid-19*. Berbagai pembatasan telah dilakukan seperti peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, dan pembatasan kegiatan tempat atau fasilitas

umum (Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia, 2020). Selain itu, pemerintah juga membuat beberapa kebijakan yaitu *physical distancing* seperti menjaga jarak aman dengan manusia lainnya sejauh minimal dua meter, menghindari kontak langsung dengan orang lain serta menghindari pertemuan massal (Buana, 2020).

Berdasarkan laporan *Adventist Health Lodu Memorial Hospital* di Amerika Serikat, pasien yang sudah dijadwalkan untuk perawatan mengalami penurunan. Pada bulan Maret 2021, semua pasien stroke menghindar untuk pergi ke rumah sakit sehingga mengakibatkan mereka terlambat untuk mendapatkan *tissue Plasminogen Activator (tPA)* yang sangat dibutuhkan pasien stroke (Hasanah dkk., 2021). Penyakit tidak menular seperti stroke, hipertensi, penyakit jantung, dan diabetes mellitus lebih beresiko untuk terkena *Covid-19* yang lebih parah. Hal ini didukung oleh studi yang dilakukan di Jakarta bahwa adanya penyakit penyerta atau PTM menjadi salah satu faktor yang berhubungan dengan kematian pasien *Covid-19* yang terjadi sama seperti di negara maju seperti Eropa, Asia, dan Amerika Utara (Surendra dkk., 2021). Oleh karena itu, banyak di antara masyarakat Indonesia memilih pengobatan tradisional sebagai upaya mencegah *Covid-19* karena pengobatan alami lebih dipercaya dan memiliki bukti empiris, mudah dilakukan secara mandiri serta sudah menjadi kepercayaan turun-temurun, budaya, dan ragam informasi yang dimilikinya (Subagyo dan Irwansyah, 2021).

Menurut penelitian Pratami dkk. dalam Hasanah, Irianto dan Ahsaniyah (2019) bahwa sekitar 20% gangguan *Activity Daily Living (ADL)* merupakan penyebab utama terjadinya gangguan fungsional pada penderita pascastroke sehingga membutuhkan perawatan di instansi kesehatan. Namun, akibat adanya perubahan pelayanan kesehatan yang terjadi di 18 negara menurut survei *Pan American Health Organization (PAHO)* pelayanan kesehatan mulai dihentikan sementara bahkan ditutup sepenuhnya. Akses yang terbatas menyebabkan negara-negara didesak menerapkan inovasi dan strategi serta langkah-langkah untuk memastikan perawatan yang aman selama masa pandemi.

Strategi alternatif dari beberapa negara yang terhambat aksesnya, kini sebanyak 61% menggunakan *telemedicine* atau *telerehabilitasi* (bantuan teknis melalui telepon dan media digital) untuk menggantikan konsultasi langsung, sekitar 70% melaporkan triase pasien dan memprioritaskan perawatan, 57% yang telah mengambil pengeluaran obat-obatan baru untuk PTM, dan 52% telah mengarahkan pasien ke lokasi alternatif (PAHO, 2020). Namun, keterbatasan infrastruktur seperti jaringan internet dan listrik di Indonesia masih perlu ditingkatkan untuk menggunakan *telemedicine* ini (Indria, Alajlani dan Sf. Fraser, 2020).

Menurut penelitian Salasi dkk. (2021) menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan sebagian besar pasien hipertensi pada masa pandemi berdasarkan usia, pendidikan, penghasilan, responden yang menderita hipertensi lebih dari lima tahun adalah menggunakan *public medicine* atau fasilitas pengobatan modern yang disediakan oleh pemerintah atau lembaga non-pemerintah. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko stroke yang paling utama. Kemungkinan pasien hipertensi dapat lima kali lebih besar terkena stroke apabila berhenti minum obat. Sedangkan penelitian Rokhmah dkk. (2021) menunjukkan bahwa adanya alternatif pengobatan selama pandemi *Covid-19* dimana minat masyarakat di Indonesia cenderung pada pengobatan herbal untuk meningkatkan kekebalan tubuh dari penularan virus.

Perilaku pencarian pengobatan pada pasien pascastroke yang terkait dengan rehabilitasi juga sangat beragam. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor baik dari dalam diri pasien maupun dari keluarga atau lingkungannya. Faktor-faktor yang dapat memengaruhi perilaku pencarian pengobatan menurut Hariyanti dkk. (2015), yaitu faktor demografi dan geografi, sosio-budaya, klinis, persepsi, dan pengetahuan. Sementara itu, menurut Mackian tahun 2003 dalam penelitian Febtrina dkk. (2021) menjelaskan bahwa perilaku pencarian pengobatan dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu faktor predisposisi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), faktor pemungkin (ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada dan penanggung biaya berobat) dan faktor kebutuhan (kondisi individu yang mencakup keluhan sakit).

Pengenalan tentang keluhan dan gejala stroke juga dibutuhkan oleh pasien stroke dan orang terdekatnya sebagai bentuk pencegahan keterlambatan penanganan stroke pada fase awal (Duque dan Batalha, 2015). Pada penyakit stroke akut, ketidaktepatan keluarga membawa pasien ke rumah sakit yaitu lebih dari 4,5 jam setelah terjadinya serangan dapat berakibat buruk yang menghasilkan kecacatan dan kematian (Arif dkk., 2019). Kecacatan yang paling sering dialami oleh pasien stroke adalah berupa kelumpuhan yakni lumpuh salah satu sisi tubuh (*hemiplegia*) atau kelemahan salah satu sisi tubuh (*hemiparesis*). Kelumpuhan dapat terjadi di berbagai bagian tubuh, mulai dari wajah, tangan, kaki, lidah, dan tenggorokan (Sinthania dan Asman, 2022).

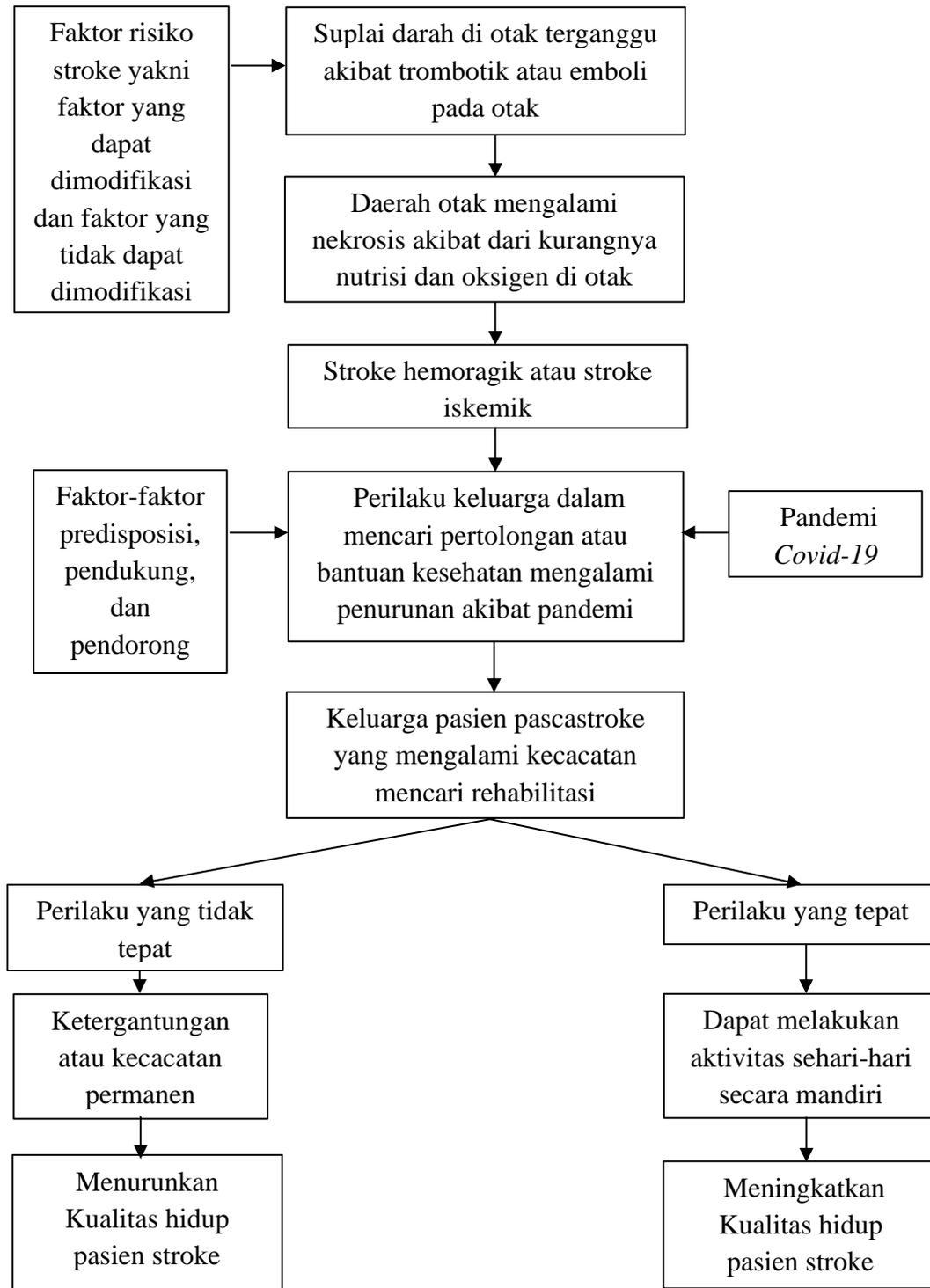
Penelitian yang dilakukan Hariyanti dkk. (2015) menjelaskan bahwa terdapat tiga alur perilaku pasien stroke dalam mencari pengobatan. Pada alur pertama, pasien stroke langsung dibawa ke rumah sakit tanpa dibawa kemanapun sebelumnya. Semua pasien stroke pada alur ini merupakan stroke tipe pendarahan bahkan pasien yang tidak sadarkan diri. Perilaku yang ditunjukkan keluarga pasien stroke yaitu langsung membawanya ke rumah sakit ≤ 3 jam, disebut perilaku yang baik atau sesuai. Adapun keluarga yang membawa pasien ke rumah sakit ≥ 3 jam disebut perilaku yang buruk atau tidak sesuai.

Pada alur kedua, pasien stroke memiliki perilaku yaitu keluarga membawa pasien ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan. Hal ini diakibatkan karena keluarga pasien ingin memastikan dulu penyebab timbulnya gejala sebelum dibawa ke rumah sakit, sedangkan pasien yang dibawa ke non petugas kesehatan akibat dari faktor predisposisi seseorang terhadap suatu penyakit yaitu persepsi dan keyakinan. Pada alur ketiga, pasien tidak dibawa ke rumah sakit setelah dibawa ke petugas kesehatan atau non petugas kesehatan karena beberapa faktor yaitu, jarak dari rumah ke rumah sakit, kondisi sosio-ekonomi, dan pengetahuan petugas tentang stroke yang kurang. Oleh karena itu, petugas kesehatan diharapkan dapat sebagai penggerak (*cues to action*) untuk merubah perilaku pencarian pengobatan yang terjadi di masyarakat yang memiliki pengetahuan yang terbatas (Hariyanti dkk., 2015).

Pelayanan rehabilitasi merupakan pelayanan dengan pendekatan multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, dokter rehabilitasi medik, fisioterapis, terapi okupasi, pekerja sosial, psikolog, dan terapi wicara serta klien dan keluarga turut berperan penting (Purwanti dan Maliya, 2016). Pada penyakit stroke, fisioterapi memiliki peran tersendiri untuk menjaga kondisi kesehatan pasca terjadinya stroke dan mencegah terjadinya komplikasi yang dapat memperlambat proses pemulihan. Fisioterapis dapat menjadi motivator sekaligus memberikan edukasi terkait dengan bagaimana posisi yang tepat untuk berbaring dan cara duduk yang aman serta terlibat aktif dan mempelajari gerakan-gerakan normal tubuh dalam setiap sesi fisioterapi stroke (Bangun, 2021).

Stroke memberikan dampak gejala sisa yang sangat bervariasi dan kompleks dimana hal ini dapat dibantu dengan fisioterapi. Beberapa dampak yang diakibatkan antara lain, pasien pascastroke menjadi malas dan takut untuk menggerakkan tubuh, muncul nyeri pada otot, terjadi beberapa gangguan, seperti gangguan motorik dan keseimbangan, gangguan sensoris, postur dan koordinasi, serta gangguan emosi. Fokus utama fisioterapi pada stroke fase subakut adalah untuk mengembalikan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pascastroke (Rahmawati, 2013). Selain itu, fisioterapi mampu meningkatkan kemampuan gerak, mengurangi rasa sakit, memberikan dukungan moral dan mengedukasi bagi pasien stroke dan keluarga (Bangun, 2021). Tindakan fisioterapi yang dilakukan dengan cepat dan tepat sangat berperan penting agar penderita stroke dapat kembali pulih dengan optimal (Syafni, 2020). Perlu adanya kerjasama dan dukungan keluarga dalam hal pengetahuan, sikap, dan tindakan dalam upaya mencari rehabilitasi guna memperoleh kesembuhan dan menunjang kualitas hidup penderita stroke.

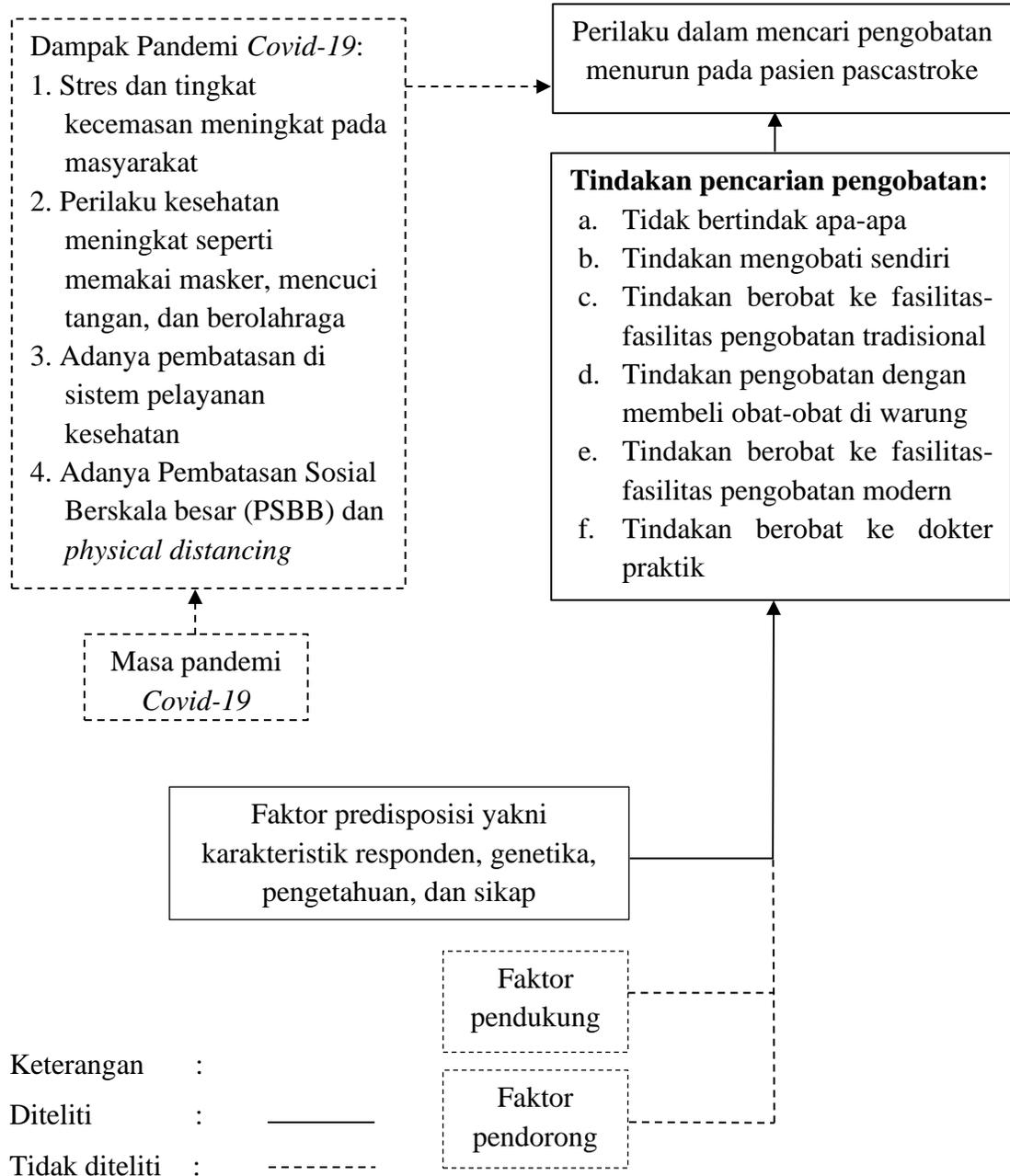
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep