

ANALISIS KUALITAS HIDUP PENDERITA DAN KELUARGA PASCA SERANGAN STROKE (DENGAN GEJALA SISA)

Oleh :
Dyah Yulistika Handayani*)
Dinarsari Eka Dewi)**

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitas hidup keluarga dan penderita pasca serangan stroke (dengan gejala sisa) berdasarkan aspek medik dan psikologis yang meliputi aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Desain penelitian ini adalah Penelitian Eksploratif, yaitu untuk menggali informasi yang berkaitan dengan peran sistem keluarga yang tepat pada penderita pasca stroke. Subyek adalah 5 (lima) keluarga yang terlibat perawatan penderita pasca stroke di Desa Tumiyang Kecamatan Pekuncen, Kab. Banyumas. Keluarga penderita pasca stroke meliputi suami/istri, anak, menantu dan cucu yang tinggal satu rumah, hubungan keluarga berdasarkan ikatan darah atau pernikahan, usia antara 25-75 tahun, mengerti bahasa Indonesia, penderita yang didiagnosa oleh dokter atau rumah sakit terkena stroke. Teknik cuplikan yang digunakan adalah purposive sampling. Analisis dilakukan dengan mengelompokkan informasi berdasarkan tema-tema tertentu dan mengidentifikasi data yang saling berkaitan kemudian dikelompokkan berdasarkan kelima topik yang telah ditentukan. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi serta kondisi psikologis pada penderita dan keluarga pasca stroke. Aspek-aspek tersebut merupakan indikator atau ukuran yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup pada penderita dan keluarga pasca stroke. Kondisi kecacatan akan menimbulkan ketergantungan pada anggota keluarga yang lain sehingga dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Keluarga sebagai unit terdekat akan merasakan dampak serangan stroke, sehingga perlu menyesuaikan diri dengan kondisi penderita.

Kata Kunci: *Kualitas Hidup, Stroke, Keluarga*

*) **Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Purwokerto**

***) **Dosen Fakultas Psikologi Univ. Muhammadiyah Purwokerto**

PENDAHULUAN

Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Iskandar, 2003). Pada penelitian di Yogyakarta usia penderita stroke 74% berusia < 65 tahun dan 26% berusia > 65 tahun (Supratiningsih, 2002), sedangkan penelitian yang dilakukan di Bogor diperoleh hasil usia penderita stroke antara 51 sampai 70 tahun (Misbach, 2001). Berdasarkan penelitian di Jakarta Selatan pada tahun 1999 terdapat 3.5% dari 532.000 penduduk terkena stroke dan usia penderita antara 45 sampai 64 tahun. Peningkatan jumlah penderita stroke juga terjadi di Kabupaten Banyumas. Data-data diperoleh dari rumah sakit Banyumas tahun 1997-2000, tercatat pada tahun 1997 berjumlah 255 penderita, tahun 1998 tercatat jumlah penderita stroke 298 orang, tahun 1999 berjumlah 393 orang dan pada tahun 2000 jumlah penderita 459 orang.

Stroke dapat diartikan sebagai setiap kerusakan otak sistem syaraf pusat yang disebabkan oleh kelainan/ abnormalitas pembuluh darah. Istilah stroke selalu digunakan bila gejala-gejalanya timbul secara akut, sementara istilah *cerebrovascular disease* digunakan secara lebih umum dan tidak berkaitan dengan waktu terjadinya kerusakan otak (Sugianto, 2001). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa stroke merupakan terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari duapuluh empat jam, akibat gangguan aliran darah ke otak (Chamerinski, 2000). Menurut Iskandar (2001) stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena yang sebelumnya tanpa peringatan dan yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian; akibat gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun non perdarahan.

Stroke menyebabkan kelumpuhan, perubahan mental, gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar dan fungsi intelektual lainnya, gangguan komunikasi, gangguan emosional dan kehilangan indera rasa (Vitahealth, 2003). Menurut Thompson (dalam Taylor, 1991) stroke membawa pengaruh terhadap semua aspek kehidupan seseorang yang mengalaminya baik dari aspek personal, sosial, vokasional dan fisik. Penderita stroke akan mengalami ketergantungan pada orang lain khususnya keluarga dan menyebabkan gangguan relasi sosial. Berdasarkan hasil penelitian Schmid & Lavsky

(1997) terdapat gangguan afektif setelah terjadinya serangan stroke yaitu depresi, *anxiety*, *denial*, apatis, menangis dan tertawa yang patologis.

Insiden stroke di Indonesia semakin lama semakin menurun tetapi prevalensi ratenya semakin naik. Ini menunjukkan bahwa jumlah kasus stroke lama pertahun semakin meningkat, dengan demikian berarti penderita cacat akibat stroke semakin banyak sehingga fungsi rehabilitasinya semakin penting (Supraptiningsih dkk, 2002). Tingkat penyembuhan stroke masih rendah, sebanyak 15-30% penderita akan mengalami kelumpuhan atau cacat yang permanen, kehilangan suara atau daya ingat dan berbagai akibat lainnya. Sekitar 25% dari pasien stroke meninggal dalam tahun pertama setelah serangan stroke dan 14-15% mengalami stroke kedua dalam tahun yang sama setelah mengalami stroke pertama (Vitahealth, 2003).

Kejadian stroke tidak hanya menimpa penderitanya saja tetapi juga mempengaruhi kehidupan keluarga. Salah seorang anggota keluarga mendadak tidak berdaya, menghilang perannya di keluarga dan menjadi beban. Readaptasi merupakan hal yang penting dalam mempertahankan kehidupan keluarga menghadapi keadaan baru. Keluarga perlu didorong, dimotivasi untuk menghadapi keadaan secara nyata (Lumbantobing, 2003). Pada saat salah satu anggota keluarga mengalami stroke maka seluruh keluarga kadang-kadang ikut menderita. Situasi ini akan bertambah sulit apabila hanya ada satu anggota keluarga yang merawat penderita stroke (Tang, 2002).

Keluarga yang mempunyai penderita penyakit kronis atau cacat akan melakukan penyesuaian diri untuk mengatur dan menyeimbangkan kebutuhan-kebutuhan dari penderita dan keluarga (Danielson,1993). Keluarga yang mempunyai anggota menderita penyakit kronis akan mempengaruhi fungsi dan bentuk keluarga tersebut (Reiss,1989 dalam Fiess & Wambolt, 2003). Dinamika sebuah keluarga dapat dipahami melalui pendekatan teori sistem untuk memahami stress dan dampak suatu penyakit pada keluarga. Prinsip dan konsep umum pada teori sistem memandang kesehatan dan penyakit merupakan hal potensial yang diperoleh dari interaksi antara anggota keluarga. Teori sistem merupakan teori yang fleksibel untuk memahami beberapa aspek dari kehidupan keluarga termasuk dalam situasi krisis. Keluarga dapat menjadi sarana saat pemulihan atau adaptasi dari suatu penyakit tanpa menghiraukan penyebabnya. Hubungan alamiah keluarga yang timbal balik dapat

mempengaruhi ketenangan sebuah keluarga (Hathway dalam Danielson,1993).

Para anggota keluarga dapat saling mendukung pada saat terjadi krisis dalam keluarga serta memberikan pengaruh satu sama lain untuk menciptakan perilaku hidup sehat. Keluarga menjadi suatu unit yang penting pada perawatan kesehatan masyarakat karena setiap individu menghabiskan sebagian besar waktu hidupnya di lingkungan keluarga. Unit keluarga mempunyai potensi untuk membentuk kebiasaan dan sikap perilaku anggotanya, seperti pemilihan makanan, pola makan dan cara menghadapi konflik dan stress (Logan,1986). Anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan penderita pasca stroke mempunyai tingkat stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak satu rumah. Selain itu sebagai bentuk komitmen merawat, waktu bekerja berkurang khususnya pada perempuan yang bekerja (Covinsky dkk,2001). Dukungan keluarga secara signifikan bermanfaat bagi anggota keluarga yang merawat penderita yaitu dapat meningkatkan aktivitas sosial dan kualitas hidupnya (Mant dkk, 2000).

Kualitas hidup penderita pasca stroke dapat mengalami gangguan atau hambatan karena adanya kecacatan fisik, kognisi, gangguan psikologis dan sosial. Hasil penelitian Bays (2001) di Amerika Serikat menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke yang meliputi aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh. Oleh karena itu keluarga juga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup penderita.

Kualitas hidup adalah suatu konsep global yang menekankan pada dimensi-dimensi status kesehatan termasuk keuangan, tempat tinggal dan pekerjaan. Menurut Brown (1996) dengan konsep kualitas hidup sebagai pusat promosi kesehatan, kualitas hidup berdasarkan pada tiga area kehidupan manusia yang merupakan dimensi penting dalam pengalaman manusia yaitu: *Being*, *Belonging* dan *Becoming*. Ketiga hal tersebut terjadi akibat interaksi antara seseorang dan lingkungannya.

Being menekankan pada aspek dasar dari siapa manusia sebagai individu. *Physical being* menekankan pada kesehatan fisik, mobilitas fisik dan ketangkasan dalam melakukan kegiatan. *Physical being*

meliputi perasaan dan kognitif seseorang serta evaluasi mengenai diri mereka sendiri. Berfokus pada kepercayaan diri, kontrol diri, coping kecemasan dan sikap positif. *Spiritual being* terdiri dari nilai dan standar hidup seseorang, kepercayaan spiritual, pengalaman hidup sehari-hari dan perayaan

Belonging berfokus pada kesesuaian seseorang terhadap lingkungannya. *Physical belonging* yaitu mengenai apa yang seseorang punyai pada lingkungan fisik mereka seperti rumah, tempat kerja, tetangga dan lain-lain, termasuk dengan apa yang mereka rasakan sewaktu berda di rumah dan lingkungannya, juga mengenai keamanan dan privasi seseorang. *Social belonging* berfokus pada hubungan penuh arti dengan keluarga, teman dan lingkungan. *Community belonging* terdiri dari hubungan yang dipunyai seseorang dengan sumber yang ada termasuk informasi dan akses terhadap pendapatan, pekerjaan, pendidikan dan rekreasi, pelayanan sosial dan kesehatan serta kegiatan masyarakat

Becoming berfokus pada aktifitas seseorang untuk mencapai tujuan, aspirasi dan harapan. *Practical becoming* berfokus ada sesuatu yang nyata, aktivitas yang bisa dilakukan sehari-hari termasuk pekerjaan rumah tangga, partisipasi di sekolah atau tempat kerja, perawatan diri, pemanfaatan pelayanan sosial dan kesehatan. *Leisure becoming* berhubungan dengan waktu luang dan aktivitas rekreasi yang dapat meningkatkan kenyamanan dan menurunkan stres, termasuk aktivitas dengan jangka panjang seperti berlibur. *Growth becoming* menekankan pada aktivitas yang dapat meningkatkan perkembangan kemampuan dan pengetahuan seseorang, termasuk mencari informasi baru, meningkatkan kemampuan dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi (Brown,1996).

Berdasarkan uraian tersebut maka penelitian ini akan mengungkapkan bagaimana aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi. Aspek-aspek tersebut merupakan indikator atau ukuran kualitas hidup individu.

METODE PENELITIAN

1. Desain penelitian ini adalah Penelitian Eksploratif, yaitu untuk menggali informasi yang berkaitan dengan peran sistem keluarga yang tepat pada penderita pasca stroke.

2. Subjek Penelitian

Subyek adalah 5 (lima) keluarga yang terlibat perawatan penderita pasca stroke di Desa Tumiyang Kecamatan Pekuncen, Kab.Banyumas. Keluarga penderita pasca stroke meliputi suami/istri, anak, menantu dan cucu yang tinggal satu rumah, hubungan keluarga berdasarkan ikatan darah atau pernikahan, usia antara 25-75 tahun, mengerti bahasa Indonesia, penderita yang didiagnosa oleh dokter atau rumah sakit terkena stroke. Teknik yang digunakan adalah *purposive sampling*.

3. Analisis data

Analisis dilakukan dengan mengelompokkan informasi berdasarkan tema-tema tertentu dan mengidentifikasi data yang saling berkaitan. Kemudian dikelompokkan berdasarkan kelima topik yang telah ditentukan

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, diperoleh hasil bahwa stroke membutuhkan waktu yang relatif lama dalam proses penyembuhan maupun perawatannya. Dari jenis kelamin, penderita pasca stroke sebagian besar perempuan dan tidak mempunyai pekerjaan setelah terserang stroke. Hal itu menyebabkan sebagian penderita pasca stroke menggantungkan pengobatan dari suami, anak dan saudara.

Penyebab stroke diungkapkan oleh informan karena hipertensi, tekanan darah tinggi, pikiran dan kesambet makhluk halus. Informan mengatakan bahwa stroke yang menyerang merupakan gangguan dari makhluk halus diungkapkan oleh informan dengan tingkat pendidikan taraf SD dan tempat tinggal yang jauh dari pusat kota. Informan yang mempunyai tingkat pendidikan di atas SMP dalam menerangkan penyebab penyakit berdasarkan informasi dari dokter, buku dan media massa. Semakin banyak informasi yang diterima informan maka perawatan yang diberikan kepada penderita pasca stroke semakin tepat dan optimal. Menurut informan perawatan yang mereka lakukan hanya terbatas pada perawatan seperti orang sakit pada umumnya. Informasi melalui media atau pelatihan diperlukan oleh pemberi asuhan, pendapat tersebut diungkapkan oleh informan yang mempunyai tingkat pendidikan SMA dan Perguruan Tinggi. Kondisi penderita pasca stroke meliputi sembuh dapat berjalan kembali, gangguan bicara, gangguan buang air kecil, gangguan buang air besar, gangguan emosi, gangguan tidur,

gangguan berpikir dan hanya mampu berbaring. Menurut pemberi asuhan gangguan yang dirasakan oleh penderita pasca stroke membuat aktivitas pribadi mereka terganggu atau hampir hilang.

Serangan stroke yang dialami oleh informan sejak tahun 1997 menunjukkan bahwa stroke membutuhkan waktu yang relatif lama dalam proses penyembuhan maupun perawatannya. Dari jenis kelamin, penderita pasca stroke sebagian besar perempuan dan tidak mempunyai pekerjaan setelah terserang stroke. Hal itu menyebabkan sebagian penderita pasca stroke menggantungkan pengobatan dari suami, anak dan saudara.

Menurut informasi yang disampaikan oleh kel.Am, penderita mulai merasakan kesehatannya terganggu sejak tahun 1991, tetapi obat-obatan yang diberikan dokter tidak pernah dikonsumsi selain itu pola makanan juga tidak ada yang dihindari. Para penderita pasca stroke tidak merubah pola hidup dan makanan setelah terkena serangan stroke.

Kondisi penderita pasca stroke meliputi sembuh dapat berjalan kembali, gangguan bicara, gangguan buang air kecil, gangguan buang air besar, gangguan emosi, gangguan tidur, gangguan berpikir dan hanya mampu berbaring. Menurut pemberi asuhan gangguan yang dirasakan oleh penderita pasca stroke membuat aktivitas pribadi mereka terganggu atau hampir hilang.

Keluarga yang merawat penderita pasca stroke mengalami berbagai macam gangguan di antaranya sakit pinggang, gangguan tidur, mudah capek, patah tulang pada bagian tangan karena tertimpa penderita pasca stroke, kalau jalan lama kakinya terasa sakit, kelelahan, gangguan tidur, kakinya sulit digerakkan, jalannya pelan, adanya terasa sesak.

Aktivitas sosial penderita pasca stroke menjadi berkurang bahkan ada yang sudah tidak pernah lagi keluar rumah untuk mengikuti kegiatan sosial kemasyarakatan. Penderita pasca stroke berada di daerah pedesaan yang kehidupan sosial masyarakatnya masih dekat antara warganya.

Para penderita stroke yang sebelumnya produktif, menjadi tidak produktif lagi karena sudah tidak bekerja sehingga membebani keluarga dari segi finansial, berakibat beban ekonomi yang lebih tinggi bagi keluarga. Para penderita stroke sebelumnya bisa menikmati hidup

dengan aktifitas relaksasi yang disukai sebagai sarana rekreasi/ hiburan, setelah serangan stroke mengalami perubahan bahkan menjadi sangat terbatas, untuk tidur yang merupakan siklus relaksasi alami yang dimiliki manusia dapat juga terganggu.

Serangan stroke dapat membuat individu merasa mengalami kecacatan, kemunduran fisik berupa perubahan dan keterbatasan dalam bergerak, berkomunikasi, berpikir, individu membayangkan efeknya, bahkan dihantui rasa tidak bisa sembuh seperti semula, kambuh-kambuhan atau mati. Kondisi kecacatan akan menimbulkan ketergantungan pada anggota keluarga yang lain sehingga dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Keluarga sebagai unit terdekat akan merasakan dampak serangan stroke, sehingga perlu menyesuaikan diri dengan kondisi penderita.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi serta kondisi psikologis pada penderita dan keluarga pasca stroke. Aspek-aspek tersebut merupakan indikator atau ukuran yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup pada penderita dan keluarga pasca stroke. Kondisi kecacatan akan menimbulkan ketergantungan pada anggota keluarga yang lain sehingga dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Keluarga sebagai unit terdekat akan merasakan dampak serangan stroke, sehingga perlu menyesuaikan diri dengan kondisi penderita.

Dari hasil tersebut sesuai dengan hasil penelitian Bays (2001) di Amerika Serikat yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup penderita pasca stroke yang meliputi aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas sosial, pekerjaan, istirahat dan rekreasi. Kualitas hidup yang menurun dapat mempengaruhi semangat hidup penderita dan keluarga yang mengasuh.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan aktivitas sehari-hari, pola komunikasi, aktivitas kerja, hubungan sosial, istirahat dan rekreasi serta kondisi psikologis pada penderita dan keluarga pasca stroke.

SARAN

1. Beberapa hal yang dapat menjadi bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya yaitu berkaitan dengan pengelolaan perawatan penderita pasca stroke dengan keterbatasan yang ada, tipe kepribadian penderita pasca stroke dan kehidupan spiritualitas atau keberagamaan penderita dan keluarga.
2. Untuk instansi terkait dan petugas kesehatan, hasil penelitian ini menunjukkan perlu adanya perhatian yang berkaitan dengan perawatan penderita pasca stroke agar kualitas hidup penderita dan keluarga pasca stroke tidak mengalami penurunan, yang menghambat produktivitas. Perlu adanya petugas medis keluarga yang dapat memantau kondisi penderita dan keluarga pasca stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Bays, Cathy L., 2001, "Older Adults Description of Hope After Stroke", *Rehabilitation Nursing, Januari/Februari 2001*.
- Brown, 1996, *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*.
- Chemerinski, E., Robinson, R, 2000, " The Neuropsychiatry of Stroke Psychosomatic, *Journal 41*, 1 Januari – Februari 2000.
- Covinsky, Kenneth, et.al., "Reduced Employment in Caregivers of Frail Elders : Impact of Ethnicity, Patient Chlinical Characteristics and Caregiver Characteristic", *Journal of Gerontology*.
- Danielson, C.B, dkk, 1993, *Families, Health & Illness Perspectives on Coping and Intervention*, USA : Mosby.
- Fiese, B.,Wanbolt, 2003, *Coherent Account of Coping With Chronic Illness : Convergenes and Divergenes in Family Measurement Using Narative Analysis Family Process*. Winter
- Iskandar.2003. *Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke*. Jakarta : Bhuana Ilmu Populer

- Logan, B., Bryan, D., 1986, *Family Centered Nursiry in the Community*, California : Addison Weshley Publishing Company.
- Lumbantobing, 2003, *Stroke Bencana Peredaran Darah di Otak*, Jakarta : FKUI
- Mant, J., 2000, *Family Support for Stroke : A randomized Controlled Trial*, The Lancet Vol. 356, September, 2000.
- Misbach, J., 2001, "Stroke Morbidity an Bogor area and Sumrundings perspective observational analysis" *Majalah Kedokteran Indonesia* Vol. 1. 51. No. 51. September 2001.
- Schimth, G., 1977, " Affective Disorder Following Stroke", *European Neurology*, Agustus 1977.
- Sugiyanto, P., "Gangguan Fungsi Luhur pada Penderita Stroke" *Berkala Ilmiah Kesehatan Fatmawati*, Vol. 3. No. 8. Agustus 2001.
- Supraptiningsih. 2002. "Reliabilitas Modifikasi Indeks Barthel Pada Penderita Stroke". *Berkala Neurosains. vol.3. no.2.*
- Tang, Y.Y., Chen, S.P. 2002. "Health Promotion Behaviours In Chinese Family Caregivers Of Patiens with Stroke". *Health Promotion International. Dec. Vol.17.4*
- Taylor, S.A., 1991, *Health Psychology*, USA : McGrawHill.
- Vitahealth, 2003, *Stroke*, Jakarta : Gramedia.