

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Kemenkes RI, 2018b). Sedangkan *American Heart Association* (AHA), mendefinisikan stroke adalah episode akut disfungsi fokal otak, retina, atau sumsum tulang belakang yang berlangsung selama lebih dari 24 jam, atau dalam durasi berapapun jika pencitraan diagnostik ataupun otopsi menunjukkan adanya infark fokal atau perdarahan dengan gejala yang relevan (Sacco et al., 2013).

Menurut Smeltzer & Bare (2001) dalam (Wijaya, 2013), stroke atau cedera serebrovaskular adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak. Sedangkan menurut Mansjoer (2000) dalam (Wijaya, 2013), stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat berupa defisit neurologis vokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian. Semata-mata disebabkan oleh peredaran darah otak non traumatik.

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan suatu keadaan dimana kehilangan fungsi otak secara mendadak akibat terjadinya perdarahan maupun penurunan aliran darah ke otak yang menyebabkan terjadinya kerusakan neurologis atau langsung menimbulkan kematian.

2.1.2 Etiologi Stroke

Menurut Esti & Johan (2020) stroke dapat disebabkan oleh hal-hal di bawah ini:

a. Trombosis serebri

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemia serebri. Tanda dan gejala neurologis sering kali memburuk dalam 48 jam setelah terjadinya trombosis. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak:

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Manifestasi klinis aterosklerosis bermacam-macam. Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut: lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah, oklusi mendadak

pembuluh darah karena terjadi trombosis, merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (embolus) dan dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan.

2) Hiperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebri.

3) Arteritis (radang pada arteri)

4) Emboli

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak, dan udara.

b. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebri meliputi perdarahan di dalam ruang subaraknoid atau di dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak. Penyebab perdarahan otak yang paling umum terjadi:

1) Aneurisma berry, biasanya defek kongenital.

2) Aneurisma fusiformis dari aterosklerosis.

- 3) Aneurisma mikotik dari vaskulitis nekrose dan emboli sepsis.
- 4) Malformasi arteriovena, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena.
- 5) Ruptur arteriol serebri, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum meliputi:

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Henti jantung paru
- 3) Curah jantung turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Lokal

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia lokal meliputi:

- 1) Spasme arteri serebri yang disertai perdarahan subarachnoid.
- 2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.1.3 Faktor Risiko Stroke

Berdasarkan laporan dari *American Heart Association* (AHA), faktor risiko terjadinya stroke secara garis besar dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (Benjamin et al., 2019).

Berikut penjelasan mengenai faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi:

a. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor genetik dan ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat stroke sebelumnya. Faktor genetik seseorang berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke, ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (Benjamin et al., 2019).

Stroke dapat terjadi pada semua rentang usia namun semakin bertambahnya usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke (Kemenkes, 2018). Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko stroke. Laki-laki memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan, hal ini terkait kebiasaan merokok, risiko terhadap hipertensi, hiperurisemia, dan hipertrigliserida lebih tinggi pada laki-laki. Seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan *Transient Ischemic Attack* (TIA) juga berisiko tinggi mengalami stroke, 12% kejadian stroke ditandai oleh serangan TIA terlebih dahulu (Benjamin, 2019).

b. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi/dikendalikan menurut Wijaya (2013):

- 1) Hipertensi
- 2) Penyakit kardiovaskular

- 3) Diabetes mellitus
- 4) Merokok
- 5) Alkohol
- 6) Obesitas
- 7) Hiperlipidemia

2.1.4 Klasifikasi Stroke

Menurut Nurarif et al. (2015), stroke di klasifikasikan sebagai berikut:

a. Stroke iskemik (non hemoragik)

Stroke iskemik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik dibagi menjadi tiga jenis yaitu stroke trombotik merupakan proses terbentuknya trombus yang membuat penggumpalan, stroke embolik merupakan tertutupnya pembuluh darah arteri oleh bekuan darah, serta hipoperfusi sistemik merupakan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik yaitu stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Stroke hemoragik ada dua jenis yaitu hemoragik intraserebral merupakan perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak dan hemoragik subarachnoid yaitu perdarahan yang terjadi pada ruang subarachnoid.

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi stroke menurut Gund et al. (2013), ada dua macam, yaitu:

a. Stroke iskemik

Penyebab stroke iskemik adalah kurangnya aliran darah yang ada di otak untuk perfusi jaringan otak ke arteri yang menyempit atau tersumbat yang mengarah ke atau di dalam otak. Penyempitan biasanya akibat aterosklerosis atau adanya lemak plak yang melapisi pembuluh darah. Karena adanya plak, pembuluh darah menjadi menyempit dan aliran darah ke area luar berkurang. Area yang rusak pada plak aterosklerotik dapat menyebabkan gumpalan darah terbentuk, yang menghalangi pembuluh darah. Pada stroke emboli, gumpalan darah bisa berasal dari tempat lain biasanya katup jantung, kemudian berjalan melalui sistem peredaran darah dan memblokir pembuluh darah yang lebih sempit. Di daerah inti stroke, aliran darah berkurang drastis sehingga sel-sel biasanya tidak dapat pulih dan selanjutnya mengalami kematian sel. Jaringan di wilayah yang berbatasan dengan inti infark, yang dikenal sebagai iskemik penumbra, tidak terlalu parah terkena. Wilayah ini secara fungsional menjadi menurun karena berkurangnya aliran darah tetapi tetap aktif secara metabolik. Sel-sel di daerah ini terancam punah tetapi belum rusak secara permanen.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan kompresi jaringan otak dari hematoma yang meluas. Ini dapat

merusak dan melukai jaringan. Selain itu, tekanan dapat menyebabkan penurunan suplai darah ke jaringan yang terkena dengan infark yang dihasilkan, dan darah yang dikeluarkan oleh pendarahan otak tampaknya memiliki efek toksik langsung pada jaringan otak dan pembuluh darah. Perdarahan intraserebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dan penumpukan darah di dalam otak. Ini umumnya merupakan akibat dari kerusakan pembuluh darah akibat hipertensi kronis, kelainan bentuk pembuluh darah, atau penggunaan obat-obatan yang berhubungan dengan peningkatan angka perdarahan, seperti antikoagulan, trombolitik, dan agen antiplatelet.

2.1.6 Tanda dan Gejala Stroke

Gejala khusus pada pasien stroke menurut (Wijaya, 2013) sebagai berikut:

a. Kehilangan fungsi motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya: hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh), hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh), menurunnya tonus otot abnormal.

b. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang terganggu akibat stroke adalah fungsi bahasa dan komunikasi, misalnya:

- 1) Disartria, yaitu kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2) Disfasia atau afasia atau kehilangan bicara yang terutama ekspresif/refresif. Afasia yaitu ketidakmampuan untuk mengekspresikan dan memahami bahasa lisan dan tertulis.

c. Gangguan persepsi

- 1) Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.
- 2) Amorfosintesis, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi/ruang yang sakit tersebut.
- 3) Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek area spasial.
- 4) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktik, auditorius.

d. Ataksia anggota tubuh

e. Vertigo

f. Mual dan muntah.

g. Nyeri kepala hebat.

h. Penurunan kesadaran.

2.1.7 Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan stroke menurut (Belleza, 2021), sebagai berikut:

a. Manajemen medis

Pasien yang pernah mengalami *Transient Ischemic Attack* (TIA) atau stroke harus mendapatkan penatalaksanaan medis untuk pencegahan sekunder.

- 1) Aktivator plasminogen jaringan rekombinan akan diresepkan kecuali ada kontraindikasi, dan harus ada pemantauan perdarahan.
- 2) Peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK). Penatalaksanaan peningkatan TIK meliputi diuretik osmotik, pemeliharaan PaCO₂ pada 30-35 mmHg, dan pengaturan posisi untuk menghindari hipoksia melalui peninggian kepala tempat tidur.
- 3) *Endotracheal Tube*. Ada kemungkinan intubasi untuk membangun jalan napas paten jika perlu.
- 4) Pemantauan hemodinamik. Pemantauan hemodinamik terus menerus harus dilaksanakan untuk menghindari peningkatan tekanan darah.
- 5) Penilaian neurologis untuk menentukan apakah stroke berkembang dan jika komplikasi akut lainnya berkembang.

b. Manajemen Bedah

Manajemen bedah dapat mencakup pencegahan dan bantuan dari peningkatan TIK.

- 1) *Carotid endarterectomy*. Ini adalah pengangkatan plak aterosklerotik atau trombus dari arteri karotis untuk mencegah stroke pada pasien dengan penyakit oklusi arteri serebral ekstrakranial.
- 2) *Hemicraniectomy*. *Hemicraniectomy* dapat dilakukan untuk peningkatan tekanan intra kranial dari edema otak pada kasus stroke yang parah.

c. Manajemen Keperawatan

Asuhan keperawatan memiliki dampak yang signifikan terhadap kesembuhan pasien. Secara ringkas, berikut beberapa intervensi keperawatan pada pasien stroke:

- 1) Penentuan posisi. Posisi untuk mencegah kontraktur, menghilangkan tekanan, mencapai kesejajaran tubuh yang baik, dan mencegah neuropati tekan.
- 2) Mencegah edema. Tinggikan lengan yang terkena untuk mencegah edema dan fibrosis.
- 3) *Full range of motion*. Berikan rentang gerak penuh empat atau lima kali sehari untuk mempertahankan mobilitas sendi.
- 4) Mencegah stasis vena. Latihan sangat membantu dalam mencegah stasis vena, yang dapat mempengaruhi pasien untuk trombosis dan emboli paru.

- 5) Ajarkan pasien untuk menjaga keseimbangan dalam posisi duduk, kemudian menyeimbangkan sambil berdiri dan mulai berjalan segera setelah keseimbangan berdiri tercapai.
- 6) *Personal hygiene*. Dorong aktivitas kebersihan pribadi segera setelah pasien dapat duduk.
- 7) *Maintaining Skin Integrity*. Kaji kulit secara sering untuk tanda-tanda kerusakan, dengan penekanan pada area tulang dan bagian tubuh yang lainnya.

2.1.8 Komplikasi

Menurut *American Heart Association* (2015), komplikasi stroke yang paling umum terjadi diantaranya sebagai berikut:

- a. Edema otak, yaitu pembengkakan otak setelah stroke.
- b. Pneumonia, menyebabkan masalah pernapasan, komplikasi dari banyak penyakit utama. Pneumonia terjadi akibat tidak bisa beraktivitas akibat stroke. Masalah menelan setelah stroke kadang-kadang dapat mengakibatkan hal-hal “salah jalan”, yang mengarah ke pneumonia aspirasi.
- c. Infeksi saluran kemih (ISK) dan/atau pengendalian kandung kemih. ISK dapat terjadi akibat pemasangan kateter foley untuk mengumpulkan urin ketika penderita stroke tidak dapat mengontrol fungsi kandung kemih.
- d. Kejang, yaitu adanya aktivitas listrik abnormal di otak yang menyebabkan kejang. Ini biasa terjadi pada stroke yang lebih besar.

- e. Depresi klinis, yaitu penyakit yang dapat diobati yang sering terjadi dengan stroke dan menyebabkan reaksi emosional dan fisik yang tidak diinginkan terhadap perubahan dan kehilangan. Ini sangat umum terjadi setelah stroke atau mungkin memburuk pada seseorang yang mengalami depresi sebelum stroke.
- f. Luka baring, luka tekan akibat penurunan kemampuan bergerak dan tekanan pada area tubuh karena imobilitas.
- g. Kontraktur ekstremitas, yaitu pemendekan otot di lengan atau kaki akibat berkurangnya kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh yang terpengaruh atau kurang olahraga.
- h. Nyeri bahu, berasal dari kurangnya penyangga lengan akibat kelemahan atau kelumpuhan. Hal ini biasanya disebabkan ketika lengan yang terkena menggantung mengakibatkan lengan tertarik ke bahu.
- i. Trombosis vena dalam, yaitu bekuan darah terbentuk di vena kaki karena imobilitas akibat stroke.

2.2 Perilaku Kesehatan

2.2.1 Definisi Perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2014), perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok:

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*). Perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
- b. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian kesehatan (*health seeking behaviour*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.
- c. Perilaku kesehatan lingkungan. Perilaku ini adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

Benyamin Bloom (1908) dalam (Notoatmodjo, 2014), membedakan adanya tiga area, wilayah, atau domain perilaku ini, yakni pengetahuan (*cognitive*), sikap (*affective*), dan tindakan (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

- a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, lidah dan sebagainya).

- b. Sikap

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, sikap belum merupakan tindakan tetapi merupakan predisposisi perilaku atau reaksi tertutup.

c. Tindakan

Sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

2.2.2. Proses Pembentukan Perilaku

Pendekatan atau model pembentukan perilaku dalam Saleh (2018), sebagai berikut:

a. Pembentukan perilaku dengan *Conditioning* (Pembiasaan)

Pembentukan perilaku dengan pembiasaan atau *conditioning* adalah pembentukan perilaku dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, sehingga akhirnya akan terbentuk perilaku tersebut.

1) *Classical Conditioning*

Pembiasaan berdasarkan Teori Pavlov disebut sebagai *classical conditioning* atau pengondisian klasik. Pengondisian klasik dipandang sebagai respons spontan yang terbangun melalui paparan dan penguatan yang berulang. Pavlov menyimpulkan beberapa konsep utama untuk *classical conditioning* berupa:

a) Pemerolehan (*acquisition*)

Setiap penyajian berpasangan antara stimulus yang dikondisikan dan stimulus yang tidak terkondisikan, proses itu disebut sebuah percobaan, dan periode selama organisme belajar mengasosiasikan antara kedua stimulus (stimulus netral dengan stimulus tak bersyarat) secara berulang-ulang sehingga muncul respons bersyarat, proses itu dinamakan tahap pemerolehan pengondisian (*acquisition stage of conditioning*).

b) Penghapusan (*extinction*)

Suatu hal yang telah terbiasa lama-lama akan hilang (*extinct*) jika tidak dilakukan kembali. Proses ini disebut penghapusan atau pemunahan (*extinction*). Akan tetapi tanggapan yang hilang bisa kembali secara spontan, apabila rangsangan terkondisi diberikan lagi ke organisme, proses ini dinamakan pemulihan spontan.

c) Generalisasi (*generalization*)

Generalisasi adalah proses inti dari transfer belajar, di mana respons yang terkondisi mentransfer ke rangsangan lain yang serupa dengan rangsangan terkondisi aslinya. Generalisasi digunakan untuk menjelaskan transfer suatu respons dari satu situasi ke situasi lainnya.

d) Diskriminasi (*discrimination*)

Diskriminasi merupakan kebalikan dari generalisasi. Diskriminasi adalah suatu proses belajar yang dilakukan untuk menciptakan satu respons terhadap satu stimulus dan proses membedakan respons atau bukan respons terhadap beberapa stimulus.

2) *Operant Conditioning*

Prosedur pembentukan perilaku melalui *operant conditioning* adalah sebagai berikut.

- a) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau reward bagi perilaku yang akan dibentuk.
- b) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki, kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c) Menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- d) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama

telah dilakukan, maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen perilaku yang kedua yang kemudian diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi). Demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk, setelah itu dilanjutkan dengan komponen selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk.

b. Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

- 1) *Awareness*: Individu menyadari dalam arti dapat mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
- 2) *Interest*: Individu sudah mulai tertarik kepada stimulus yang diberikan. Sikap subyek sudah mulai timbul.
- 3) *Evaluation*: individu tersebut mulai menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya sendiri. Berarti sikap responden sudah mulai lebih baik.
- 4) *Trial*: Orang (subjek) mulai mencoba perilaku baru sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.
- 5) *Adoption*: Individu tersebut telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Menurut Lawrence Green (1991) dalam (Nursalam, 2014), perilaku kesehatan seseorang secara garis besar dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Faktor perilaku (*behavior causes*) dipengaruhi oleh tiga faktor yakni: *predisposing factors*,

enabling factors, dan *reinforcing factors*. Berikut merupakan penjelasan mengenai faktor perilaku:

a. Faktor perilaku (*Behaviour causes*)

1) *Predisposing Factors*

a) Umur

Menurut La Greca (2004) dalam (Wardhani & Martini, 2015), umur merupakan faktor yang penting dalam perilaku kepatuhan seseorang. Menurut Notoadmodjo (2014), umur dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam menjalani pengobatan atau terapi. Semakin bertambah umur seseorang, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang dalam berpikir semakin lebih matang/dewasa. Sehingga mereka dapat memikirkan suatu keputusan yang terbaik untuk meningkatkan kesehatannya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wardhani et al. (2015), melaporkan bahwa distribusi umur responden (pasien stroke) mulai umur 37 sampai 72 tahun. Berdasarkan data distribusi umur responden yang terbanyak adalah pada kelompok umur 59-80 tahun. Penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2017), didapatkan hasil bahwa stroke terbanyak dialami pada usia 41-64 tahun sebesar 56.4%, usia lanjut (> 65 tahun) sebesar 37.3%, dan usia muda (< 40 tahun) sebesar 6.4%.

Dengan demikian stroke yang dialami pada mereka dengan usia produktif sebesar 62.8%.

Umur dapat mempengaruhi seseorang dapat terkena stroke. Semakin tua umur seseorang, semakin besar risiko terkena stroke, sehingga stroke termasuk dalam penyakit degeneratif (Wardhani & Martini, 2015).

b) Pekerjaan

Menurut Engstrom (2005) dalam (Wardhani & Martini, 2015), pekerjaan merupakan suatu indikator yang dapat menentukan status sosial ekonomi seseorang. Pekerjaan disebut sebagai salah satu faktor risiko tidak langsung yang mempengaruhi perilaku kesehatan dan salah satunya adalah kejadian stroke. Hal ini karena pekerjaan berhubungan dengan tingkat stres seseorang. Stres yang diakibatkan oleh pekerjaan adalah faktor yang dapat memicu terjadinya stroke. Stres dapat disebabkan karena beban kerja yang berat, tekanan dari atasan, dan gaji tidak sesuai harapan. Jika seseorang mengalami stres secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama dan tidak dapat mengelola dengan baik maka hal ini dapat meningkatkan risiko serangan stroke.

c) Pendidikan

Perilaku manusia terbentuk karena adanya proses pendidikan sebelumnya yang melalui beberapa tahap hingga kemudian

terbentuk pola perilakunya. Hal tersebut menunjukkan bahwa secara tidak langsung pendidikan juga berpengaruh terhadap kesehatan seseorang. Tingkat pendidikan, pengetahuan, dan sikap masyarakat terhadap kesehatan merupakan faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku masyarakat dalam memperoleh upaya kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2014).

Menurut Obembe (2014) tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor penting karena pengaruhnya terhadap tingkat pengetahuan tentang stroke yang adekuat. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya dan mempengaruhi perilaku seseorang untuk termotivasi melakukan sesuatu yang lebih baik (Rachmawati et al., 2017).

Hasil penelitian Ashraf et al. (2015) di India, melaporkan bahwa pasien stroke yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi cenderung memiliki durasi keterlambatan kedatangan di rumah sakit yang lebih singkat. Hasil analisis multivariat secara regresi logistik ditemukan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh signifikan terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit ($p=0,001$). Penelitian ini melaporkan bahwa pasien stroke ataupun keluarganya yang mempunyai pendidikan tinggi akan datang ke rumah sakit lebih awal. Selaras dengan penelitian yang dilakukan

oleh Barahama et al. (2019), menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit.

Penelitian-penelitian sebelumnya diperkuat dengan hasil penelitian yang dilakukan di Korea oleh Lee et al. (2021), menunjukkan bahwa untuk status Pendidikan dengan tingkat pendidikan rendah (<6 atau 6 tahun sekolah) secara signifikan berhubungan dengan keterlambatan datang ke rumah sakit dibandingkan dengan tingkat pendidikan tinggi (>12 tahun).

d) Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai pengaruh sebagai motivasi awal bagi seseorang dalam berperilaku. Notoadmodjo (2014), menyatakan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan keluarga tentang gejala stroke sangat penting, yang mana jika pengetahuannya masih kurang akan menyebabkan keterlambatan rujukan pasien stroke ke rumah sakit.

Pengetahuan tentang faktor risiko stroke sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dalam pencegahan stroke sehingga individu mampu mengubah atau memodifikasi faktor risiko, dengan demikian hal tersebut akan menurunkan risiko stroke, dan mencegah terjadinya kecacatan. Pengetahuan tentang gejala stroke ini sangat

penting untuk mengenali adanya serangan stroke, sehingga konsekuensinya adalah pasien harus segera ke instalasi gawat darurat atau rumah sakit (Rachmawati et al., 2017).

Pengetahuan akan berkontribusi terhadap perubahan perilaku kesehatan, dalam hal ini pengetahuan pasien mengenai stroke. Akan tetapi, penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2017), tidak menemukan hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang stroke dengan keterlambatan kedatangan di rumah sakit. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Al Khathaami et al. (2018), lebih dari separuh pasien stroke tidak datang lebih awal ke rumah sakit karena mereka tidak mampu menjelaskan gejalanya atau tidak mengetahui gejala yang dialami sebanyak (61,5%) dari 227 sampel. Ini menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan sangat berpengaruh terhadap keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit, dan perlu ditargetkan untuk dilakukan pendidikan kesehatan.

Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Sari et al. (2019), melaporkan bahwa dari 46 orang responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 31 orang (67,3%) mampu dalam mendeteksi dini (tanda dan gejala), sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang baik sebanyak 15 orang (32,6%). Hasil uji statistik diperoleh nilai ($p=0,011$) bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga dengan kemampuan deteksi

dini serangan stroke iskemik akut pada penanganan pre hospital. Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Barahama et al. (2019), yaitu pengetahuan pasien mengenai gejala dan tanda stroke merupakan salah satu faktor penting yang berpengaruh pada waktu kedatangan pasien stroke di rumah sakit.

e) Sikap

(1) Definisi sikap

Notoadmodjo (2014), menyatakan bahwa sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik). Sedangkan menurut Azwar Saifuddin (1995), sikap merupakan keteraturan perasaan, pemikiran perilaku seseorang dalam interaksi sosial (Donsu, 2017).

Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek. Sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensi untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu

dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respon (Notoatmodjo, 2014).

(2) Tingkatan sikap

Adapun tingkatan dari sikap meliputi: (a) menerima (*receiving*), artinya bahwa orang atau subjek mau memperhatikan stimulus atau objek yang diberikan. (b) merespons (*responding*), artinya bahwa orang akan memberi jawaban bila ditanya atau mengerjakan/menyelesaikan tugas yang diberikan. (c) menghargai (*valuing*), artinya bahwa orang mau mengajak orang lain untuk mendiskusikan atau mengerjakan sesuatu hal. (d) bertanggung jawab (*responsible*) sebagai tingkatan sikap yang paling tinggi dimana orang bertanggung jawab atas suatu hal yang sudah dipilihnya dengan segala risiko (Notoatmodjo, 2014).

(3) Komponen-komponen sikap

Menurut Aronson (2007) dalam Sa'diyah et al. (2018), sikap dapat dipengaruhi oleh faktor genetik, sama halnya dengan tempramen dan kepribadian. Para ahli psikologi sosial mengidentifikasi 3 komponen sikap yang biasa disebut oleh para ahli dengan istilah komponen A-B-C (*affective, cognitive, behaviour*).

- (a) Komponen afektif (*Affective*) berhubungan dengan kehidupan emosional seseorang. Terdiri dari reaksi emosi terhadap objek sikap.
 - (b) Komponen kognitif (*cognitive*) berhubungan dengan *belief* atau keyakinan individu. Terdiri dari pikiran-pikiran dan keyakinan-keyakinan terhadap objek sikap.
 - (c) Komponen konatif atau perilaku (*behavioral*) berhubungan dengan kecenderungan bertingkah laku individu. Terdiri dari tindakan atau perilaku yang nampak terhadap objek sikap
- (4) Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan dan perubahan sikap

Sunaryo (2013), menjelaskan sebagaimana diketahui bahwa sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman individu sepanjang perkembangan selama hidupnya.

Pada manusia sebagai makhluk sosial, pembentukan sikap tidak lepas dari pengaruh interaksi manusia satu dengan yang lain (eksternal). Faktor ini berasal dari luar diri individu, berupa stimulus untuk membentuk dan mengubah sikap. Stimulus tersebut dapat bersifat langsung, misalnya individu dengan individu, individu dengan kelompok. Dapat juga bersifat tidak langsung, yaitu melalui perantara, seperti: alat

komunikasi dan media masa baik elektronik maupun nonelektronik.

Di samping itu, manusia juga sebagai makhluk individual sehingga apa yang datang dari dalam dirinya (internal) juga memengaruhi pembentukan sikap. Faktor ini berasal dari dalam diri individu. Dalam hal ini individu menerima, mengolah, dan memilih segala sesuatu yang datang dari luar, serta menentukan mana yang akan diterima dan mana yang tidak. Hal-hal yang diterima atau tidak berkaitan erat dengan apa yang ada dalam diri individu. Oleh karena itu, faktor individu merupakan faktor penentu pembentukan sikap. Faktor internal ini menyangkut motif dan sikap yang bekerja dalam diri individu pada saat itu, serta yang mengarahkan minat dan perhatian (faktor psikologis), juga perasaan sakit, lapar, dan haus (faktor fisiologis).

(5) Proses pembentukan sikap

Sikap sosial terbentuk oleh adanya interaksi sosial. Dalam interaksi sosial itu, individu membentuk pola sikap tertentu terhadap objek psikologis yang dihadapinya. Berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap itu antara lain pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, lembaga pendidikan atau lembaga agama

dan faktor emosi dalam diri individu (Sa'diyah et al., 2018).

Adapun penjelasannya sebagai berikut:

(a) Pengalaman pribadi

Sikap mudah terbentuk jika melibatkan faktor emosional, apa yang telah dan sedang kita alami ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap, untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan obyek psikologis. Penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif tergantung dari berbagai faktor.

(b) Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya individu cenderung untuk memiliki sikap yang searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang lain yang dianggap penting tersebut.

(c) Kebudayaan

Kebudayaan sangat berpengaruh pada pembentukan sikap. Apabila kita hidup dalam budaya yang menjunjung

tinggi nilai-nilai religius, maka sikap positif terhadap nilai-nilai religius kemungkinan besar akan terbentuk. Demikian juga apabila kita hidup dalam masyarakat yang menjunjung tinggi sifat-sifat ksatria dan penuh dedikasi dalam membangun dan membela negara, maka sikap positif terhadap sifat-sifat tersebut juga terbentuk.

(d) Media massa

Informasi yang disampaikan melalui berbagai sarana informasi yang berbentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain memberikan landasan kognitif bagi terbentuknya sikap. Apabila pesan-pesan yang disampaikan itu cukup sugestif, akan memberi dasar afektif dalam terbentuknya sikap.

Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal, memberikan landasan berpikir baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Apabila cukup kuat, akan memberikan dasar yang efektif dalam menilai sesuatu hal, sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

(e) Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap, dikarenakan keduanya meletakkan

dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk merupakan garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, hal ini diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

(f) Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Terkadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi dan berfungsi sebagai pengalaman frustrasi atau peralihan bentuk mekanisme pertahanan ego, sikap yang demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang. Misalnya sebuah prasangka terhadap sesuatu ataupun seseorang dan sikap tidak toleran terhadap orang lain.

(6) Pengukuran sikap

Donsu (2017), menjelaskan bahwa secara umum sikap baik dan buruk seseorang dapat diukur dengan dua cara, yaitu secara langsung dan tidak langsung.

(a) Langsung

Pengukuran sikap secara langsung biasa dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan. Adapun beberapa jenis pengukuran sikap yang termasuk kedalam pengukuran sikap secara langsung, yaitu dengan cara terstruktur dan tidak terstruktur.

(b) Tidak langsung

Mengukur sikap secara tidak langsung dapat menggunakan skala semantik-diferensial. Di mana, cara pengukuran sikap ini lebih banyak digunakan saat menilai seseorang. Penggagas skala ini adalah Charles E. Osgood.

2) *Enabling Factors*

a) Lingkungan fisik

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok (Notoatmodjo, 2014). Dalam kaitannya dengan kesehatan, lingkungan fisik ini tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

Menurut Devi (2011) dalam (Harahap, 2016), kondisi pelayanan kesehatan menunjang derajat kesehatan masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga perlu ditingkatkan.

b) Jarak ke fasilitas kesehatan

(1) Definisi jarak

Jarak merupakan ruang sela (panjang atau jauh) antara dua benda atau tempat (KBBI, 2021a). Sedangkan menurut Bintaro dan Surastopo (1979) dalam (Hardati, 2016), jarak adalah aksesibilitas yang menunjukkan kemudahan bergerak dari suatu tempat ke tempat lainnya dalam suatu wilayah. Aksesibilitas ini mempunyai hubungan dengan jarak dalam hal ini untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan pada suatu wilayah.

Jarak dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Dalam hal ini dapat mempengaruhi keterlambatan waktu kedatangan pasien stroke ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sebagai contoh jarak 10 km dapat ditempuh dalam waktu 15 sampai 20 menit jika kecepatan kendaraan 30-40

km/jam. Selaras dengan maksimal batas laju kecepatan *ambulance* jalanan biasa adalah 40 km/jam, sedangkan di jalan tol bisa naik menjadi 80 km/jam (Kepmenkes & Kesos, 2001). Maka dari itu dengan jarak < 10 km atau > 10 km dapat dimaksimalkan untuk menjangkau fasilitas kesehatan dalam waktu *golden periode* stroke (3 jam).

(2) Hasil penelitian terkait hubungan jarak dengan keterlambatan waktu kedatangan ke fasilitas pelayanan kesehatan

Penelitian yang dilakukan oleh Barahama et al. (2019), melaporkan bahwa tidak terdapat hubungan bermakna antara jarak tempat tinggal pasien dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Hal tersebut tidak selaras dengan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan di India oleh Ashraf et al. (2015), melaporkan bahwa jarak tempat tinggal pasien yang lebih dekat dengan rumah sakit merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kedatangan pasien lebih awal di rumah sakit.

Hasil analisis regresi logistik dalam penelitian yang dilakukan oleh Saudin et al. (2016), didapatkan bahwa jarak tempat tinggal berpengaruh terhadap keterlambatan rujukan pasien stroke di RSUD Jombang dengan nilai p sebesar 0.021

dengan nilai OR 0.242, semakin jauh jarak rujukan ke RSUD jombang pada pasien stroke dengan jarak >7 km tanpa kemacetan akan mengalami keterlambatan sebesar 2 kali dibanding jarak kurang dari 7 km.

Penelitian lainnya yang dilakukan di Riyadh Arab Saudi oleh Al Khathaami et al. (2018), melaporkan bahwa jarak tempat tinggal merupakan salah satu faktor bermakna yang berhubungan dengan keterlambatan kedatangan pasien stroke ke rumah sakit. Pasien yang tinggal di luar kota Riyadh cenderung terlambat datang ke rumah sakit, namun keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit tersebut juga dipengaruhi berbagai faktor lain seperti, kondisi geografis atau apakah pasien stroke tersebut langsung menuju ke rumah sakit atau mengunjungi pusat layanan kesehatan primer lokal terlebih dahulu.

3) *Reinforcing Factors*

a) Dukungan keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien dan menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang. Hal ini dikarenakan keluarga sebagai suatu sistem yang terdiri dari anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih

sayang, rasa aman, serta perhatian yang secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi penyembuhan dan pemulihan pasien (Wardhani & Martini, 2015).

Dukungan keluarga juga akan mempengaruhi pasien stroke dalam menjalani tindakan rehabilitasi medik. Rosiana (2012) dalam (Wardhani & Martini, 2015), menyatakan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga kepada pasien stroke, semakin patuh mereka dalam menjalani program rehabilitasi. Oleh karena itu, peran atau dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien stroke menjalani rehabilitasi agar berjalan sesuai dengan rencana pengobatan.

b) Dukungan tokoh masyarakat

Faktor penyebab masyarakat tidak menerapkan perilaku kesehatan salah satunya dalam pencegahan stroke adalah faktor penguat seperti sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan sikap petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

Perilaku tokoh masyarakat yang memberi contoh kurang baik, dalam hal ini mengenai pemeriksaan kesehatan atau usaha untuk memahami perilaku pencegahan stroke dapat berdampak pada kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pencegahan stroke dan membuat masyarakat tidak menerapkan perilaku

pengecehan stroke sehingga sampai terjadi stroke, kecacatan hingga kematian.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman et al., 2014).

Menurut Zakaria (2017), keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga.

Sedangkan menurut Stuart (2014), Keluarga yaitu unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga adalah mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan.

Berdasarkan pengertian para ahli diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa keluarga merupakan sekumpulan orang, satuan unit kecil di masyarakat, yang dihubungkan melalui ikatan kebersamaan, emosional, perkawinan, darah, adopsi serta tinggal dalam satu rumah.

2.3.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman et al. (2014), fungsi keluarga terbagi atas:

a. Fungsi afektif

Fungsi ini merupakan persepsi keluarga terkait dengan pemenuhan kebutuhan psikososial sehingga mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses perkembangan individu sebagai hasil dari adanya interaksi sosial dan pembelajaran peran sosial. Fungsi ini melatih agar dapat beradaptasi dengan kehidupan sosial.

c. Fungsi Reproduksi Keluarga

Fungsi ini berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi Ekonomi Keluarga

Fungsi ini berfungsi untuk memenuhi kebutuhan secara ekonomi dan mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan.

e. Fungsi Kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

2.3.3 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut Friedman et al. (2014), tugas keluarga meliputi:

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- g. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
- h. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

2.4 Konsep Keterlambatan Waktu Kedatangan Pasien Stroke

2.4.1 Definisi Keterlambatan Waktu

Keterlambatan memiliki arti hal terlambat, keterlambatan adalah sesuatu hal yang telah lewat dari waktu yang telah ditentukan. Sedangkan waktu adalah seluruh rangkaian saat ketika proses, perbuatan, atau keadaan berada atau berlangsung (KBBI, 2021b, 2021c). Maka dari itu dapat disimpulkan keterlambatan waktu merupakan sesuatu hal (rangkaian ketika proses, perbuatan atau keadaan) yang telah melewati waktu yang telah ditentukan.

2.4.2 Urgency Golden Periode pada Pasien Stroke

Waktu onset stroke didefinisikan sebagai waktu ketika pasien atau pengamat pertama kali melihat gejala stroke (Lee et al., 2021). Menurut AHA/ASA dalam Powers et al. (2019), *golden periode* pasien stroke adalah 3 jam, serta merekomendasikan agar pasien stroke dapat menerima terapi trombolisis dalam waktu < 3 jam sejak onset gejala. Artinya jika pasien stroke datang ke rumah sakit < 3 jam masih dapat menerima terapi trombolisis. Iskandar (2011) dalam Okraini (2018), menjelaskan ketepatan *golden periode* mengarah pada penanganan penderita dengan stroke untuk mempertahankan fungsi otak yang tergantung pada kesempatan untuk menyelamatkan fungsi sel otak dalam waktu yang singkat.

Salah satu kunci penting dalam mengurangi kematian dan kerusakan otak adalah memberikan penanganan yang cepat dan tepat (Arif et al., 2019). Maka dari itu penanganan/terapi stroke akut harus dimulai setidaknya dalam < 3 jam setelah onset stroke yang bertujuan untuk mencegah keparahan, kecacatan jangka panjang, dan kerusakan permanen. Jika penanganan diberikan melebihi waktu *golden periode* maka kerusakan neurologis yang dialami pasien akan bersifat permanen.

2.4.3 Bahaya keterlambatan waktu kedatangan ke rumah sakit

Stroke terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah atau tersumbat. Akibatnya, suplai darah terhambat dan otak tidak mendapatkan oksigen dan nutrisi penting untuk berfungsi secara normal. Ibarat mesin pada tubuh, kelainan fungsi otak bisa berdampak buruk pada kesehatan dan membahayakan nyawa. Kondisi ini dapat memengaruhi pendengaran, berbicara, makan, bergerak, dan hampir semua

proses vital. Inilah sebabnya mengapa perawatan stroke yang tepat selama *golden periode* sangat krusial bagi nyawa penderita stroke (Sengar, 2022).

Golden periode adalah istilah yang digunakan untuk jangka waktu kehidupan pengidap stroke melalui pengobatan dengan segera. Apabila pengidap stroke mendapatkan bantuan medis dalam periode tersebut, besar kemungkinan penderita dapat bertahan dari komplikasi stroke. Pada penyakit stroke, periode *golden hour* adalah 3 jam setelah seseorang mengalami gejala stroke (Sengar, 2022). Pada *golden periode* inilah kesempatan kita sebagai tenaga kesehatan dalam menyelamatkan sel saraf walaupun fungsinya terganggu namun strukturnya masih utuh, hal ini disebut dengan “penumbra”. Penumbra adalah daerah jaringan iskemik di sekitar inti infark yang secara fungsi menurun tetapi kerusakan berpotensi dapat baik kembali jika aliran darah secara cepat dapat pulih kembali (Okraini, 2018). Tanpa adanya penanganan pada rentang waktu tersebut, pengidap stroke sangat mungkin mengalami kerusakan otak atau defisit neurologis permanen dan bahkan sampai pada kematian.

Defisit neurologis adalah kelainan fungsional tubuh karena penurunan fungsi otak, medula spinalis, saraf perifer dan otot. Defisit neurologis pada pasien stroke dapat mengakibatkan lima macam disabilitas yaitu kelumpuhan atau masalah pengendalian gerak, gangguan sensorik, gangguan berbahasa, masalah dalam berfikir dan daya ingat (Sukiandra & Marindra, 2017).

Menurut Iskandar J (2011) dalam Okraini (2018), seseorang dikatakan mengalami kerusakan neurologis bila gangguan saraf berlangsung selama 24 jam.

Menilai tingkat kerusakan stroke dapat digunakan beberapa sistem, diantaranya menggunakan skala rankim yang dimodifikasi (*The Modified rankim scale*) dengan skala derajat kerusakan neurologis yaitu, derajat kerusakan neurologi 0, derajat kerusakan neurologi 1, derajat kerusakan neurologi 2, derajat kerusakan neurologi 3, derajat kerusakan neurologi 4, dan derajat kerusakan neurologi 5. Dengan berbagai kecacatan yang mungkin diderita penderita setelah stroke.

Menurut Iskandar J (2011) dalam Okraini (2018), derajat kerusakan neurologis terbagi 2 yaitu biologis dan psikologis.

a. Kerusakan Biologis

- 1) Derajat kerusakan neurologi 0 yaitu tidak ada gangguan fungsi.
- 2) Derajat kerusakan neurologi 1 disebut juga neuropraxia, berupa kerusakan pada serabut myelin, hanya terjadi gangguan kondisi saraf tanpa terjadinya degenerasi wallerian. Saraf akan sembuh dalam hitungan hari setelah cedera, atau sampai dengan empat bulan.
- 3) Derajat kerusakan neurologi 2 (ringan) disebut juga axonotmesis, terjadi diskontinuitas myelin dan aksonal, tidak melibatkan jaringan *encapsulating*, epineurium dan perineurium. Cedera ini akan sembuh sempurna, namun penyembuhannya akan terjadi lebih lambat daripada cedera tingkat pertama.
- 4) Derajat kerusakan neurologi 3 (sedang). Cedera ini melibatkan kerusakan myelin, akson dan endoneurium. Cedera derajat ini akan sembuh dengan lambat, tetapi penyembuhannya hanya sebagian.

Penyembuhan akan tergantung pada beberapa faktor, seperti semakin rusak saraf, semakin lama pula penyembuhan terjadi.

- 5) Derajat kerusakan neurologis 4 (sedang-berat) yaitu melibatkan kerusakan myelin, akson, endoneurium dan perineurium. Cedera derajat ini terjadi bila terdapat *scar* pada jaringan saraf, yang menghalangi penyembuhan.
 - 6) Derajat kerusakan neurologis 5 (berat) yaitu kerusakan neurologis melibatkan pemisahan sempurna dari saraf, seperti saraf yang terpotong. Cedera saraf tingkat empat dan lima memerlukan tindakan operasi untuk sembuh.
- b. Kerusakan Psikologis
- 1) Derajat kerusakan 0 tidak ada perubahan.
 - 2) Derajat kerusakan neurologi 1 yaitu penyembuhan akan sempurna tanpa ada masalah motorik dan sensorik, hampir tidak ada gangguan fungsi aktifitas sehari-hari, pasien mampu melakukan tugas dan kewajibannya.
 - 3) Derajat kerusakan neurologi 2 yaitu pasien tidak mampu melakukan beberapa aktivitas seperti sebelumnya, tetapi tetap dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.
 - 4) Derajat kerusakan neurologi 3 yaitu pasien memerlukan bantuan orang lain tetapi masih mampu berjalan tanpa bantuan orang lain, walau mungkin menggunakan tongkat.

- 5) Derajat kerusakan neurologi 4 yaitu pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain, perlu bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktivitas diri seperti mandi, pergi ke toilet, merias diri, dan lain-lain.
- 6) Derajat kerusakan neurologi 5 yaitu pasien terpaksa berbaring di tempat tidur, buang air besar dan kecil tidak terasa (inkontinensia), selalu memerlukan perawatan dan perhatian.

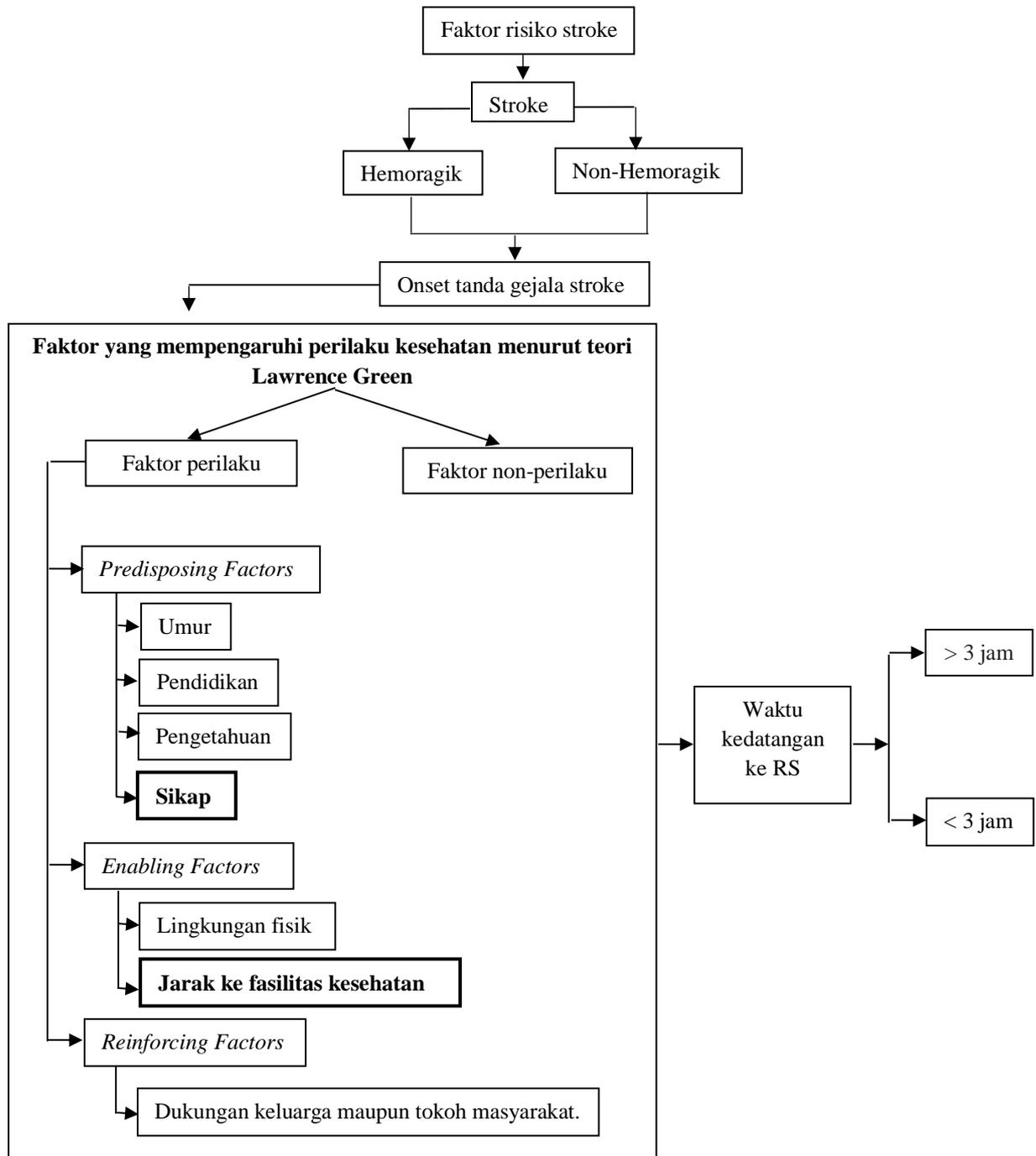
2.4.4 Hasil-hasil penelitian keterlambatan penanganan *golden periode* dengan derajat kerusakan neurologis

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Okraini (2018), melaporkan sebagian besar responden yaitu 37 responden dengan presentase sebesar 61,7% mengalami ketidaktepatan *golden periode* yang memiliki derajat kerusakan neurologi berat pada pasien stroke iskemik. Penelitian lainnya menunjukkan bahwa dari 37 responden, pasien yang mengalami ketidaktepatan *golden periode* >3 jam terdapat 17 responden (46,0%) yang memiliki derajat kerusakan neurologi berat, sedangkan dari 23 responden yang mengalami ketepatan *golden period* <3 jam terdapat 12 responden (52,1) yang memiliki derajat kerusakan neurologi ringan (Arif et al., 2019).

Penelitian sebelumnya diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Astina (2020), yang menyatakan bahwa pasien stroke dengan tingkat defisit neurologi terbanyak adalah stroke berat sebanyak 23 pasien (39,7%), sangat berat sebanyak 16 pasien (27,4%). Sebagian besar dari responden dengan tingkat defisit neurologis berat dan sangat berat disebabkan oleh waktu kedatangan atau *golden periode* yang

lebih dari 3 jam. Pada pasien stroke akan mengalami gejala defisit neurologis tergantung dari lokasi dan luasnya daerah yang terkena stroke. Dengan penanganan yang cepat, kondisi defisit neurologis dapat dikurangi karena pasien akan segera mendapatkan oksigenasi sehingga diharapkan dapat mengurangi tingkat defisit neurologis.

2.4 Kerangka Teori



Bagan 1
Kerangka Teori

Sumber: Konsep Teori Stroke (Wijaya, 2013), dan Konsep Perilaku Kesehatan Berdasarkan Teori Lawrence Green dalam (Nursalam, 2014).