

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke konsisten didefinisikan sebagai tanda-tanda klinis yang berkembang pesat dari gangguan fungsi otak fokal (atau global), yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab yang jelas selain berasal dari vaskuler sebagaimana disebutkan oleh World Health Organization (WHO) pada 1980 (Aho *et al.*, 1980; Abbott *et al.*, 2017). Kondisi tersebut terjadi ketika sel otak mengalami kematian mendadak akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi sehingga sel tidak mendapatkan oksigen yang dibutuhkan (Johnson *et al.*, 2016).

Stroke menjadi urutan kedua penyakit penyebab kematian tertinggi di dunia setelah penyakit jantung iskemik berdasarkan *WHO Global Health Estimates* tahun 2019 (WHO, 2020). Prevalensi beberapa penyakit tidak menular di Indonesia yang salah satunya stroke disebutkan meningkat dibanding pada tahun 2013 berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018. Prevalensi stroke meningkat dari 7 permil pada tahun 2013 menjadi 10,9 permil pada tahun 2018 dengan prevalensi tertinggi pada kelompok umur diatas 75 tahun diikuti kelompok umur 65-74 tahun dan 55-64 tahun (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019). Pada laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahun 2019, stroke merupakan penyakit katastrofik ke-3 yang menyerap pendanaan BPJS terbesar setelah penyakit jantung dan kanker (BPJS Kesehatan, 2020).

Stroke iskemik dengan presentase kejadian 89,9% merupakan jenis stroke yang paling banyak ditemukan dibandingkan stroke hemoragik dengan presentase

kejadian 10,1% (Andersen *et al.*, 2009). Stroke iskemik terjadi apabila arteri pada otak tersumbat sedangkan stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah intraserebral atau pendarahan (Unnithan and Mehta, 2021). Stroke memiliki faktor risiko yang dapat dikategorikan menjadi faktor risiko yang diubah dengan melakukan sesuatu (*modifiable*) dan yang tidak dapat diubah (*non-modifiable*) (Arboix, 2015). Faktor yang tidak dapat diubah salah satunya usia dan gender (Goff *et al.*, 2014; Arboix, 2015).

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, seseorang dikatakan lanjut usia atau lansia ketika mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Dalam jangka waktu tahun 1971 hingga 2020, persentase lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat, yakni menjadi 9,92 persen atau sekitar 26,82 juta orang. Berdasarkan hasil survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), persentase distribusi penduduk lansia di Indonesia: 52,95% pada daerah urban (perkotaan) dan 47,05% pada daerah rural (perdesaan) (Badan Pusat Statistik, 2020).

Pasal 355 ayat (1) Undang-Undang RI No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, mendefinisikan perkotaan sebagai wilayah dengan batas-batas tertentu yang masyarakatnya mempunyai kegiatan utama di bidang industri dan jasa (Indonesia, 2014). UU Nomor 11 tahun 2020 tentang Cipta Kerja menyebutkan bahwa kawasan perkotaan adalah wilayah yang mempunyai kegiatan utama bukan pertanian, sedangkan rural atau yang berarti perdesaan merupakan wilayah yang mempunyai kegiatan utama pertanian, termasuk pengelolaan sumber daya alam (Indonesia, 2020). Badan Pusat Statistik (BPS) menyatakan daerah rural (perdesaan) adalah wilayah administrasi di desa yang belum memenuhi persyaratan tertentu dalam hal kepadatan penduduk, persentase rumah tangga pertanian, dan sejumlah

fasilitas dan akses perkotaan (Badan Pusat Statistik, 2019). Pada komunitas urban dan rural terdapat beberapa faktor yang berbeda, diantaranya status ekonomi, tingkat pendidikan, status lingkungan, dan kebiasaan hidup (Wang *et al.*, 2017).

Mengontrol prevalensi terjadinya stroke iskemik dapat dilakukan dengan pencegahan primer melalui deteksi dini faktor risiko stroke. Pengukuran faktor risiko stroke salah satunya menggunakan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS). FSRS digunakan untuk memperkirakan dan mengukur risiko seseorang mengalami stroke pada 10 tahun kedepan. Faktor risiko yang diperhitungkan dalam skor ini meliputi usia, riwayat diabetes mellitus, tekanan darah atau riwayat hipertensi, merokok, riwayat fibrilasi atrium, hipertrofi ventrikel kiri, dan kadar kolesterol atau riwayat dislipidemia (Flueckiger *et al.*, 2018).

Stroke menjadi urutan kedua penyakit penyebab kematian tertinggi di dunia dan memiliki prevalensi yang cukup tinggi di Indonesia khususnya pada lanjut usia. Stroke iskemik lebih banyak ditemukan dibandingkan stroke hemoragik. Mengukur risiko stroke iskemik melalui *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) dapat memperbaiki prognosis penyakit serta memperbaiki faktor-faktor yang berisiko menimbulkan adanya stroke iskemik. Tidak banyak data terkait perbedaan prevalensi serta faktor risiko antara komunitas urban dan rural di Indonesia yang berdasarkan penilaian *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) melatarbelakangi penulis untuk melakukan penelitian mengenai perbandingan faktor risiko stroke berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) pada lanjut usia (lansia) di daerah urban dan rural. Tambahan pula, memberikan data terkait hubungan faktor lingkungan seperti status ekonomi, tingkat pendidikan, dan kebiasaan hidup dengan hasil pengukuran faktor risiko stroke pada komunitas lansia di urban &

rural. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber informasi dalam usaha pencegahan stroke khususnya pada lanjut usia komunitas urban dan rural.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perbandingan faktor risiko stroke berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) pada lanjut usia komunitas urban dan rural?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui perbandingan faktor risiko stroke berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) pada lanjut usia di komunitas urban dan rural

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas urban berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS).
2. Untuk mengetahui faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas rural berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS).
3. Untuk mengetahui hubungan faktor lingkungan yang meliputi meliputi status ekonomi, tingkat pendidikan, dan kebiasaan hidup dengan faktor risiko stroke berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS) pada lanjut usia di komunitas urban dan rural.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan untuk mengetahui perbandingan faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas urban dan rural berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score* (FSRS).

2. Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan dapat mengetahui faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas urban.
3. Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan dapat mengetahui faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas rural.
4. Penelitian ini juga diharapkan memberikan informasi mengenai hubungan faktor lingkungan yang meliputi status ekonomi, tingkat pendidikan, dan kebiasaan hidup dengan perbandingan faktor risiko stroke pada lanjut usia di komunitas urban dan rural berdasarkan *Framingham Stroke Risk Score (FSRS)*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan landasan untuk landasan pencegahan stroke pada lanjut usia komunitas urban dan rural.
2. Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan masyarakat lanjut usia mengetahui akan risiko terjadinya stroke sehingga dapat menerapkan gaya hidup yang lebih sehat.
3. Penelitian ini dapat mengurangi angka terjadinya stroke pada masyarakat lanjut usia.
4. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi kepada pelayanan kesehatan mengenai pentingnya edukasi pada komunitas penduduk lanjut usia mengenai faktor yang berisiko menyebabkan terjadinya stroke.