

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP
MASALAH PSIKOSOSIAL : ANSIETAS DAN BEBAN
KELUARGA (*CAREGIVER*) DALAM MERAWAT PASIEN
STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
Dr. CIPTO MANGUNKUSUMO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk Memperoleh Gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**NURBANI
07060195320**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2009**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan
dibawah ini:

Nama : Nurbani
NPM : 0706195320
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada
Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-
Free Right*)** atas tesis saya yang berjudul:

**“Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Masalah Psikososial: Ansietas
dan Beban Keluarga (*caregiver*) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah
Sakit Umum Pusat Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti
Noneksklusif ini, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan
mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap
mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak
Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Juli 2009

Yang menyatakan

(Nurbani)

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini di ajukan oleh

Nama : Nurbani
NPM : 0706195320
Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Masalah Psikososial: Ansietas dan Beban Keluarga (*caregiver*) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc. (.....)

Pembimbing II: Ir. Yusron Harahap, M.Kes (.....)

Penguji I : Novy Helena CD, S.Kp, M.Sc (.....)

Penguji II : Pipin Farida, S.Kp, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2009

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2009

Nurbani

Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap masalah psikososial Ansietas dan Beban keluarga (*Caregiver*) dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta.

xiv + 134 hal + 22 tabel + 3 skema + 17 lampiran

ABSTRAK

Jumlah pasien stroke meningkat setiap tahunnya. Dampak dari penyakit stroke yang dirawat di rumah sakit umum akan berpengaruh kepada keluarga (*Caregiver*) yang menimbulkan masalah psikososial seperti beban karena proses pengobatan yang lama dan ansietas karena takut pasien meninggal. Umumnya pasien hanya mendapat pengobatan medis dan keluarga mendapatkan pendidikan kesehatan secara umum. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta. Desain penelitian ini menggunakan "Quasi experimental pre-post test with kontrol group". Cara pengambilan dengan cara random permutasi dengan jumlah sampel 45 orang dengan 22 keluarga (*caregiver*) kelompok intervensi dan 23 keluarga (*caregiver*) kelompok kontrol. Instrumen yang digunakan adalah kuisioner dan lembar observasi yang dikembangkan sendiri untuk ansietas dan beban. Psikoedukasi keluarga dilakukan sebanyak 5 sesi yang terdiri dari pengalaman keluarga (*caregiver*) selama merawat pasien stroke, perawatan pasien dengan penyakit stroke, manajemen ansietas yang dialami oleh keluarga (*caregiver*), manajemen beban serta mengatasi hambatan dan pemberdayaan keluarga. Hasil menunjukkan ansietas hasil *self evaluasi* mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dan ansietas hasil observasi mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value} < 0,05$), sedangkan beban mengalami penurunan tetapi tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$). Karakteristik keluarga tidak menjadi faktor konfounding terhadap ansietas dan beban. Rekomendasi penelitian ini psikoedukasi keluarga dapat digunakan di rumah sakit umum untuk mengatasi masalah psikososial keluarga, khususnya ansietas. Program *Psychiatric Consultation-Liasison Nursing* (PLCN) merupakan program yang dapat dilakukan untuk menangani masalah psikososial yang terjadi pada pasien dan keluarga akibat penyakit fisik yang dialami di rumah sakit umum.

Kata kunci: ansietas, beban, keluarga (*caregiver*) dan psikoedukasi keluarga,
Daftar pustaka 44 (1959-2009)

POST GRADUATE PROGRAMME FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2009

Nurbani

Influence of Family Psychoeducation in psychosocial problem: anxiety and burden caregiver responsibility to care Stroke patient in RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.

xiv + 134 pages + 21 table + 3 scheme + 17 attachment

ABSTRACT

Amount of patient of stroke mount every year. The Stroke effect will influence psychosocial problem for family member like responsibility to care patient with the long term therapy and anxiety to die. The patient received medical therapy and the family received generally health education in the health care facility. This research was aimed to study the effect of the family psycho education for psychosocial problem : anxiety and family (caregiver) burden to care patient with stroke at RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. The design used in this research was *quasi experiment pre and post test control group design*. The sampling method used in this research was permutation random. Forty-five (45) caregiver were used in this research, and they were assigned into 2 groups. First group (23 caregiver) was the control group without any treatment, while the second group (22 caregiver) was treated with the family psycho education. Instruments used in this research were questionnaire which developed by researcher and observational guidance for anxiety and burden. The family psycho education was done in five session that consist of : family experience (caregiver) during care the patient with stroke, caring patient with stroke, family experience in anxiety management, burden management and overcome obstacle. Result of showed that the self evaluation was decrease significantly ($p\text{-value} < 0.05$) and observation for anxiety was decrease significantly ($p\text{-value}, 0.05$), while family burden was decrease insignificantly ($p\text{-value} > 0.05$). Family characteristic was not become confounding factor. The recommendation of this research was that the family (caregiver) psycho education can be used in general hospital to solved caregiver psychosocial problem especially anxiety. Psychiatric Consultant-Liasison Program (PLCN) is a program for caring psychosocial problem which occurred to patient and family member due to the diseases that happened in general hospital.

Key word : anxiety, burden and family caregiver psychoeducation,
Bibliography 44 (1959-2009)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga hasil tesis dengan judul : **“Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Masalah Psikososial: Ansietas dan Beban Keluarga (Caregiver) dalam Merawat Pasien Stroke di RSUP Dr Ciptomangunkusumo Jakarta”** ini dapat diselesaikan.

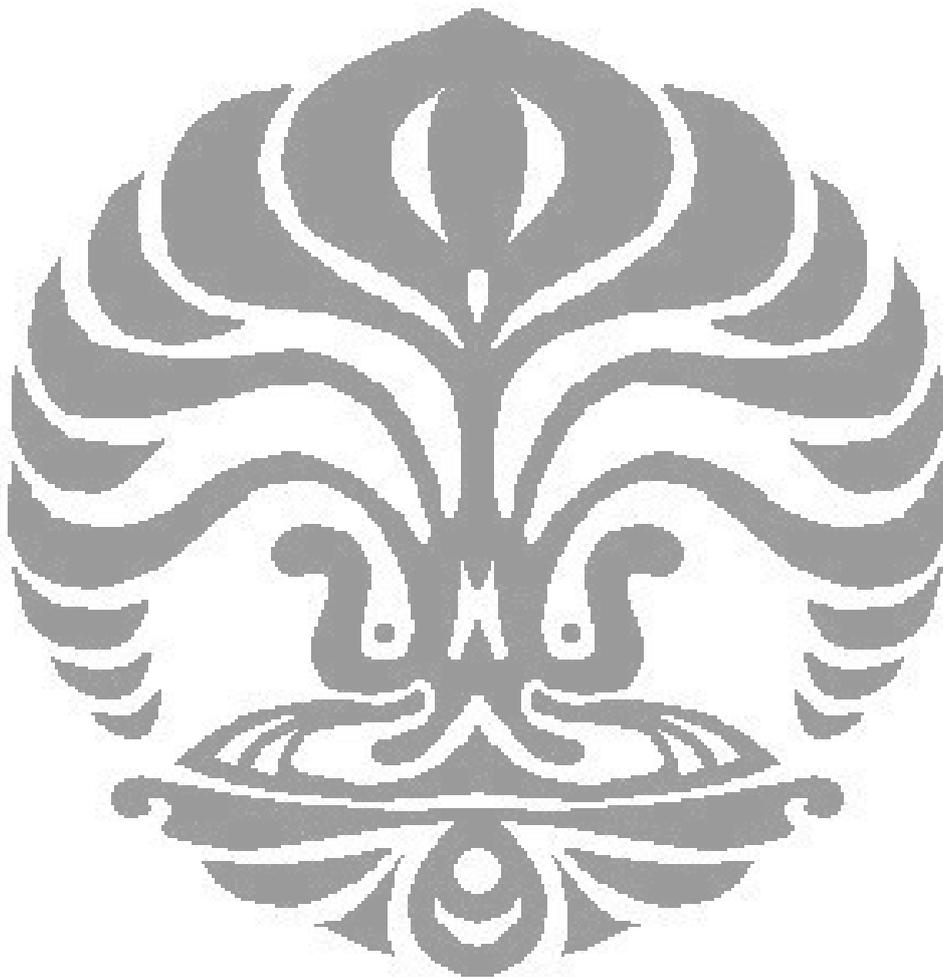
Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan koordinator dalam mata kuliah tesis.
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ir. Yusron Nasution, M.Kes selaku pembimbing II tesis , yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Herni Susanti, S.Kp, M.N sebagai co-pembimbing I yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
6. Suami dan anak-anakku tercinta yang senantiasa memberikan dukungan yang besar kepada peneliti
7. Kedua orangtua dan mertuaku yang telah banyak memberikan support baik dalam bentuk doa maupun material.
8. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian proposal tesis ini.
9. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Akhirnya penulis mengharapkan tesis ini dapat berguna untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2009

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.2 Tujuan Penelitian.....	12
1.4 Manfaat Penelitian.....	13
2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Konsep Keluarga	14
2.2 Dampak Penyakit Stroke.....	24
2.3 Pelayanan Psikososial di Rumah Sakit Umum.....	38
2.4 Tindakan Keperawatan Untuk Mengatasi Masalah Psikososial.....	41
2.5 Psikoedukasi Keluarga.....	46
2.6 Pedoman Psikoedukasi Keluarga.....	51
3. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	53
3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	53
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	56
3.3 Hipotesis.....	58
3.4 Definisi Operasional.....	58
4. METODE PENELITIAN	62
4.1 Desain Penelitian.....	62
4.2 Populasi dan sampel	63
4.3 Tempat Penelitian.....	66
4.4 Waktu Penelitian.....	66
4.5 Etika Penelitian.....	66
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	68
4.7 Uji Instrumen	70
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	71
4.9 Analisa Data	74

5. HASIL PENELITIAN.....	79
5.1 Proses Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum.....	79
5.2 Karakteristik Keluarga (<i>Caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum.....	81
5.3 Ansietas dan Beban keluarga (<i>Caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum.....	86
5.4 Faktor Yang Berkontribusi Pada Ansietas dan Beban Keluarga (<i>Caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum.....	101
6. PEMBAHASAN.....	105
6.1 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Ansietas Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit Umum.....	105
6.2 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Beban Keluarga (<i>Caregiver</i>) Dalam merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum.....	119
6.3 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas dan Beban Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit.....	122
6.4 Keterbatasan Penelitian.....	124
6.5 Implikasi Hasil Penelitian.....	126
7. SIMPULAN DAN SARAN.....	128
7.1 Simpulan	128
7.2 Saran.....	129
DAFTAR PUSTAKA	131

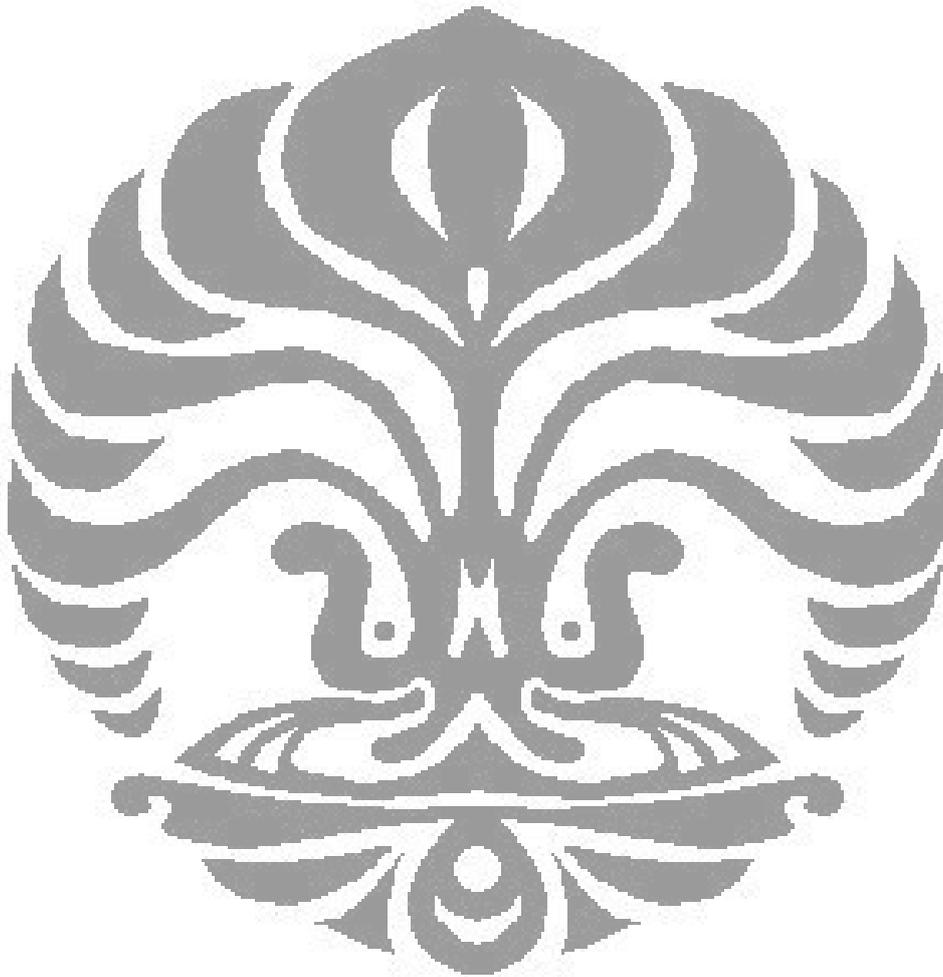
DAFTAR TABEL

Tabel 2	Tingkat Respon Ansietas.....	35
Tabel 3.1.	Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Ukur Variabel Penelitian.....	58
Tabel 4.2.	Proses Pengambilan Sampel Penelitian <i>Pre-Post control Group</i>	65
Tabel 4.3.	Analisa Variabel Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Masalah Psikososial (Ansietas dan Beban) Dalam Merawat Pasien Stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.....	77
Tabel 4.4.	Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Masalah Psikososial (Ansietas dan Beban) Dalam Merawat Pasien Stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta.....	78
Tabel 5.1	Distribusi Keluarga (<i>caregiver</i>) Berdasarkan Usia Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	82
Tabel 5.2.	Distribusi Keluarga (<i>caregiver</i>) Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan dan Penghasilan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	84
Tabel 5.3.	Analisis Kesetaraan Usia Keluarga (<i>caregiver</i>) Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	85
Tabel 5.4.	Analisis Kesetaraan Keluarga (<i>caregiver</i>) Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan dan Penghasilan Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	86
Tabel 5.5.	Analisis Ansietas dan Beban Keluarga (<i>caregiver</i>) Sebelum Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	88
Tabel 5.6.	Analisis Kesetaraan Ansietas dan Beban Keluarga (<i>caregiver</i>) Sebelum Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	89
Tabel 5.7.	Analisis Ansietas Berdasarkan <i>Self Evaluation</i> Pada Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit Sebelum dan Setelah Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	91
Tabel 5.8.	Analisis Ansietas Berdasarkan Observasi Pada Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit Sebelum dan Setelah Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	93
Tabel 5.9	Analisis Beban Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit Sebelum dan Setelah Dilakukan	

	Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	95
Tabel 5.10	Rata-rata Selisih Ansietas dan Beban Sebelum dan Setelah Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	96
Tabel 5.11.	Analisis Ansietas dan Beban Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit Setelah Dilakukan Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	101
Tabel 5.12.	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungani Terhadap Komposit Ansietas <i>Self Evaluation</i> Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	102
Tabel 5.13.	Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Komposit Ansietas <i>Self Evaluation</i> Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	103
Tabel 5.14.	Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Komposit Ansietas <i>Self Evaluation</i> Setelah Seleksi Akhir Pada Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	103
Tabel 5.15	Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Terhadap Komposit Ansietas Observasi Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	103
Tabel 5.16.	Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Komposit Ansietas Observasi Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	104
Tabel 5.17.	Analisis Faktor-Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Komposit Ansietas Observasi Setelah Seleksi Akhir Pada Keluarga (<i>caregiver</i>) Dalam Merawat Pasien Stroke Di RSUP Dr. Cipto Mangunkumuso Jakarta.....	104

DAFTAR BAGAN/ SKEMA

Skema 3.1.	Kerangka Teori Penelitian.....	55
Skema 3.2.	Kerangka Konsep Penelitian.....	57
Skema 4.1.	Desain Penelitian Pre dan Post.....	62



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasa Tentang Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Data Demografi
- Lampiran 4 Kuisisioner Ansietas
- Lampiran 5 Lembar Observasi Ansietas
- Lampiran 6 Kuisisioner Beban Keluarga
- Lampiran 7 Modul Panduan Psikoedukasi Keluarga
- Lampiran 8 Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 Lolos *Expert Validity*
- Lampiran 10 Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 11 Surat Permohonan Izin Penelitian Dari FIK-UI
- Lampiran 12 Surat Izin pengambilan Data Dari Kepala Bagian Penelitian RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo
- Lampiran 13 Leaflet Penyakit Stroke
- Lampiran 14 Leaflet Ansietas
- Lampiran 15 Leaflet Beban
- Lampiran 16 Leaflet Pemberdayaan Keluarga
- Lampiran 17 Absesensi Pengambilan Data

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan yang sedang dihadapi oleh bangsa Indonesia yang tengah membenahi dirinya, menuju suatu kondisi yang lebih layak dan memadai sebagai suatu bangsa yang hidup di zaman ilmu pengetahuan dan teknologi modern, suatu zaman yang mengandung harapan lebih besar, maka semakin kompleks pula masalah yang dihadapi masyarakatnya dalam mencapai status kesehatan. Kesehatan tidak hanya sebatas dari sehat fisik tapi juga kesehatan mental, karena kedua hal ini tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lainnya. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Depkes,2003). Hal ini berarti kesehatan harus dilihat secara holistik dan kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan.

Individu merupakan bagian terkecil dari keluarga, kesehatan individu akan mempengaruhi kesehatan dalam keluarga. Apabila ada salah satu individu dalam anggota keluarga yang sakit akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Kesehatan individu terdiri dari kesehatan fisik dan kesehatan jiwa. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional (Videbeck, 2008). Ini berarti kesehatan jiwa tidak hanya dapat dilihat dari satu unsur, tetapi satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan baik secara emosi, psikologis maupun sosial.

Kesehatan jiwa juga diartikan kemampuan seseorang menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan sesuai kemampuannya, baik tuntutan dalam diri sendiri maupun luar dirinya sendiri, seperti

menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah, sekolah, lingkungan kerja dan masyarakat serta teman sebaya (Riyadi, 2007). Dari sini dapat dilihat bahwa seorang individu dikatakan sehat jiwa apabila individu dapat beradaptasi dengan lingkungan tempat tinggalnya.

Menurut Johnson (1997, dalam Videbeck 2008) kesehatan jiwa individu dipengaruhi oleh faktor otonomi dan kemandirian, memaksimalkan potensi diri, mentoleransi ketidak pastian hidup, harga diri, menguasai lingkungan, orientasi realitas dan manajemen stress. Ada suatu interaksi tetap diantara faktor tersebut, dengan demikian, kesehatan jiwa individu merupakan suatu keadaan yang dinamik atau selalu berubah.

Hubungan antar individu satu dengan yang lain dalam keluarga mempengaruhi emosi, sosial dan psikologis seseorang. Individu merupakan bagian dari keluarga, hubungan individu yang satu dengan individu yang lain dalam keluarga akan mempengaruhi sistem dan fungsi anggota keluarga. Keluarga didefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Sedangkan menurut *Family Service Of Amerika* (1984, dalam Friedman 1998) keluarga dalam suatu cara komprehensif yaitu sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan keintiman. Dari definisi diatas maka anggota keluarga tidak dapat dipisahkan oleh apapun karena dalam suatu keluarga ada suatu ikatan emosional yang tidak dapat diputuskan oleh seorangpun, walaupun terkadang secara fisik terpisah tetapi ikatan emosional tidak dapat dihilangkan.

Karena itu keluarga merupakan salah satu sasaran dalam meningkatkan kesehatan, baik itu kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Kesehatan fisik dan mental tidak dapat dipisahkan karena saling mempengaruhi. Dalam penelitian keluarga, kesehatan keluarga paling sering diartikan sebagai

berfungsinya keluarga atau adaptasi keluarga (McCubbin & Patterson, 1983 dalam Friedman, 1998). Menurut WHO (1974 dalam Friedman 1998) kesehatan keluarga mengandung arti fungsi keluarga sebagai perilaku sosial utama dalam peningkatan kesehatan dan kesejahteraan. Kesehatan keluarga pada prinsipnya bagaimana anggota keluarga dapat beradaptasi dan berinteraksi antara individu yang satu dengan yang lain, sehingga fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik dan ini dipengaruhi oleh kesehatan fisik dan mental keluarga.

Kesehatan mental keluarga merupakan adanya suatu proses interaksi dalam kesehatan keluarga, dimana terjadi proses dalam keluarga dan selalu berkembang, seperti hubungan interpersonal keluarga. Fokusnya terletak pada hubungan antara keluarga dan subsistem-subsistemnya, seperti subsistem orang tua atau keluarga dan para anggotanya (Friedman, 1998). Kesehatan mental keluarga merupakan kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional yang ada di dalam keluarga sehingga keluarga dapat mencapai kesehatan mental yang optimal. Kesehatan mental ini tentu dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti lingkungan, sosial dan penyakit, salah satunya adalah penyakit fisik yang ada dalam keluarga.

Penyakit fisik dapat menimbulkan masalah psikososial yang terjadi baik pada pasien sendiri maupun pada keluarga. Masalah psikososial ini banyak terjadi pada orang-orang dan anggota keluarga yang menderita penyakit kronis atau penyakit generatif. Salah satu penyakit kronis yang sering kita jumpai adalah penyakit stroke. Data *World Health Organization* (2007), menunjukkan 15 juta orang menderita stroke di seluruh dunia setiap tahun. Sebanyak 5 juta orang mengalami kematian dan 5 juta mengalami kecacatan yang menetap (Stroke center, 2007) Diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 orang penduduk Indonesia terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau

berat, kecenderungan stroke menyerang generasi muda yang masih produktif (Yastroki, 2008).

Stroke atau cedera serebrovaskuler (CVA) adalah ketidaknormalan fungsi sistem sarap pusat (SSP) yang disebabkan oleh gangguan kenormalan aliran darah ke otak (Smeltzer & Bare, 2008). Stroke merupakan suatu penyakit yang dapat terjadi pada setiap orang secara mendadak yang menyerang saraf pusat sehingga menimbulkan aliran darah keotak tidak lancar yang disebabkan oleh adanya sumbatan . Stroke juga diartikan cedera pada pembuluh darah yang bersifat akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera yang sifatnya mendadak dan berat pada pembuluh-pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan atau pecahnya pembuluh darah otak (Siregar, 2003). Dari pengertian ini penyakit stroke ini merupakan sesuatu yang tidak dapat kita duga sebelumnya yang dapat terjadi secara mendadak dan dapat terjadi pada siapa saja akibat dari penyumbatan darah atau penyempitan pembuluh darah.

Stroke dapat menyebabkan gangguan gerak ringan maupun berat, gangguan rasa, gangguan kesadaran, dan gangguan verbal atau bicara (Idris, 2004). Penyakit stroke dengan kondisi yang menyebabkan kecatatan fisik membutuhkan perawatan yang cukup lama, sehingga anggota keluarga yang merawat membutuhkan waktu, tenaga dan biaya dalam perawatannya. Kondisi seperti ini tentu akan berpengaruh terhadap kehidupan anggota keluarga. Waktu, tenaga dan uang tentu akan menjadi beban terhadap keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke, apalagi bila yang mengalami sakit adalah berfungsi sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah keluarga.

Dampak dari beban ekonomi dan sosial ini dapat menyebabkan terjadinya disfungsinya kehidupan keluarga. Kepala keluarga atau pencari nafkah keluarga yang terkena penyakit stroke tentu akan menurunkan produktifitas dalam keluarga tersebut. Menurunnya tingkat produktifitas dapat

mengakibatkan terganggunya ekonomi keluarga (Medicastore, 2009). Ekonomi keluarga yang terganggu akan mengganggu fungsi keluarga yang merupakan satu sistem yang saling mempengaruhi satu sama lainnya dalam keluarga.

Menurut Gani (2005) stroke merupakan penyakit yang menimbulkan dampak sosial ekonomi sangat besar dan luas. Selain memerlukan biaya tinggi untuk pengobatan dan rehabilitasi, penyakit ini juga menimbulkan kerugian berupa hilangnya waktu produktif. Kerugian sosial yang terjadi karena kasus stroke, adalah hilangnya masa hidup penduduk. Menurut perhitungan Bank Dunia dan WHO tahun (1994), ada 1.094. tahun hidup yang hilang karena stroke yang dialami warga Indonesia. Kalau tahun tidak produktif juga diperhitungkan, maka jumlahnya akan mencapai 1.364. tahun. Kerugian waktu produktif akibat stroke ini lebih banyak dikalangan pria dibandingkan wanita. Pria merupakan salah satu tulang punggung pada keluarga apabila berperan sebagai suami atau bapak, ini akan berdampak pada beban ekonomi keluarga apabila peran sebagai pencari nafkah tidak lagi produktif akibat stroke.

Sesuai dengan data klinik tentang distribusi umur penderita stroke yang dirawat di 20 rumah sakit di Indonesia, menurut hasil perhitungan ekstrapolasi tampak bahwa kerugian karena stroke sangat meningkat pada usia 45 tahun keatas. Kerugian stroke pada kelompok umur 45-49 tahun adalah 3,4 kali lebih besar dibanding 30-44 tahun. Pada kelompok umur 60-69 tahun 8,6kali lebih besar dan pada kelompok usia di atas 70 tahun 13,5 kali kerugian kelompok 30-44 tahun (Kompas, 2002). Dampak dari tingginya angka stroke pada usia produktif tentu akan berpengaruh terhadap beban ekonomi, psikologis dan sosial keluarga yang memberikan perawatan kepada anggotanya yang mengalami stroke.

Menurut penelitian Visser-Meily A, et al (2005) tentang fungsi psikososial pada pasangan dengan stroke fase kronis: kemajuan atau kemunduran antara

1-3 tahun setelah stroke didapatkan hasil 51 % dilaporkan secara signifikan mengalami beban berat, 46% mengalami ketidakpuasan hidup, 51% mengalami gejala depresi selama 1 tahun setelah stroke. Perubahan fungsi psikososial antara 1-3 tahun setelah stroke dilaporkan 27%-57% oleh pasangan. Beban yang meningkat, kualitas hidup, support sosial dan keharmonisan hubungan mengalami penurunan yang bermakna. Pasangan yang mempunyai anak-anak yang masih muda atau kecil mempunyai resiko fungsi psikososial yang buruk.

Hasil penelitian Thommessen et al (2001) tentang beban psikososial pasangan tua dengan stroke, demensia dan parkinson didapatkan hasil fungsi kognitif yang rendah pada pasien stroke berhubungan dengan beban psikososial yang tinggi pada pasangan pasien stroke ($\beta = -13, p=0,01$) dan penyakit parkinson ($\beta = -0,89, p<0,01$), sementara itu pada kelompok demensia menunjukkan kecenderungan tidak bermakna. Pada kelompok demensia peningkatan beban bermakna pada pasangan wanita atau istri ($\beta = -0,56, p=0,04$). Merujuk pada penelitian Visser-Meily A, et al, dan Thommessen et al, (2002) disimpulkan bahwa penyakit stroke mempunyai dampak psikososial yang tinggi bagi anggota keluarganya seperti beban ekonomi dan perawatan, beban psikologis dan fungsi keluarga terganggu terutama untuk pasangan mereka dan anggota keluarga yang lain. Meningkatnya beban psikologis dan sosial akibat lamanya masa perawatan tentu akan berdampak pada masalah psikososial keluarga, salah satu dampak psikososial yang dapat terjadi adalah ansietas.

Ansietas adalah perasaan was-was, takut atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman (CMHN, 2006). Ansietas juga merupakan sesuatu yang membuat tidak nyaman atau takut yang tidak tahu penyebabnya. Ansietas yang terjadi pada keluarga yang anggotanya sakit stroke dan dirawat di rumah sakit disebabkan oleh ketidak tahuan tentang terjadinya penyakit, ansietas terjadinya kematian pada pasien, dan akibat dari penyakit dari pasien. Menurut penelitian Wilz dan Kalytta

(2008) yang dilakukan pada 114 pasangan pasien yang mengalami stroke setelah satu tahun rehabilitasi prevalensinya gejala ansietas cukup tinggi yaitu sekitar 27,6% - 28,9%. Ansietas merupakan salah satu masalah psikososial yang sering terjadi pada setiap orang. Dalam masalah kesehatan mental ansietas merupakan salah satu gejala dari gangguan mental emosional.

Menurut catatan WHO (2001) masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial dialami kira-kira 25% dari seluruh penduduk pada suatu masa dari hidupnya dan lebih dari 40% diantaranya didiagnosis secara tidak tepat sehingga menghabiskan biaya untuk pemeriksaan laboratorium dan pengobatan yang tidak tepat. Enam puluh sembilan persen (69%) dari pasien tersebut datang dengan keluhan-keluhan fisik dan banyak diantaranya ternyata tidak ditemukan gangguan fisiknya. Hasil dari riset kesehatan dasar (2007) mencatat bahwa gangguan mental emosional yang terjadi pada usia diatas 15 sebesar 11,6%.

Pada rumah sakit umum rata-rata belum adanya pelayanan khusus untuk mengatasi masalah psikososial baik pada klien maupun keluarga. Padahal kita ketahui keluarga akan mengalami masalah psikososial akibat dari adanya anggota keluarga yang mengalami sakit fisik, baik karena penyakit maupun lamanya masa perawatan. Untuk itu perlu penanganan masalah psikososial yang dialami oleh keluarga yang anggotanya mengalami sakit fisik seperti stroke yang dirawat di rumah sakit umum. Salah satunya adalah program PCLN (*Psychiatric Consultant-Liasison Nursing*). Program ini untuk menangani masalah psikososial yang terjadi pada pasien dan keluarga akibat penyakit fisik yang dialami di rumah sakit umum. *Psychiatric Consultant-Liasison Nursing* dilakukan untuk merespon peningkatan penghargaan yang penting dalam hubungan antar relasi psikopisiologi yang berdampak pada penyakit fisik, proses penyembuhan dan sehat (Minarik & Neese, 2002 dalam Frisch & Frisch 2006). Prinsip PCLN membantu pasien dan anggota keluarga yang mengalami masalah psikologis dan psikososial

akibat dari penyakit fisik yang diderita yang dilakukan di rumah sakit umum.

Perawat PCLN dapat melakukan berbagai terapi untuk mengatasi masalah psikososial yang terjadi di rumah sakit umum akibat dari sakit fisik yang diderita. Untuk mengatasi ansietas terapi yang dapat dilakukan *cognitif behavior therapy* dan manajemen ansietas termasuk didalamnya adalah teknik relaksasi. Pada keluarga dapat dilakukan terapi keluarga seperti *tringle therapy*, terapi sistem keluarga, terapi fungsi keluarga dan terapi psikoedukasi keluarga. Terapi keluarga ini dapat dilakukan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga. Pada keluarga yang mengalami masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit fisik pada anggota keluarganya terapi psikoedukasi keluarga dapat dilakukan, karena psikoedukasi dapat menurunkan intensitas emosi keluarga kepada tingkat yang rendah.

Psikoedukasi keluarga juga dapat memberikan support kepada anggota keluarga. Keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya. Walaupun fokus dari terapi ini adalah kelompok psikoedukasi keluarga, tapi pada prinsipnya tujuan dari terapi ini adalah memberikan perasaan sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga (Minddisorders.com, 2009). Prinsipnya terapi psikoedukasi keluarga ini adalah dapat meningkatkan kesehatan mental keluarga yang disebabkan oleh fisik.

Psikoedukasi merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk terapi keluarga dengan masalah psikososial akibat penyakit fisik, seperti beban yang dirasakan oleh keluarga karena pengobatan yang berdampak pada sosial ekonomi keluarga dan teganggunya fungsi keluarga. Psikoedukasi keluarga merupakan terapi yang sangat efektif, khususnya apabila terapi keluarga ini dikombinasikan dengan terapi modalitas yang lain (misalnya

psikofarmakologi). Beberapa studi menunjukkan terapi psikoedukasi keluarga mengurangi kebutuhan untuk kembali kerumah sakit 50% - 80% (Dixon et.al 2001; New York State Office Mental Health, 2002; Steinglass, 1995 dalam Varcarolis,Carson, Shoemaker, 2006). Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga ini adalah memberikan informasi tentang kesehatan mental (Varcarolis,Carson, Shoemaker, 2006). Pada dasarnya psikoedukasi keluarga ini bertujuan untuk mengatasi dan mengurangi masalah psikososial yang terjadi pada anggota keluarga yang disebabkan oleh penyakit anggota keluarga yang sakit baik penyakit fisik yang berdampak pada mental emosional keluarga maupun gangguan mental sendiri.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilakukan oleh Boesen, dkk (1993) pada pasien *Cutaneous Malignant Melanoma* dari 262 pasien dengan melanoma dipilih secara acak yang terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok control. Kelompok intervensi dilakukan psikoedukasi sebanyak 6 sesi dengan 2 jam perminggu diberikan pendidikan kesehatan, peningkatan keterampilan penyelesaian masalah, manajemen stress dan dukungan psikologis. Dari hasil penelitian kelompok intervensi menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat atau tenaga lebih kuat, gangguan suasana hati lebih rendah dibandingkan dengan kelompok control.

Rumah sakit umum pusat Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta merupakan rumah sakit rujukan nasional. Jumlah penderita stroke yang terjadi pada bulan Januari sampai Desember 2008 tercatat sudah 460 yang di rawat dengan penyakit stroke. Ruangan neurologi dan bedah neurologi merupakan ruang yang berada dilantai lima gedung A yang terdiri dari zona A dan Zona B. Zona A atau ruang neurologi sendiri terdiri dari 47 tempat tidur dengan masa rawat pasien 7- 49 hari, sedangkan untuk zona B atau ruang bedah neurologi sendiri terdiri dari 31 tempat tidur dengan masa rawat pasien 7-49 hari. Dari jumlah penderita penyakit ini semakin tahun meningkat dan lama

hari rawat memerlukan penanganan yang tepat baik dari aspek fisik maupun psikososial untuk pasien dan anggota keluarga.

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di ruang neurologi RSCM rata-rata pasien yang terkena stroke dirawat kurang lebih 14 hari dengan biaya bangsal perhari adalah 80.000 rupiah/hari belum termasuk obat. Jadi rata-rata biaya yang dikeluarkan keluarga selama 14 hari adalah 1.120.000 dan belum termasuk obat. Dengan jumlah biaya yang dikeluarkan oleh keluarga tentu saja menjadi beban bagi anggota keluarga.

Hasil wawancara dengan beberapa anggota keluarga pasien dengan penyakit stroke di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Cipto Mangunkusumo rata-rata keluarga mengatakan bahwa dengan adanya anggota keluarga yang menderita stroke mereka merasa sedih, beban keluarga bertambah karena proses pengobatan, ansietas karena takut pasien meninggal dan fungsi keluarga terganggu karena fungsi sebagai pencari nafkah tidak ada dan anak-anak terlantar karena tidak ada orang yang mengasuh. Bahkan ada keluarga yang menitipkan anaknya ke tetangga karena tidak ada yang mengurus karena disebabkan ibu merawat kepala keluarga yang sedang sakit. Selama pasien dan keluarga mendapat pengobatan medis dan pendidikan kesehatan tentang penyakit secara umum.

Berdasarkan hasil penelitian-penelitian sebelumnya dan data yang didapat dari keluarga pasien rata-rata keluarga mengalami masalah psikososial saat anggota keluarganya mengalami sakit fisik dan dirawat di rumah sakit. Keluarga yang anggotanya yang sakit stroke dan dirawat mempunyai masalah psikososial yang dialami seperti ansietas, beban ekonomi, beban psikologis dan sosial serta terganggunya fungsi dalam keluarga. Program *Psychiatric Consultan-Liasison Nursing (PCLN)* merupakan program untuk kesehatan mental yang dilakukan di rumah sakit umum untuk mengatasi masalah psikososial pasien dan keluarga akibat penyakit fisik yang diderita. Salah satu program yang dapat dilaksanakan adalah psikoedukasi keluarga.

1.2 Rumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit yang semakin tahun meningkat, data dari RSCM sepanjang tahun 2008 dari bulan Januari sampai Desember sudah terjadi 460 kasus stroke. Hasil wawancara dengan beberapa anggota keluarga pasien dengan penyakit stroke di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Cipto Mangunkusumo rata-rata keluarga mengatakan bahwa dengan adanya anggota keluarga yang menderita stroke mereka merasa sedih, beban keluarga bertambah karena proses pengobatan, ansietas karena takut pasien meninggal dan fungsi keluarga terganggu karena fungsi sebagai pencari nafkah tidak ada dan anak-anak terlantar karena tidak ada orang yang mengasuh. Selama ini pasien dan keluarga mendapat pengobatan medis dan pendidikan kesehatan tentang penyakit secara umum.

Berdasarkan penjelasan dari referensi dan penelitian tentang psikoedukasi pada penyakit-penyakit fisik serta fenomena yang terjadi dilapangan maka penulis merasa tertarik untuk meneliti pengaruh dari psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat klien dengan penyakit stroke, hal ini dilakukan karena:

- 1.2.1 Jumlah pasien stroke yang meningkat setiap tahunnya.
- 1.2.2 Masalah psikososial yaitu ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang diimbulkan akibat anggota keluarganya mengalami stroke.
- 1.2.3 Belum diketahuinya sejauh mana pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap masalah psikososial yaitu ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit stroke di RSUP Dr. Ciptomangunkusumo.

Berhubungan dengan apa yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah berdasarkan rumusan diatas, maka pertanyaan penelitiannya adalah:

- a. Apakah terapi psikoedukasi keluarga mengurangi ansietas keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke?
- b. Apakah terapi psikoedukasi keluarga mengurangi beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke ?

- c. Apakah ada faktor lain yang mengurangi ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh dari psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat klien dengan penyakit stroke

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Diketuainya karakteristik keluarga (*caregiver*) dengan masalah psikososial: ansietas dan beban dalam merawat pasien stroke di rumah sakit
- 1.3.2.2 Diketuainya perubahan masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke sebelum diberikan terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi.
- 1.3.2.3 Diketuainya perubahan masalah psikososial: ansietas dan beban pada keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke setelah mendapat terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi
- 1.3.2.4 Diketuainya perubahan masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat psikoedukasi.
- 1.3.2.5 Diketuainya perubahan masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat psikoedukasi.
- 1.3.2.6 Diketuainya perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya

mengalami stroke setelah dilakukan psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kontrol.

- 1.3.2.7 Diketuainya faktor yang berkontribusi dalam mempengaruhi masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien dengan stroke.

Manfaat Penelitian

Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk melaksanakan dan pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan mental di tatanan rumah sakit umum dalam menghadapi masalah psikososial khususnya ansietas dan beban keluarga (*caregiver*)

Untuk Keilmuan

- 1.4.2.1 Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam bidang keperawatan baik dilahan praktek keperawatan maupun pendidikan keperawatan.
- 1.4.2.2 Untuk melakukan penelitian selanjutnya yang akan memberikan gambaran lebih dalam tentang masalah-masalah psikososial yang terjadi pada penyakit fisik seperti stroke, sehingga dapat memberikan pelayanan yang tepat pada masalah psikososial dan pengembangan keperawatan spesialis keperawatan jiwa ke depan

Untuk Penelitian

- 1.4.3.1 Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya dalam meningkatkan kesehatan mental individu dan keluarga dengan masalah psikososial.
- 1.4.3.2 Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong dilakukannya penelitian-penelitian lainnya dalam mengembangkan psikoedukasi keluarga di rumah sakit umum dalam mengatasi masalah psikososial.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tentang tinjauan pustaka tentang konsep keluarga, dampak stroke terhadap keluarga, pelayanan psikososial di rumah sakit umum, terapi keluarga, terapi psikoedukasi keluarga, pedoman terapi psikoedukasi keluarga

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian

Keluarga merupakan unit terkecil didalam masyarakat. Kehidupan berkeluarga saling mempengaruhi antara anggota keluarga yang satu dengan anggota keluarga yang lain. Menurut Burgess dan kawan-kawan (1963, dalam Friedman, 1998) keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan dalam ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup terpisah mereka menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka, serta saling berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudari yang menggunakan kultur yang diambil dari masyarakat dengan berapa ciri unik tersendiri.

Keluarga juga diartikan dua orang atau lebih dimana mereka hidup bersama dan saling berbagi ekonomi yang mempunyai hubungan dengan kelahiran, perkawinan atau adopsi dan mempunyai komitmen untuk setiap anggotanya dalam waktu yang tak terbatas dan tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum (Murray & Huelskoetter, 1995, Friedman, 1998). Merujuk dari pengertian dari beberapa teori keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama yang diikat oleh perkawinan, ikatan darah, dan adopsi yang terdiri dari ayah, ibu, anak dan saudara yang tinggal dalam satu rumah yang saling berbagi

dalam hal ekonomi dan mempunyai suatu komitmen serta menjalankan perannya masing-masing, tidak hanya hanya memperhatikan pertumbuhan fisik tetapi juga memelihara pertumbuhan psikososial anggota keluarganya.

2.1.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga di definisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. fungsi-fungsi dasar keluarga untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota individu keluarga dan masyarakat yang lebih luas (Friedman, 1998). Fungsi keluarga sangat penting dalam menjalan kehidupan berkeluarga. Jika ada salah satu fungsi yang tidak berjalan dengan baik akan mempengaruhi fungsi-fungsi lainnya.

Lima fungsi keluarga yang paling berhubungan erat saat mengkaji dan mengintervensi keluarga menurut Friedman (1998) adalah:

2.1.2.1 Fungsi Afektif

Menurut Duvall(1977, dalam Friedman, 1998) kebahagiaan di ukur dengan kekuatan dan cinta kasih keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan-kebutuhan afeksi atau kasih sayang dari anggotanya karena respon afektif dari seorang anggota keluarga memberikan penghargaan terhadap kehidupannya. Peran sebagai orang tua, fungsi ini berkaitan dengan persepsi keluarga dan perhatian terhadap kebutuhan-kebutuhan sosio-emosional para anggota keluarga, meliputi pengurangan tekanan dan penjagaan terhadap moral.

Pada keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke peran ini sangat penting dalam memberikan perawatan, perhatian dan kasih sayang yang diberikan keluarga akan sangat membantu dalam proses penyembuhan secara psikologis yang juga akan berpengaruh kepada fisik. Jika ada anggota keluarga yang sakit diharapkan anggota keluarga yang lain memberikan perhatian dan kasih sayang kepada yang sakit, bila anggota keluarga yang

sehat tidak dapat menjalankan fungsi ini tentu akan berpengaruh terhadap masalah psikososial keluarga seperti ansietas dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke.

2.1.2.2 Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi anggota keluarga merupakan syarat fungsional silang budaya bagi keberlangsung masyarakat (Lislie & Korman, 1989, dalam Friedman, 1998). Fungsi ini menyatakan begitu banyak pengalaman belajar yang ada dalam keluarga dengan tujuan untuk mengajarkan anak-anak dapat berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa seperti suami-ayah dan istri-ibu. Dengan kata lain fungsi sosialisasi ini membuat anggota keluarga menjadi anggota masyarakat yang produktif, dan sebagai penganugerahan status anggota keluarga.

Keluarga dengan anggotanya yang mengalami penyakit stroke tentu akan mengalami masalah dalam peran ini. Penyakit stroke dapat menimbulkan kecacatan bagi penderitanya misalnya ketidakmampuan bicara, kelemahan dan kelumpuhan, hal ini tentu membuat anggota yang sakit stroke ini tidak dapat bersosialisasi karena keterbatasan tersebut. Lamanya waktu perawatan serta dampak dari penyakit stroke ini tentu akan membuat keluarga tidak banyak waktu untuk bersosialisasi dengan orang-orang disekitarnya akibat waktu yang digunakan tersita oleh perawatan yang diberikan kepada anggota yang sakit, sehingga fungsi sosialisasi menjadi menurun.

2.1.2.3 Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi ini adalah untuk menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat yaitu menyediakan tenaga kerja bagi masyarakat (Lislie & Korman, 1989, dalam

Friedman, 1998). Penyakit stroke dapat menyebabkan kelumpuhan termasuk kemampuan untuk berproduksi. Kelumpuhan pada alat reproduksi yang terjadi pada seorang suami yang diharapkan dapat memberikan keturunan tentu akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam meneruskan keturunan. Sehingga bila hal ini terjadi tentu fungsi ini akan terganggu.

2.1.2.4 Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi tersedianya sumber-sumber dari keluarga secara cukup-finansial, ruang gerak dan materi dan pengalokasian sumber-sumber tersebut yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman, 1998). Penyakit stroke tentu akan menguras ekonomi keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit. Jika seorang suami atau ayah yang berfungsi sebagai tulang punggung keluarga dan pencari nafkah yang menderita stroke maka pendapatan keluarga akan berkurang sehingga peran ini akan digantikan oleh anggota keluarga yang lain, sehingga ini akan menimbulkan beban bagi keluarga. Keluarga dapat memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia dalam anggota keluarganya agar fungsi ekonomi ini dapat berjalan dengan baik.

2.1.2.5 Fungsi-Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi-fungsi fisik keluarga di penuhi oleh orang tua dengan menyediakan pangan, papan, sandang dan perlindungan terhadap bahaya. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi keluarga bagi perawatan keluarga (Friedman, 1998).

Anggota keluarga yang sakit stroke tentu membutuhkan anggota keluarga yang lain untuk merawatnya. Anggota keluarga membutuhkan informasi dan pengetahuan tentang penyakit stroke dalam merawat anggotanya, karena tanpa pengetahuan yang cukup dalam merawat anggota yang menderita stroke tentu akan menyulitkan dalam memberikan perawatan.

Keluarga dapat memberikan perawatan kesehatan kepada anggotanya yang sakit dengan membawa ke tempat-tempat fasilitas kesehatan untuk perawatan maupun rehabilitasi. Perawatan kesehatan ini dapat dilakukan oleh semua anggota keluarga secara bergiliran agar selain fungsi ini dapat berjalan baik tentu saja hal ini akan mengurangi beban bagi keluarga.

Selain dari fungsi perawatan kesehatan, ada faktor lain yang mempengaruhi kesehatan keluarga. Menurut Notoatmodjo (2003) faktor umur, jenis kelamin, kelas sosial, pekerjaan, jenis pekerjaan, penghasilan, etnis atau budaya, status perkawinan, besar keluarga, struktur keluar dan paritas keluarga dapat mempengaruhi kesehatan dalam keluarga, baik kesehatan fisik maupun kesehatan mental

Menurut Gilliss et.al (1998); Wrigh dan Leahey (1984, dalam Friedman 1998) suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya mempengaruhi jalannya suatu penyakit dan status kesehatan anggotanya. Keterlibatan keluarga dalam setiap perawatan kesehatan anggota keluarganya yang stroke sangat penting. Friedman (1992, dalam Nies & Mc.Ewen, 2001) mengemukakan enam alasan pemberdayaan keluarga, yaitu: bila salah satu unit keluarga mengalami disfungsi maka berdampak pada anggota dan seluruh keluarga, potensi keluarga tergantung dari peran keluarga dalam setiap aspek perawatan keluarga secara preventif dan rehabilitasi, potensi dapat ditingkatkan melalui perawatan dan mengurangi risiko pada lingkungan dan gaya hidup dengan cara promosi kesehatan, *self care*, pendidikan kesehatan,

dan konseling keluarga, diskusi tentang penyakit atau faktor risiko untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah, fungsi individu yang optimal hanya dapat tercapai bila mendapatkan bantuan dari sebagian besar keluarga; dan (6) keluarga merupakan sistem pendukung utama.

Menurut Mohr (2006) ada lima peran dalam keluarga adalah memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga, membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga secara aktif, memenuhi tugas dengan distribusi yang merata dalam keluarga, menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas, meningkatkan kesehatan personal. Keluarga yang anggotanya menderita stroke tentu akan mengalami ansietas dan beban akibat dari penyakit yang diderita oleh anggotanya. Keluarga dapat bekerja sama antara anggotanya dalam menjalankan perannya masing-masing, bila peran dalam keluarga apat berjalan dengan baik tentu fungsi keluarga dapat juga berjalan dengan baik karena sistem dalam keluarga akan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya dan saling ketergantungan.

2.1.3 Karakteristik Sistem Keluarga

Keluarga merupakan satu kesatuan unit yang tidak terpisahkan antara anggota keluarga yang satu dengan anggota yang lainnya. Untuk menyatukan unit keluarga dibutuhkan suatu sistem yang mengatur kehidupan keluarga yaitu sistem keluarga.

Sistem keluarga adalah kelompok orang yang saling ketergantungan bersama-sama didalamnya membentuk unit yang saling dikenal (Murray & Huelskoetter, 1995). Adapun karakteristik dari sistem keluarga ini adalah:

2.1.3.1 Unit yang saling ketergantungan (*Interdependent*)

Dasar dari saling ketergantungan dalam keluarga adalah anggota individu yang ada dalam sistem keluarga. Perubahan satu orang dalam kehidupan akan mempengaruhi keluarga yang lain,

misalnya jika ada satu anggota yang sakit fisik atau gangguan emosi maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Perubahan dalam anggota keluarga berhubungan dengan kelahiran, perceraian, kematian, hospitalisasi, pindah rumah, pernikahan yang semuanya akan mempengaruhi keseimbangan dalam sebuah sistem.

Dengan adanya perubahan dalam keluarga dapat menyebabkan kekacauan dan ketidak seimbangan dalam keluarga, keseimbangan dalam keluarga dapat dijalanakan dengan menggunakan kekuatan yang ada dalam keluarga dan saling bertukar informasi dalam keluarga. Dengan adanya anggota keluarga yang mengalami penyakit fisik seperti stroke akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga yang lain. Keluarga diharapkan untuk saling memberikan kekuatan antara anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya dan saling memberikan informasi dalam keluarga agar sistem dalam keluarga dapat berjalan dengan baik.

2.1.3.2 Lingkungan

Lingkungan merupakan sebuah sistem dalam keluarga. Lingkungan keluarga terbagi dua yaitu internal dan eksternal. Lingkungan internal terdiri dari fisik dan sosial yang terbatas pada keluarga, kualitasnya dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti hubungan perkawinan, kekuatan yang dimiliki, kedekatan anggota keluarga, komunikasi, kemampuan menyelesaikan masalah, bebas mengungkapkan perasaan, kemampuan untuk menerima kehilangan, nilai-nilai keluarga, tingkat intimasi dan otonomi anggota keluarga. Sedangkan lingkungan eksternal terdiri fisik dan sosial diluar unit keluarga seperti tempat ibadah, tetangga, keluarga besar, sekolah, teman, pekerjaan, sistem perawatan kesehatan, sistem politik dan rekreasi. Sistem internal dan eksternal dari

keluarga ini tentu akan berpengaruh pada seluruh anggota keluarga. Tidak adanya keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal akan mengganggu fungsi dari keluarga.

Keluarga yang anggotanya mengalami stroke tentu akan berdampak pada lingkungan internal dan eksternal keluarga, lamanya penyakit dan perawatan akan mempengaruhi lingkungan sekitarnya seperti waktu untuk bersosialisasi dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan luar yang ada diluar keluarga seperti teman, tetangga, ibadah dan yang lainnya. Keluarga perlu membagi peran dalam mengatasi masalah ini agar keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal dapat berjalan dengan baik.

2.1.3.3 Batasan

Setiap sistem memiliki sebuah batas dan membatasi sistem dengan lingkungannya. Menurut Auger (1976, dalam Friedman 1998) sebuah batas dapat didefinisikan sebagai garis terbuka yang membentuk sebuah lingkaran sekitar sistem dimana terdapat pertukaran energi yang lebih besar dalam lingkaran tersebut daripada diluar. Jadi prinsipnya didalam unit keluarga terdiri dari satu sistem yang ada dalam keluarga yang saling memberikan kekuatan kepada anggota keluarga yang lain.

Menurut Fontaine (2003) batasan dalam keluarga adalah suatu batasan atau rambu-rambu yang dimiliki oleh keluarga yang boleh dilakukan oleh anggota keluarga diluar sistem keluarga. Batasan keluarga ini tergantung dari pola yang diinginkan oleh keluarga seperti bagaimana bertindak, kapan harus bertindak dan dengan siapa anggota keluarga berhubungan. Batasan keluarga ini dapat terbagi dalam subsistem diantaranya adalah sebagai pasangan, orang tua dan saudara kandung yang lain.

Keluarga yang anggotanya menderita stroke tentu tentu akan mempengaruhi anggota keluarganya yang lain. Anggota keluarga lain yang sehat perlu saling mendukung dan saling memberi kekuatan agar sistem keluarga dapat berjalan dengan baik. pertukaran energi yang kuat dalam keluarga tentu akan mempekuat sistem yang ada dalam keluarg dan ini akan mengurangi aspek psikososial yang dapat ditimbulkan seperti ansietas dan beban akan menjadi lebih riangan.

2.1.3.4 Komunikasi

Komunikasi adalah inteaksi verbal dan nonverbal diantara anggota keluarga yang saling membutuhkan untuk memberi dan menerima informasi serta memberikan kekuatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam keluarga adalah tingkat kemampuan keluarga dalam menyampaikan sesuatu atau berkata-kata dengan baik, bagaimana anggota memberikan respon pada individu yang mengungkapkan perasaannya, memberikan ide dan tindakan yang konstruktif dan cara anggota menyampaikan pesan verbal dan nonverbal kepada seluruh anggota keluarganya dengan baik, spontan, dan mengizinkan anggota keluarganya untuk berbicara pada anggota keluarganya sendiri.

Menurut Fontaine (2003) komunikasi keluarga diukur dari kemampuan kelompok keluarga menjadi pendengar yang baik, bicara dengan baik, menjaga sikap dan mengikuti pembicaraan dengan baik. Menjadi pendengar yang baik seperti bersikap empati dan penuh perhatian, kemampuan bicara yang baik termasuk terhadap diri sendiri maupun pada semua anggota keluarga, sikap terhadap diri sendiri adalah kemampuan untuk berbagi atau mengepresikan perasaan pada diri sendiri maupun saat berhubungan dengan anggota keluarga yang lain dan mengikuti

pembicaraan dengan baik yaitu kemampuan untuk tetap mengikuti topic pembicaraan sampai selesai.

Keluarga yang mempunyai anggotanya sakit fisik seperti stroke yang dirawat dirumah sakit mempunyai komunikasi yang terbuka antara anggota keluarganya, ini dilakukan agar adanya keterbukaan dalam anggota keluarga dalam menghadapi masalah untuk mengurangi beban yang ada dalam keluarga. Seluruh anggota keluarga dapat mengetahui apa yang terjadi pada anggotanya yang sakit dan keluarga mencari solusi untuk menghadapi masalah tersebut agar tidak fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik. Anggota keluarga yang lain juga mampu untuk menjadi pembicara yang baik, pendengar yang baik dapat menjaga sikap dan terfokus pada masalah yang dihadapi seluruh keluarga agar komunikasi dapat keluarga dapat berjalan dengan baik.

2.1.3.5 Pembagian Tugas atau Peran

Peran merupakan sesuatu untuk mencapai hal yang diinginkan, tujuan, kepercayaan, perasaan, sikap, dan tindakan dari anggota keluarga mengekspresikan sesuatu didalam keluarganya. Peran tergantung dari norma sosialkultural yang dimiliki sesuai dengan tingkatannya. Peran dapat berubah dan berkembang atau beradaptasi seperti pertumbuhan dan perkembangannya, krisis atau kebutuhan kesehatan yang diinginkan. Prinsipnya peran dalam keluarga tergantung kebutuhan anggota keluarganya dan disesuaikan dengan keadaan dalam suatu keluarga.

Pada anggota keluarga yang sakit stroke membutuhkan biaya dan perawatan yang cukup lama. Keluarga dapat membagi perannya masing-masing untuk meringankan beban yang dihadapi keluarga, ringannya beban yang terjadi dalam keluarga tentu aspek psikososial lain seperti ansietas dapat dikurangi dalam keluarga.

2.1.3.6 Organisasi Keluarga

Organisasi keluarga memerlukan struktur, fungsi dan tujuan. Keluarga tidak bersifat statis tetapi dinamis, beradaptasi terus menerus dan berkembang terus untuk menjalankan struktur dan fungsinya. Pola hubungan dalam keluarga menentukan tingkat mana keluarga akan menyelesaikan dua tujuan atau tugas utama.

Mekanisme adaptasi digunakan oleh seluruh anggota keluarga untuk memelihara keseimbangan dalam mencapai tujuan yang optimal dan kemampuan dalam menghadapi stress dan krisis. Mekanisme adaptasi ini tergantung dari keterampilan keluarga dalam berkomunikasi, kontribusi individu dalam mensejahterakan anggota keluarga, memberikan perawatan, respek dan cinta pada keluarga, menghadapi berbagai macam stress, pola respon keluarga terhadap stressor internal dan eksternal, berbagai kemampuan dan dukungan atau sumber yang tersedia untuk keluarga.

Keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke dapat mengatur kehidupan anggota keluarganya yang lain agar dapat berjalan dengan baik. Waktu dan biaya yang dibutuhkan oleh anggota keluarga yang sakit stroke tentu akan berpengaruh terhadap sistem dalam kehidupan keluarga yang lain. Proses adaptasi keluarga menerima anggota yang sakit tentu membutuhkan waktu. Setiap anggota keluarga yang lain perlu saling mendukung agar dapat menerima dan beradaptasi dengan stressor yang timbul dari internal maupun eksternal keluarga untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga.

2.2 Dampak Penyakit Stroke

Stroke merupakan penyakit yang datangnya tiba-tiba tanpa diketahui kapan akan terjadi. Kejadian yang tiba-tiba ini tentu akan berpengaruh terhadap individu dan keluarganya. Ketidaksiapan keluarga terjadi karena ketidak

tahuan keluarga tentang penyakit yang berdampak pada kelumpuhan anggota keluarga tentu membutuhkan perawatan khusus untuk mengembalikan kefungsi semula, ini akan berdampak pada aspek psikososial keluarga seperti ansietas pada keluarga, bertambahnya beban keluarga dan terganggunya fungsi keluarga. Untuk lebih jelas akan dijabarkan dampak stroke terhadap individu dan keluarga dibawah ini.

2.2.1 Dampak terhadap individu yang sakit

Stroke merupakan penyakit yang akut dan datangnya secara tiba-tiba tanpa diketahui sebelumnya. Individu yang mengalami stroke tentu tidak menduga dampak yang akan ditimbulkan seperti mengalami kelumpuhan pada anggota fisik tertentu yang terkena. Menurut Idris (2004) stroke dapat berlanjut kepada depresi, hal ini disebabkan kondisi fisik yang sebelumnya sehat tiba-tiba mengalami kelumpuhan dan menyebabkan terganggunya bagian fisik tertentu sehingga menyebabkan tidak mampu melakukan sesuatu secara mandiri dan tergantung kepada orang lain. Murray dan Huelskoetter (1995) juga mengatakan rata-rata pasien yang dirawat di rumah sakit umum mengalami ansietas non psikotik 30-50 %.

Untuk mengetahui lebih jelas tentang stroke, dan dampaknya dibawah ini akan dijelaskan tentang penyakit stroke dari pengertian sampai dengan penatalaksanaan.

2.2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah kebagian otak (Boughman & Hackley, 2000). Menurut Black dan Hawks (2005) “stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke suatu bagian otak”. Stroke termasuk penyakit *serebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi

karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Medicastore, 2009). Jadi pada dasarnya stroke merupakan penyakit yang dapat menyebabkan kehilangan fungsi otak yang tiba-tiba yang disebabkan oleh gangguan aliran keotak

2.2.1.2 Klasifikasi stroke

Stroke diklasifikasi menurut patologi dari serangan stroke meliputi:

- a. Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan karena trauma kapitis, disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapilier (Djoenaidi Widjaja, dkk,1994 dalam Arif Muttaqin,2008). Perdarahan ini bisa terjadi diserebri atau subaraknoid, dan dapat terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun dapat juga terjadi saat istirahat. Jadi stroke hemoragik ini berbahaya sekali apabila tidak ditangani dengan cepat dan benar karena kerusakan otak yang terjadi akibat perdarahan dapat menyebabkan kerusakan otak yang cukup berat bahkan dapat menyebabkan kematian.
- b. Stroke non hemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebri, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari, tidak terjadi perdarah namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan dapat menimbulkan edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

2.2.1.3 Penyebab

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) stroke biasanya disebabkan dari salah satu dari empat kejadian yaitu:

- a. Trombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher).
- b. Emboli serebral (bekuan darah atau matrial lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain).
- c. Iskemia (penurunan aliran darah ke arae otak).
- d. Hemoragi serebral atau pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruangan sekitar otak.

2.2.1.4 Tanda Dan Gejala

Perkembangan penyakit biasanya (tetapi tidak selalu) diselingi dengan periode stabil, dimana perluasan jaringan yang mati berhenti sementara atau terjadi beberapa perbaikan. Gejala stroke yang muncul tergantung dari bagian otak yang terkena. Adapun gejala adalah sebagai berikut, (Medicastrore, 2009)

- a. Kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- b. Hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran, penglihatan ganda, pusing, bicara tidak jelas (*rero*).
- c. Sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- d. Tidak mampu mengenali bagian dari tubuh.
- e. Pergerakan yang tidak biasa.
- f. Hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.
- g. Ketidakseimbangan dan terjatuh dan pingsan.

2.2.1.5 Penatalaksanaan Pasien Dengan Stroke

a. Fase Akut

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Dengan mempertahankan jalan nafas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini. Adapun tindakan yang dilakukan pada fase akut ini adalah pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup

dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang, untuk abnormalitas dalam Intubasi endotrakeal dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernapasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini, pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflek jalan napas, immobilitas atau hipoventilasi. Jantung diperiksa ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

b. Fase Subakut

Fase kedua ini juga sering disebut fase pemulihan. Umumnya berlangsung mulai 2 minggu sampai 6 bulan setelah stroke. Pada fase ini intervensi rehabilitasi medik dilakukan untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi otak. Terapi yang diberikan antara lain latihan keseimbangan dan ketahanan duduk, berdiri dinamik hingga berjalan dengan maupun tanpa alat bantu, latihan pola jalan yang benar, latihan naik turun tangga, terapi latihan perawatan diri dan aktivitas sehari-hari (Seputar Indonesia, 2009).

c. Fase Lanjut

Fase terakhir umumnya terjadi setelah enam bulan pascastroke, dimana rehabilitasi medik dititikberatkan pada pengoptimalan kemampuan fungsional yang ada. Tujuan dari rehabilitasi ini untuk mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai penderita stroke dan upaya pencegahan komplikasi, dimana peran lingkungan dan keluarga ditingkatkan (Seputar Indonesia, 2009).

d. Tindakan Medis

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3-5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler (Smeltzer & Bare, 2002).

2.2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera. Hipoksia serebral dapat diminimalkan dengan memberikan oksigenasi darah yang adekuat ke otak. Tekanan darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung dan integritas pembuluh darah serebral. Sedangkan emboli serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik (Smeltzer & Bare, 2002).

Dengan melihat dampak yang ditimbulkan penyakit stroke terhadap individu seperti kejadian yang tiba-tiba dan kelumpuhan yang terjadi akibat kerusakan otak tentu menyebabkan individu yang terkena stroke akan sangat ketergantungan kepada anggota keluarganya yang lain. Keluarga sebagai pemberi perawatan tentu membutuhkan waktu dan biaya untuk individu yang sakit stroke. Lamanya perawatan yang dibutuhkan akan menyebabkan kecemasan dan beban bagi keluarga.

2.2.2 Dampak stroke terhadap keluarga

Individu dalam keluarga yang mengalami stroke dan dirawat di rumah sakit tentu membutuhkan waktu dan biaya perawatan yang tidak sedikit. Dampak ini akan berpengaruh kepada keluarga yang akan memberikan perawatan kepada anggotanya yang mengalami stroke.

Menurut Gilliss et.all (1989, dalam Friedman, 1998) status sehat sakitnya anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lainnya. Penyakit dalam keluarga akan mempengaruhi seluruh keluarga.

Keluarga yang anggotanya mengalami stroke dan dirawat di rumah sakit akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga yang lain. Dirawatnya anggota keluarga tentu anggota keluarga yang lain akan mencurahkan segala perhatian kepada anggotanya yang sakit. Perlunya perawatan stroke dalam jangka waktu yang cukup lama tentu akan berpengaruh terhadap aspek psikososial keluarga seperti ansietas, beban dan fungsi keluarga. Aspek psikososial ini akan dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

2.2.2.1 Ansietas

a. Pengertian Ansietas

Ansietas adalah suatu keresahan, perasaan ketidaknyamanan yang tidak mudah atau *dread* yang disertai respon autonomis individu, perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya (Wilkinson, 2007). Sedangkan menurut *Community mental health Nursing* (2006) ansietas juga adalah perasaan was-was, kuatir, atau tidak nyaman seakan-akan terjadi sesuatu yang dirasakan sebagai ancaman. Ansietas berbeda dengan rasa takut, takut merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya, sementara ansietas adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut.

Dari kedua pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa ansietas merupakan perasaan was-was atau tidak nyaman terhadap sesuatu yang dirasakan terhadap adanya suatu bahaya yang mengancam. Ansietas yang dirasakan oleh keluarga dengan anggotanya menderita stroke saat dirawat

dirumah sakit umum disebabkan oleh takut kehilangan anggota keluarga, ketidak tahuan keluarga tentang proses penyakit dan biaya yang dibutuhkan dalam perawatan pasien.

b. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Ansietas

Menurut (Kaplan & Sadock, 1998) serta (Tarwoto & Wartonah, 2003), faktor yang mempengaruhi dengan ansietas terdiri dari Potensi stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang lain perlu mengadakan adaptasi atau menanggulangi stresor yang timbul sesuai dengan berat ringannya stres. Stresor dalam kehidupan misalnya perkawinan, pekerjaan baru, ujian dan ketakutan. Jika coping individu tidak adekuat maka akan menimbulkan depresi, menarik diri, dan ansietas. Maturitas (pematangan), stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan maturitas (pematangan). Individu yang matang yaitu yang memiliki kematangan kepribadian sehingga akan lebih sukar mengalami gangguan akibat stres, sebab individu yang matang mempunyai daya adaptasi yang besar terhadap stresor yang timbul sebaliknya individu yang berkepribadian tidak matang yaitu yang tergantung pada peka terhadap rangsangan sehingga sangat mudah mengalami gangguan akibat adanya stres.

Faktor lain adalah status pendidikan. Status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan ansietas, klien

dengan pendidikan akan lebih mampu mengatasi, menggunakan coping efektif dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung seusia hidup. Kemudian keadaan fisik, individu yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit badan, operasi, aborsi, cacat badan lebih mudah mengalami stres. Disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik juga lebih mudah mengalami stres. Menurut Stuart dan Laraia (2005) gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang, ancaman tersebut dapat berupa ancaman internal dan eksternal.

Tipe kepribadian merupakan faktor lain yang mempengaruhi ansietas. Orang dengan kepribadian tipe A lebih mudah mengalami gangguan akibat adanya stres daripada orang dengan kepribadian tipe B. Adapun ciri-ciri orang dengan kepribadian tipe A adalah tidak sabar, kompetitif, ambisius, ingin serba sempurna, merasa diburu – buru waktu, sangat setia (berlebihan) terhadap pekerjaan, agresif, mudah gelisah, tidak terdapat tenang dan diam, mudah bermusuhan, mudah tersinggung, otot – otot mudah mudah tegang. Sedangkan orang dengan kepribadian tipe B, mempunyai ciri – ciri yang berlawanan dengan orang kepribadian tipe A.

Sosial budaya merupakan cara hidup orang di masyarakat juga sangat mempengaruhi pada timbulnya stres. Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres. Demikian juga status ekonomi akan

mempengaruhi timbulnya stres. Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Seseorang yang mempunyai pekerjaan yang penting dan memerlukan aktifitas, maka akan merasa sangat terganggu apabila kehilangan kegiatan pekerjaan, hal ini penyebab timbulnya ansietas dan akan mempengaruhi perannya dimasyarakat.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) seseorang yang mengalami putus hubungan kerja atau diberhentikan dari suatu pekerjaan mengakibatkan status ekonomi menurun, hal ini akan menyebabkan seseorang mengalami ansietas. Demikian juga dengan seseorang yang fungsi integralnya terganggu dapat mencetuskan ansietas.

Lingkungan atau situasi juga faktor yang mempengaruhi ansietas. Orang yang berada di tempat yang dirasakan asing ternyata lebih mudah mengalami stres. Sedangkan faktor yang lain seperti umur. Ada yang berpendapat bahwa faktor umur muda lebih mudah mengalami stres daripada umur tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya. Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih mudah percaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Makin tua usia seseorang makin konstruktif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi. Jenis kelamin wanita umumnya lebih mudah mengalami stres, tetapi umur wanita lebih tinggi daripada pria.

c. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala dari ansietas tergantung dari tingkat ansietas yang dialami seseorang. Menurut Peplau (1952, dalam Videbeck 2008) ada empat tingkat ansietas yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Pada ansietas ini terdapat respon fisik, kognitif dan emosional.

Adapun tanda dan gejala ansietas terdiri dari ansietas ringan yang pada respon fisik menunjukkan ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah dan penuh perhatian serta rajin. Pada respon kognitif menunjukkan lapangan persepsi luas dan lebih tenang dan respon emosional yang ditunjukkan perilaku otomatis dan sedikit tidak sabar. Pada ansietas tingkat ini individu menjadi lebih kreatif. (Videbeck, 2008). Pada ansietas sedang, tingkat ini individu berfokus pada satu hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Pada tingkat ini lapangan persepsi seseorang menjadi menurun, mulai berkeringat, sering mondar mandir, tanda-tanda vital meningkat, focus terhadap stimulus meningkat, merasa tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah dan tidak sabar (Videbeck, 2008).

Tanda dan gejala untuk ansietas berat, lapangan persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, individu sulit untuk berfikir, kontak mata buruk, ketegangan otot berat, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu menyelesaikan informasi, agitasi, takut dan bingung (Videbeck, 2008). Kemudian untuk ansietas sangat berat atau panik ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, lapangan persepsi

sangat sempit, tidak bisa berfikir logis, tidak dapat menyelesaikan masalah, merasa terbebani dan tidak mampu, lepas kendali, putus asa (Videbeck,2008). Menurut Stuart dan Laraia (2005) dan Hamilton Anxiety Scale (1959, dalam Anxietyhelp, 2009) gejala fisik yang terlihat seperti palpitasi, nyeri dada, mual, muntah, ketakutan kehilangan kontrol, paratesia, tubuh merasa panas dingin.

Pada tabel 2.1. respon dan tingkat kecemasan yang terjadi pada keluarga sebagai dampak dari anggota keluarga mengalami penyakit fisik atau stroke akan dijelaskan setiap respon yang muncul sesuai dengan tingkat ansietas.

Tabel Tingkat respon ansietas

Tingkat Ansietas	Ringan	Sedang	Berat	Panik
Fisiologis				
TTV				
Tekanan darah	Tekanan darah tidak ada perubahan	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat	Tekanan darah meningkat kemudian menurun
Nadi	Nadi tidak ada perubahan	Nadi cepat	Nadi cepat	Nadi cepat kemudian lambat
Pernafasan	Pernafasan tidak ada perubahan	Pernafasan meningkat	Nadi cepat Pernafasan meningkat	Pernafasan cepat dan dangkal
Ketegangan otot	Rileks	Wajah tampak tegang	Rahang menegang Menggertakan gigi	Wajah menyeringai Mulut terngangai
Pola makan	Masih ada nafsu makan	Meningkat atau menurun	Kehilangan nafsu makan	Mual atau muntah
Pola tidur	Pola tidur teratur	Sulit untuk mengawali tidur	Sering terjaga	Insomnia Mimpi buruk
Pola eliminasi	Pola eliminasi teratur	Frekuensi BAK dan BAB	Frekuensi dan BAB	Retensi urin Konstipasi

		meningkat	meningkat	
Kulit	Tidak ada keluhan	Mulai brkeringat Akral dingin dan pucat	Keringat berlebihan	Keringat berlebihan Kulit teraba panas dingin
Kognitif				
Fokus perhatian	Cepat berespon terhadap stimulus	Fokus pada hal yang penting	Fokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik	Fokus perhatian terpecah
Proses belajar	Motivasi belajar tinggi	Perlu arahan	Perlu banyak arahan	Tidak bisa berfikir
Proses pikir	Pikiran logis	Perhatian menurun	Egosentris	Halusinasi Waham Ilusi
Orientasi	Baik	Ingatan menurun	Pelupa	Disorientasi waktu, orang dan tempat
Perilaku				
Motorik		Gerakan mulai tidak terarah	Agitasi	Aktivitas motorik kasar meningkat
Komunikasi	Inkoheren	Koheren	Bicara cepat	Inkoheren
Produktivitas	Kreatif	Menurun	Bicara cepat	Tidak produktif
Interaksi sosial	Memerlukan orang lain	Memerlukan orang lain	Interaksi sosial berkurang	Menarik diri
Emosional				
Konsep diri	Ideal diri tinggi	Tidak percaya diri	Merasa bersalah	Putus asa
Penguasaan diri	Tergesa-gesa	Tidak sabar	Bingung	Lepas kendali

Modifikasi dari Hamilton (1959), Stuart dan Lania (2005) dan Videbeck (2008)

2.2.2.2 Beban Keluarga

Menurut badan kesehatan dunia (WHO,2008) beban keluarga pertama kali dicetuskan pada tahun 1960 dan diidentifikasi menjadi dua yaitu beban subjektif dan beban objektif yang berhubungan dengan masyarakat yang mengalami penyakit mental yang lama.

a. Beban Objektif

Beban objektif berhubungan dengan masalah yang dialami oleh anggota keluarga, kekacauan hubungan keluarga, pembatasan sosial, pekerjaan dan waktu luang, kesulitan finansial atau keuangan dan berdampak negatif terhadap kesehatan fisik orang tersebut.

Keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke dan dirawat di rumah sakit memerlukan biaya dan waktu yang cukup lama dalam merawat anggota keluarganya. Dampak dari waktu yang lama dalam perawatan akan membutuhkan tenaga anggota keluarga yang lain dalam merawat anggotanya yang sakit dan ini akan berpengaruh terhadap kehidupan sosial keluarga dengan lingkungan sekitarnya, dan waktu produktif keluarga juga bisa terganggu karena waktu yang seharusnya untuk berkerja dapat berkurang atau terganggu karena terpakai untuk merawat anggotanya yang sakit.

Biaya yang dikeluarkan untuk perawatan tentu menjadi beban bagi keluarga. Keuangan keluarga akan keluarga lebih banyak dari biasanya untuk digunakan biaya pengobatan yang cukup lama.

b. Beban Subjektif

Beban subjektif dideskripsikan sebagai reaksi psikologis yang berhubungan dengan perasaan yang dialaminya seperti perasaan kehilangan, sedih, ansietas dan keadaan memalukan dalam situasi sosial, stress koping dengan perilaku yang kacau dan frustrasi yang disebabkan oleh perubahan hubungan dalam keluarga. Anggota keluarga yang mengalami stroke tentu menimbulkan masalah psikologis keluarga. Keluarga akan merasa takut kehilangan, penyakit yang tidak sembuh dan membutuhkan waktu cukup lama dalam pengobatan tentu akan

menimbulkan ansietas dan kesedihan pada anggota keluarga yang lain. Masalah psikologis ini tentu akan menimbulkan beban tersendiri bagi seluruh anggota keluarga.

Pada prinsipnya beban keluarga yang dirasakan baik objektif maupun subjektif merupakan suatu aspek psikososial yang terjadi pada keluarga yang anggota keluarganya mengalami penyakit baik sakit fisik maupun gangguan mental. Pada penyakit fisik seperti stroke beban yang akan dirasakan oleh keluarga terutama lamanya masa perawatan sehingga membutuhkan waktu dan biaya yang tidak sedikit, kelumpuhan atau kecatatan salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan kehilangan pekerjaan atau menurunnya produktivitas dalam keluarga terutama pada anggota keluarga yang berfungsi sebagai pencari nafkah. Dampak perawatan yang lama dan hilangnya banyak waktu keluarga karena merawat anggota keluarga yang sakit menimbulkan keterbatasan dalam hubungan sosial dengan masyarakat sehingga hal ini merupakan beban tersendiri bagi anggota keluarga.

Menurut Gani (2005) stroke berdampak pada sosial-ekonomi sangat besar dan luas, karena memerlukan biaya tinggi untuk pengobatan dan rehabilitasi. Selain biaya yang dikeluarkan tinggi penyakit ini juga berdampak menurunnya produktivitas karena cenderung menyerang orang dewasa muda sebagai pencari nafkah. Besarnya biaya yang dikeluarkan akan mempengaruhi sistem dan fungsi keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke. Anggaran belanja keluarga akan bertambah dan produktivitas keluarga akan menurun.

2.3 Pelayanan Aspek Psikososial di Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarga yang mengalami masalah fisik, sehingga cenderung pelayanan yang

diberikan hanya berfokus pada masalah fisik saja tanpa memperhatikan masalah psikososial sebagai dampak dari penyakit. Manusia merupakan makhluk yang holistik terdiri dari biopsikososial spritual yang tidak dapat dipisahkan. Sakit fisik yang dirasakan oleh pasien tentu akan berdampak kepada anggota keluarganya.

Dampak dari anggota yang sakit stroke akan menimbulkan masalah psikososial pada anggota keluarganya seperti ansietas karena ketidak tahuan tentang pengobatan, takut kehilangan serta menimbulkan beban pada keluarga baik secara fisik maupun mental. Untuk mengatasi masalah psikososial yang dialami keluarga yang anggotanya menderita stroke yang dirawat di rumah sakit perlu manajemen yang tepat untuk mengatasinya. Saat ini di negara-negara maju sudah menerapkan konsultan psikiatrik keperawatan untuk mengatasi masalah pasien dan keluarga sebagai dampak dari penyakit fisik di rumah sakit umum.

Psychiatric Consultant-Liasison Nursing (PCLN) pertama kali berkembang di Amerika pada tahun 1930 dan baru di terapkan di rumah sakit umum-pertama kali tahun 1960 (Jones,1989). *Psychiaric Consultant-Liasison Nursing* dilakukan untuk merespon peningkatan penghargaan yang penting dalam hubungan psikopsiologi yang berdampak pada penyakit fisik, proses penyembuhan dan sehat (Minarik & Neese, 2002 dalam Frisch & Frisch 2006). Program ini merupakan salah satu model terbaru dari subspesialis untuk memberikan konsultasi yang berada pada bukan berada di unit psikiatri melainkan dilakukan pada rumah sakit umum, dimana pasien mempunyai masalah dengan fisik dan psikologi.

Liaison Psichiatri adalah sebuah studi tentang perasaan takut yang ditimbulkan akibat diagnosis, pengobatan yang disebabkan oleh penyakit fisik untuk mencegah terjadinya masalah psikologis dan penyakit mental akibat dari penyakit fisik(Pasnau, 1982, dalam Frisch & Frisch, 2006). Dalam buku klasik digambarkan khusus ditahun 1980, Lewis dan Levy (1982 dalam Frisch &

Frisch 2006) tujuan dari *Psychiatric Liasison Nursing* adalah untuk mendemonstrasikan dan mengajarkan konsep kesehatan mental dan mengaplikasikan dalam praktek.

Psychiatric Consultant-Liasison Nursing dapat dilakukan di rumah sakit umum berdasarkan kerja sama staff keperawatan sehingga membentuk tim yang menangani aspek psikososial yang dialami baik oleh pasien maupun keluarga. Pada keluarga yang anggotanya mengalami stroke tentu akan menimbulkan aspek psikososial seperti ansietas, beban dan disfungsi keluarga. Perawatan yang lama dan sedikitnya pengetahuan tentang penyakit stroke tentu akan menimbulkan ansietas pada keluarga, beban yang dirasakan akan bertambah dan akan mengganggu sistem dalam keluarga yang berdampak pada tidak berfungsinya keluarga dengan baik. Psikoterapi yang dapat dilakukan dapat berupakan terapi individu maupun terapi keluarga. Pada keluarga yang anggotanya mengalami stroke tentu akan mengalami aspek psikososial akibat penyakit yang diderita anggotanya. Banyak terapi keluarga yang dapat dilakukan misalnya terapi triangle, terapi sistem keluarga, terapi fungsi keluarga dan psikoedukasi keluarga. Semua terapi ini dapat diterapkan sesuai dengan masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga.

Terapi psikoedukasi diberikan pada keluarga untuk meringankan masalah psikososial yang dialami. Menurut Stuart dan Laraja (2005) program psikoedukasi keluarga meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga cara merawat dalam membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan. Dalam Minddisorders. com (2009) dengan pemberian terapi psikoedukasi keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya. Walaupun fokus dari terapi ini adalah kelompok psikoedukasi keluarga, tapi pada prinsipnya tujuan dari terapi ini adalah memberikan perasaan sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga.

2.4 Tindakan Keperawatan untuk mengatasi Aspek Psikososial

2.4.1 Diagnosa untuk Keluarga

2.4.1.1 Diagnosa keperawatan untuk ansietas

Tujuan dari diagnosa ini adalah untuk mengurangi ansietas dibuktikan dengan menunjukkan kontrol agresi, kontrol ansietas, koping, kontrol impuls, penahanan merusak diri secara kinsisten dan menunjukkan keterampilan interaksi sosial yang efektif. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan berdasarkan NIC (Wilkinson, 2007) adalah:

a. Pendidikan untuk pasien dan keluarga

Kembangkan rencana pengajaran dengan tujuan yang realistis, termasuk kebutuhan untuk pengulangan, dukungan, dan pujian dari tugas-tugas yang telah dipelajari dan sediakan informasi menyangkut diagnosis, perawatan dan prognosis

b. Aktivitas kolaboratif

Berikan pengobatan untuk mengurangi ansietas sesuai kebutuhan

c. Aktivitas lain

Beri dorongan kepada pasien dan keluarga untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan untuk mengekternalisasikan ansietas, bantu pasien dan keluarga untuk memfokuskan pada situasi saat ini, sebagai alat untuk mengidentifikasi mekanisme koping yang dibutuhkan untuk mengurangi ansietas, sediakan pengalihan melalui televisi, radio, permainan untuk mengurangi ansietas dan memperluas fokus, sediakan penguatan yang positif ketika pasien atau keluarga mampu untuk meneruskan aktivitas sehari-hari lainnya meskipun mengalami ansietas, yakinkan untuk menyentuh, memberi empati secara verbal maupun non verbal, dorong untuk mengekspresikan kemarahan dan izinkan untuk menangis, kurangi ransangan yang berlebihan dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Menurut Vacarolis (2006) terapi lanjutan (spesialis) yang dapat diberikan untuk ansietas adalah:

a. Terapi kognitif

Terapi kognitif didasarkan pada keyakinan kesalahan berfikir, mendorong penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain. Selama proses terapis membantu mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang menyebabkan ansietas, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi realistis dan mengganti hal negatif yang telah diungkapkan kepada ide-ide membangun.

b. Terapi perilaku

Videbeck (2007) mengatakan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi gangguan ansietas, terutama jika dikombinasikan dengan terapi farmakologi.

c. Terapi kognitif dan perilaku

Melalui penelitian Mark,dkk (2000) terapi CBT menunjukkan hasil yang efektif dalam mengatasi gangguan cemas, selain terapi interpersonal dan psikodinamik.

d. Logoterapi

Terapi ini berfokus pada masalah-masalah hidup yang berkaitan dengan kebebasan, ketidakkberdayaan, kehilangan, isolasi, kesepian, ansietas dan kematian (Issacs, 2005). Pada terapi logo ini seseorang mencari makna hidup atas kejadian-kejadian yang telah menimpanya.

e. Psikoedukasi

Terapi ini dapat diberikan kepada individu atau keluarga dengan gangguan psikologis, terutama untuk pasien skizoprenia, depresi, ansietas, gangguan jiwa, gangguan makan, gangguan personal dan dapat juga diberikan pada pasien yang menderita penyakit fisik. Psikoedukasi merupakan alat terapi untuk menurunkan faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala perilaku. Terapi ini lebih rinci dijelaskan pada bagian

psikoedukasi keluarga yang menjadi terapi yang digunakan peneliti dalam menurunkan ansietas beban dan fungsi keluarga.

f. *Thought Stopping*

Thought Stopping merupakan proses menghentikan pikiran-pikiran yang tinggal dan mengganggu. Menurut Vacarolis(2006) *Thought Stopping* merupakan teknik penghentian pikiran negatif, dimana klien mengatakan stop keluar dari ide-ide yang muncul. Pengalihan pikiran yang diinginkan di ubah dan memilih alternatif ide positif.

2.4.1.2. Diagnosa keperawatan untuk perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan beban dan fungsi keluarga.

Perubahan proses keluarga merupakan suatu perubahan dalam hubungan dan atau fungsi keluarga. NANDA (dalam Wilkinson, 2007) menjelaskan kondisi disfungsi yang dialami keluarga yang biasanya berfungsi efektif. Faktor yang berhubungan dengan proses perubahan keluarga seperti transisi perkembangan atau krisis, pergeseran formal atau informal dalam komunitas, modifikasi dalam keuangan keluarga, pergeseran kekuasaan dalam anggota keluarga, modifikasi dalam status sosial keluarga, pergeseran status kesehatan dari anggota keluarga dan transisi situasi atau krisis.

Menurut Wilkinaon 2007, tindakan keperawatan untuk proses perubahan keluarga adalah:

a. Pendidikan untuk pasien atau keluarga

Ajari keterampilan merawat pasien yang diperlukan oleh keluarga misalnya manajemen waktu dan pengobatan

b. Aktivitas kolaboratif

Gali sumber-sumber di rumah sakit dan komunitas yang tersedia bersama keluarga, kerjasama multi disiplin dalam perawatan pasien dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam menyelesaikan masalah dan fasilitas komunikasi,

berikan perawatan berkelanjutan dengan mempertahankan komunikasi yang efektif antara anggota staf melalui catatan keperawatan dan rencana perawatan, rujuk keluarga ke konsultan ruangan, tanyakan pelayanan konsultasi sosial untuk membantu keluarga menentuka kebutuhan paska hospitalisasi dan identifikasi sumber dukungan di komunitas dan peningkatan integritas keluarga, rujuk terapi keluarga sesuai indikasi

c. Aktivitas lain

Bantu keluarga dalam mengidentifikasi perilaku yang mungkin menghambat pengobatan yang dianjurkan, bantu keluarga dalam mengidentifikasi kekuatan personal, dukung keluarga untuk menyatakan perasaan dan masalahnya secara verbal, dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan pasien dan bantu merencanakan perawatan setelah rawat inap, pertahankan rutinitas keluarga seperti makan bersama, membuat keputusan keluarga, berikan penguatan positif terhadap penggunaan mekanisme koping yang efektif dan bantu keluarga untuk berfokus pada anaknya dibandingkan dengan penyakit atau ketidakmampuannya.

Terapi lanjutan atau spesialis yang dapat diberikan pada keluarga:

a. Fungsi terapi keluarga

Terapi ini diberikan pada keluarga dengan anak remaja yang berperilaku mal adaptif mulai dari kenakalan remaja, pengguna obat, kekerasan hingga masalah kejahatan remaja yang lain. Buruknya hubungan antara remaja dan orang tua disebabkan oleh buruknya komunikasi antara mereka salah satu tindakan yang dapat menjembatani antara anak dan orang tua untuk mencapai persamaan persepsi dan pemahaman diantara mereka dapat menggunakan terapi fungsi keluarga.

b. Terapi sistem keluarga

Tujuan terapi keluarga adalah mengurangi penderitaan keluarga dan meningkatkan sifat fungsional anggota keluarga meliputi pemahaman dinamika keluarga yang berkontribusi dalam psikopatologi pasien, mobisilasi kekuatan keluarga, sumber fungsional, restruktur pola perilaku keluarga yang mal adaptif, kekuatan keluarga dalam pemecahan masalah.

Menurut Satir 1972 (dalam Fortinas dan Holoday, 2004) ada 4 tujuan terapi keluarga yaitu mengembangkan harga diri di dalam semua anggota keluarga, meningkatkan komunikasi terbuka, langsung, jelas, spesifik dan jujur, membuat aturan yang fleksibel, ramah dan responsif pada bermacam kebutuhan dan jaringan sosial secara terbuka dan penuh harapan.

c. Psikoedukasi keluarga

Merupakan suatu program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara memberikan informasi edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukatif dan pragmatif (Stuart & Laraja, 2005). Tujuan terapi ini adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga dalam tingkat yang rendah.

Teori tentang terapi keluarga dikembangkan untuk menangani keluarga-keluarga yang bermasalah dan berorientasi pada patologi. Menurut Goldenberg dan Goldenberg (1985, dalam Friedman, 1998) pendekatan teori keluarga dan praktek klinik dapat diklasifikasikan menjadi empat yaitu pertama berorientasi pada psikodinamik, kedua penekanan pada pengalaman dan humanistik, ketiga pendekatan pada perilaku dan keempat mengkonsepsikan keluarga sebagai sebuah sistem.

Teori intervensi krisis keluarga merupakan salah satu model terapi keluarga. Model ini bersifat jangka pendek, lebih berfokus pada praktek bila dibandingkan dengan terapi keluarga yang lain. Pendekatan teori ini telah terbukti dalam keperawatan keluarga untuk menangani keluarga dalam krisis dan sedang menderita stress akut (Friedman, 1998).

Keluarga yang anggotanya dengan stroke berdampak pada masalah psikososial pada diri mereka. Keluarga akan mengalami ansietas, dan beban merupakan krisis yang dihadapi oleh keluarga. Untuk mengurangi hal tersebut terapi psikoedukasi keluarga perlu untuk diberikan pada keluarga yang mengalami hal tersebut, karena terapi psikoedukasi keluarga merupakan salah satu terapi yang dapat menurunkan intensitas emosi pada tingkat yang rendah dan prinsipnya adalah bagaimana keluarga dapat mengelola manajemen stress dalam keluarga.

2.5 Psikoedukasi Keluarga atau *Family Psychoeducation Therapy*

2.5.1. Pengertian

Family Psychoeducation therapy adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005).

Psikoedukasi keluarga adalah suatu metoda berdasar pada penemuan klinis untuk melatih keluarga-keluarga dan bekerja sama dengan para profesional kesehatan jiwa sebagai bagian dari perawatan menyeluruh secara klinis yang direncanakan untuk anggota keluarga (*Minddisorders*, 2009). Pendapat lain menjelaskan bahwa Psikoedukasi keluarga adalah pemberian pendidikan kepada seseorang yang mendukung *treatment* dan rehabilitasi (*Psychoeducation*, 2006).

Sedangkan menurut Carson (2000) psikoedukasi merupakan alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Jadi pada prinsipnya psikoedukasi ini membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan edukasi yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi pasien dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilakukan oleh Boesen, dkk (1993) pada pasien *Cutaneous Malignant Melanoma* dari 262 pasien dengan melanoma dipilih secara acak yang terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok control. Kelompok intervensi dilakukan psikoedukasi sebanyak 6 sesi dengan 2 jam perminggu diberikan pendidikan kesehatan, peningkatan keterampilan penyelesaian masalah, manajemen stress dan dukungan psikologis. Dari hasil penelitian kelompok intervensi menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat atau tenaga lebih kuat, gangguan suasana hati lebih rendah dibandingkan dengan kelompok control.

2.5.2 Tujuan

Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental. Pendidikan kelompok keluarga membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya. Pertemuan psikoedukasi keluarga atau beberapa keluarga memberikan perasaan saling berbagi dan strategi untuk bersama-sama membagi perasaan yang dirasakan. Kelompok psikoedukasi keluarga sangat bermanfaat untuk masalah mental sama bergunanya dengan penyakit-penyakit medis/bedah (Varcarolis, Carson & Shoemaker, 2006).

Tujuan umum dari psikoedukasi keluarga adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkat yang rendah. Secara umum tujuan khusus dari psikoedukasi keluarga adalah:

- 2.5.2.1 Meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan
- 2.5.2.2 Memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan
- 2.5.2.3 Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga
- 2.5.2.4 Melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga.
- 2.5.2.5 Melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.

Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik pengajaran untuk keluarga dalam membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart and Laraia, 2005). Program ini juga bertujuan untuk memberikan support anggota keluarga. Keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya. Walaupun fokus dari terapi ini adalah kelompok psikoedukasi keluarga, tapi pada prinsipnya tujuan dari terapi ini adalah memberikan perasaan sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga (Minddisorders. com,2009)

2.5.3 Indikasi Psioedukasi Keluarga

Indikasi dari terapi psikoedukasi keluarga adalah anggota keluarga dengan aspek psikososial dan gangguan jiwa. Menurut Carson (2000) situasi yang tepat dari penerapan psikoedukasi keluarga adalah:

2.5.3.1 Informasi dan latihan tentang area khusus kehidupan keluarga, seperti latihan keterampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif.

2.5.3.2 Informasi dan dukungan terhadap kelompok keluarga khusus stress dan krisis, seperti pada kelompok pendukung keluarga dengan penyakit Alzheimer.

2.5.3.3 Pencegahan dan peningkatan seperti konseling pranikah untuk keluarga sebelum terjadinya krisis.

2.5.4 Tahapan Dalam Psikoedukasi Keluarga

Berdasarkan modul yang dikembangkan oleh Santi Whardaningsih (2007) dalam penelitian sebelumnya ada beberapa tahap atau sesi-sesi dalam melaksanakan psikoedukasi keluarga yang sudah dikembangkan yaitu terdiri dari 5 sesi:

2.5.4.1 Sesi I (Pendahuluan)

2.5.4.2 Sesi II (Cara Merawat Klien), terdiri dari materi : Konsep , tanda dan gejala , cara komunikasi dengan klien , cara merawat klien, *role play* dan diskusi. Sesi ini terdiri dari 2 subsesi, terutama tentang cara merawat klien.

2.5.4.3 Sesi III (Manajemen Stress dan Kekambuhan) terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan , manajemen stress dan beban keluarga dan diskusi dan bermain peran

2.5.4.4 Sesi IV (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien, hambatan mengatasi stress, hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan, hambatan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan, mengatasi hambatan, diskusi dan tanya jawab

2.5.4.5 Sesi V (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas atau rumah sakit, pembentukan kelompok swabantu, diskusi dan tanya jawab.

Menurut NAMI (1999) berikut ini merupakan sepuluh sesi program

psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa :

- a. *Nature & Purpose of program*, meliputi pengenalan anggota keluarga dan tenaga kesehatan, tujuan dan jangkauan program, deskripsi tentang intervensi, kebijakan dan prosedur program, serta pertemuan dan survey tertulis tentang kebutuhan dan permintaan keluarga secara spesifik.
- b. *The Family Experience*, meliputi beban keluarga, sistem dan subsistem keluarga, dan perspektif hidup keluarga.
- c. *Mental Illness I*, meliputi diagnosa, etiologi, prognosis dan intervensi.
- d. *Mental Illness II*, meliputi gejala, pengobatan, model stres dan hasil-hasil riset terbaru.
- e. *Managing symptoms & problems*, meliputi perilaku bizarre, perilaku destruktif diri, personal hygiene dan gejala distress.
- f. *Stress, coping & adaptation*, meliputi model umum, stressor gangguan jiwa, proses adaptasi keluarga, dan peningkatan coping yang efektif.
- g. *Enhancing personal & Family Effectiveness I*, meliputi manajemen perilaku, resolusi konflik, ketrampilan komunikasi dan pemecahan masalah.
- h. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II, meliputi manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga dan kebutuhan individu.
- i. *Rationships between family & proffessionals*, meliputi latar belakang, jenis hubungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan kolaborasi dan cara mengatasi hambatan.
- j. *Community resources*, meliputi pergerakan advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal dan sistem rujukan yang tepat.

Materi yang diberikan untuk keluarga dengan menggunakan terapi psikoedukasi keluarga ada 12 kurikulum atau rencana belajar (NAMI, 1999, dalam Stuart & Laraia, 2005) yaitu: *Introduction, Schizoprenia,*

Mayor depression, mania, schizoaffektif, gangguan mood dan gangguan ansietas, berhubungan dengan otak, latihan keterampilan memecahkan masalah, pengobatan sebelumnya, termasuk gangguan mental, keterampilan komunikasi, self care, the vision and potential of recovery, advocacy, review, sharing and evaluation.

Menurut *North Carolina Evidence Based Practice Centert (NCEBPC, 2009)*, fokus dari sesi psikoedukasi keluarga adalah:

- a. Mengkaji faktor presipitasi untuk melihat kejadian penyakit dimasa lalu
- b. Melihat tanda dan gejala penyakit
- c. Respon keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarganya yang sakit
- d. Strategi koping dan kekuatan untuk mencapai keberhasilan
- e. Dukungan sosial di masyarakat
- f. Proses berduka dan kesedihan yang berhubungan dengan penyakit dan mengembangkan rencana pengobatan selanjutnya.

2.6. Pedoman Psikoedukasi Keluarga

Dilihat dari sesi yang sudah dikembangkan sebelumnya semuanya terkait dengan masalah keluarga dengan gangguan mental, untuk itu maka dilakukan modifikasi dalam sesi-sesi penelitian ini untuk mengatasi aspek psikososial yang di hadapi oleh keluarga yang anggota keluarganya mengalami stroke. Adapun sesi-sesinya adalah sebagai berikut:

2.6.1 Sesi 1: Pengkajian masalah yang dialami keluarga (pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga dengan stroke)

Pada sesi ini peserta dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga, Peserta mengetahui tujuan program psikoedukasi keluarga, peserta mendapat kesempatan untuk menyampaikan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit fisik khususnya stroke, peserta dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam bab ini di uraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori ini dibuat berdasarkan konsep dan teori yang di kemukakan di bab II. Kerangka teori ini sebagai landasan untuk penelitian yang dilakukan. Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang fungsi keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduktif, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan sedangkan untuk peran keluarga terdiri dari respon terhadap keluarga, mengatasi masalah dan stress, memenuhi tugas dengan distribusi merata, interaksi dengan keluarga dan komunitas, meningkatkan kesehatan personal.(Murray & Huelskoetter, 1995; Friedman, 1995; Mohr, 2006). Karakteristik keluarga (*caregiver*) terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien dan penghasilan (Notoatmodjo, 2003).

Karakteristik sistem keluarga terdiri dari interdependen, lingkungan, batasan dalam keluarga, pembagian tugas dan peran serta organisasi dalam keluarga (Murray & Huelskoetter, 1995; Fontaine, 2003). Stroke yang diderita anggota keluarga terdiri dari stroke hemoragik dan stroke non hemoragik(Widjaja, dkk, 1994 dalam Muttaqin,2008).

Sedangkan faktor yang mempengaruhi ansietas seperti potensi stressor, maturitas, status pendidikan, keadaan fisik, tipe kepribadian, sosial budaya, lingkungan atau situasi, umur dan jenis kelamin (Kaplan & Saddock 1998; Tarwoto & Wartonah, 2003; Stuart & Laraia, 2005; Videbeck, 2008).

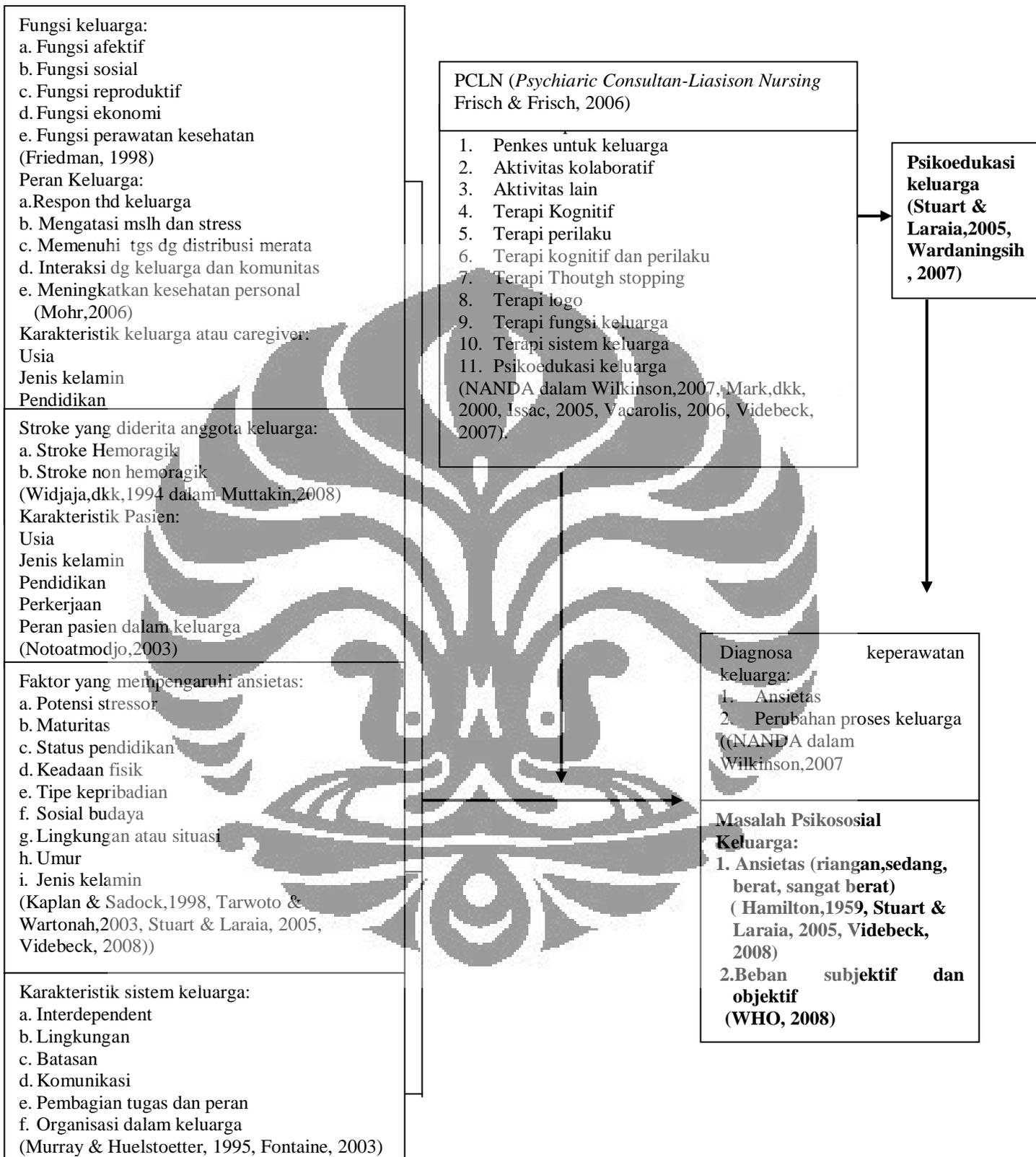
Diagnosa keperawatan pada keluarga terdiri dari ansietas dan proses perubahan keluarga (Wilkinson, 2007). Sedangkan masalah psikososial yang

ada pada kerangka teori terdiri dari ansietas dan beban keluarga. Ansietas terdiri dari ringan, sedang, berat dan sangat berat (Hamilton,1959; Stuart & Laraia, 2005; Videbeck, 2008). Beban terdiri dari beban objektif dan beban subjektif (WHO, 2008).

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada keluarga yaitu pendidikan kesehatan untuk keluarga, aktivitas kolaboratif, aktivitas lain, terapi kognitif, terapi perilaku, terapi kognitif dan perilaku, terapi thought stopping, terapi logo, terapi fungsi keluarga, terapi sistem keluarga, psikoedukasi keluarga (Wilkinson, 2007, Mark,dkk, 2000, Issac, 2005, Vacarolis, 2006, Videbeck, 2007). Sedangkan untuk psikoedukasi keluarga sendiri diambil dari NAMI dan penelitian sebelumnya (Stuart & Laraia,2005, Wardaningsih, 2007).Kerangka teori dapat digambarkan dengan skema pada bagan 3. 1.



Skema 3.1. Kerangka Teori Penelitian



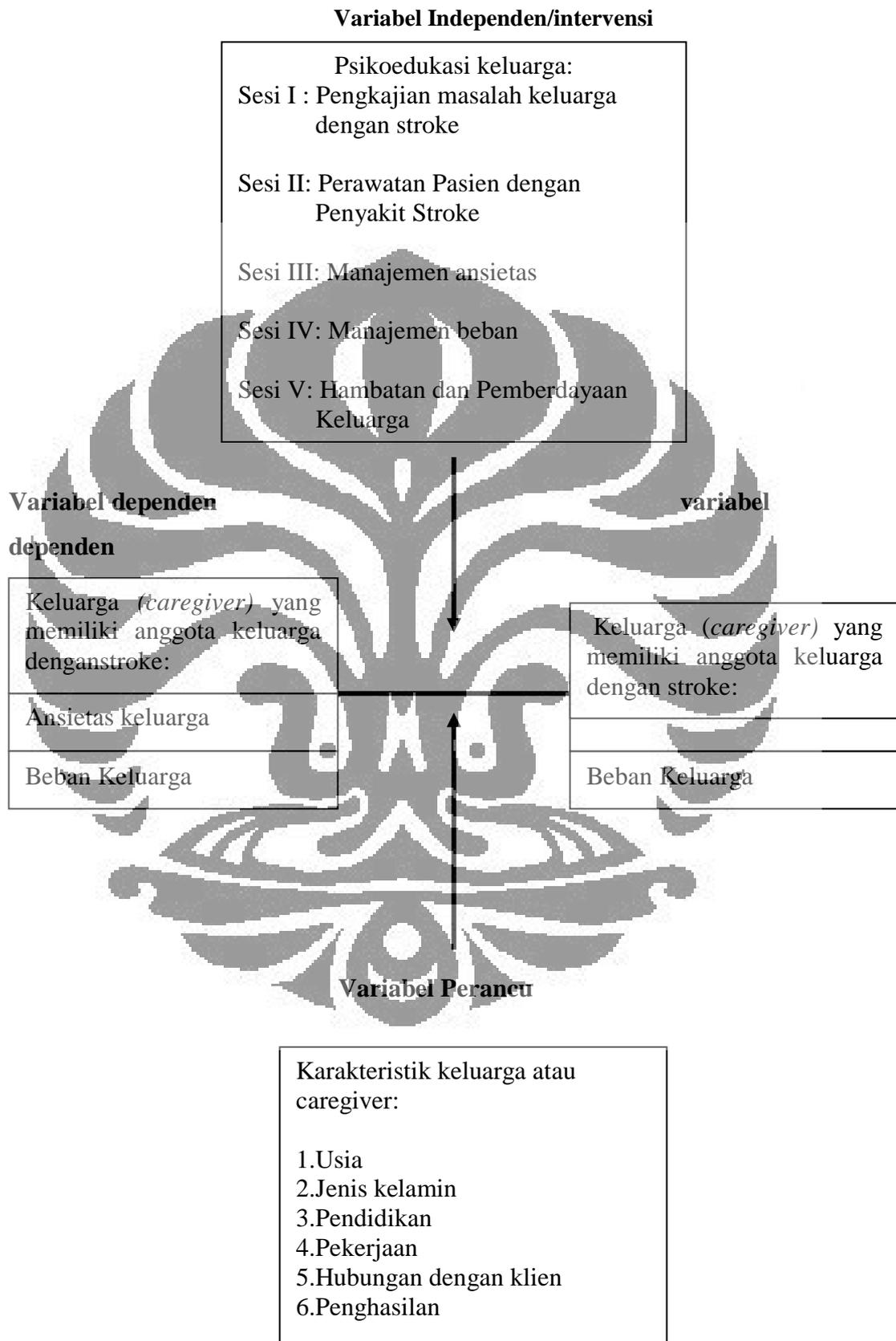
3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam penelitian. Kerangka konsep terdiri dari variabel dependen, perancu dan variabel independen (intervensi). Variabel dependen adalah ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang memiliki anggota keluarga dengan stroke.

Sedangkan untuk variabel perancu adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dan pasien dan penghasilan keluarga.

Variabel independen atau intervensi dalam penelitian ini adalah psikoedukasi keluarga merupakan intervensi yang diberikan pada anggota keluarga pasien yang mengalami stroke di rumah sakit umum. Pemberian psikoedukasi ini diharapkan mampu menurunkan ansietas dan beban keluarga. Dalam melaksanakan psikoedukasi keluarga maka digunakan modifikasi psikoedukasi NAMI dengan 10 sesi dan psikoedukasi keluarga yang telah dilakukan oleh Wardaningsih (2007) sebelumnya dengan klien dengan gangguan mental 5 sesi. Kelima sesi terdiri dari sesi satu yaitu pengkajian masalah yang dialami keluarga/pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga stroke, sesi dua perawatan pasien dengan penyakit stroke, sesi tiga manajemen ansietas, sesi empat manajemen beban dan sesi lima pemberdayaan keluarga. Psikoedukasi ini merupakan variabel independen yang digunakan untuk melakukan intervensi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat skema pada skema 3.2.

Skema 3.2. Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Hipotesis

3.4 Ada perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang mendapat psikoedukasi keluarga dalam merawat pasien dengan stroke.

3.5 Ada perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi dengan yang tidak mendapat psikoedukasi dalam merawat pasien dengan stroke.

3.6 Ada pengaruh karakteristik keluarga terhadap masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi dengan yang tidak mendapat psikoedukasi dalam merawat pasien dengan stroke.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala pengukuran yang digunakan untuk masing-masing variabel penelitian di jabarkan di bawah ini. Hal ini untuk memudahkan dalam menentukan metodologi dalam melakukan analisis terhadap variable-variabel yang di teliti.

Tabel 3.1
Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur dan Skala Ukur Variabel Penelitian

N o	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	skala
1	Variabel Perancu				
	<i>Karakteristik keluarga (caregiver)</i>				
a	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan	Format demografi dengan wawancara	Dalam tahun	Interval
b	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan jender klien/ perbedaan karakteristik biologi klien	Format demografi dengan wawancara	1. laki-laki 2. perempuan	Nominal

c	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai sesuai dengan ijazah yang dimiliki	Format demografi dengan wawancara	cara	1. Rendah (SD dan SLTP) 2. Tinggi (SLTA, Diploma dan Perguruan tinggi)	Ordinal
d	Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan uang	Format demografi dengan wawancara	cara	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
e	Hubungan dengan klien	Hubungan dengan klien yang sakit	Format demografi dengan wawancara	cara	1. keluarga inti 2. bukan keluarga inti	Nominal
f.	Pendapatan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga klien yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan	Format demografi dengan wawancara	cara	1. Dibawah UMR 2. Diatas UMR	Ordinal
2	Variabel Dependen					
	Masalah psikososial: Ansietas a. Respon Self Evaluation	Perasaan was-was atau kuatir yang dirasakan yang disebabkan anggota keluarga yang sakit sehingga menimbulkan gejala psikologis yang dirasakan seperti respon fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional	Alat ukur kuisisioner dengan skala likert (tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu)	ukur	Skore : 16-64	Interval
	Sub variabel 1) Fisiologis	Perasaan yang dirasakan secara fisiologis	Kuisisioner 1-7		Skore : 7-28	Interval
	2) Kognitif	Perasaan yang dirasakan sehingga persepsi menjadi menyempit	Kuisisioner 8-11		Skore : 4-16	Interval
	3) Perilaku	Perasaan yang dirasakan sehingga	Kuisisioner 12-13		Skore : 2-8	Interval

	menimbulkan perilaku yang tidak wajar			
4) Emosi	Perasaan tidak mampu menguasai diri	Kuisisioner 14-16	Skore : 3-12	Interval
b. Respon Ansietas dengan Observasi	Respon was-was atau takut yang terlihat sehingga menimbulkan gejala fisiologis, kognitif dan perilaku	Alat ukur dengan observasi sesuai dengan respon yang ditimbulkan	Skore: 8-16	Interval
Sub variabel				
1) Respon fisiologis				
(a) tekanan darah	Peningkatan tekanan darah (>110/70mmHg)	Tensimeter	TD 90 mmhg - 160 mmhg Skore 1-4	Interval
(b) nadi	Peningkatan nadi (>80 x/mn)	Jam tangan dan perabaan	60-120x/menit Skore 1-4	Interval
(c) pernapasan	Peningkatan frekuensi pernapasan (>18 x/mn)	Jam tangan dan observasi	12-30x/menit Skore 1-4	Interval
(d) ketegangan otot	Peningkatan ketegangan otot-otot	Observasi (1item)	Skore 1-4	Interval
(e) kulit	Peningkatan produksi keringat	Observasi (1item)	Skore 1-4	Interval
2) Respon kognitif				
(a) fokus perhatian	Perhatian terhadap situasi disekitar	Observasi (1 item)	Skore 1- 4	Interval
3) Respon perilaku				
(a) motorik	Peningkatan aktivitas motorik	Observasi (1 item)	Skore 1-4	Interval
(b) komunikasi	Kemampuan dalam berkomunikasi dengan baik	Observasi (1 item)	Skore 1-4	Interval
Beban Keluarga	Beban yang berhubungan dengan masalah yang dialami anggota keluarga seperti kekacauan hubungan keluarga, pembatasan sosial, pekerjaan serta waktu luang dan reaksi	Kuisisioner pertanyaan dengan skala likert (tidak pernah,kadang-kadang, sering, selalu)	Skore 12-48	Interval

psikologis yang berhubungan dengan perasaan yang dialami seperti perasaan kehilangan, sedih, stress koping, perilaku yang kacau dan frustrasi akibat dari anggota keluarga mengalami stroke

3 Variabel Independen/intervensi

Psikoedukasi Keluarga

Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu keluarga (*caregiver*) yang anggotanya mengalami penyakit stroke dengan memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan keluarga serta melatih keluarga dalam mengatasi masalah psikososial yang dialami (ansietas dan beban)

Checklist lembar observasi

1. Dilakukan psikoedukasi keluarga
2. Tidak dilakukan psikoedukasi keluarga

Nominal

2.6.2 Sesi 2: Peawatan pasien dengan penyakit stroke

Pada sesi ini tujuannya adalah peserta terapi psikoedukasi keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit stroke, penyebab, tanda dan gejala, terapi dan rehabilitasi yang dapat dilakukan pada pasien stroke.

2.6.3 Sesi 3 : manajemen ansietas yang dialami oleh keluarga

Peserta terapi psikoedukasi keluarga mampu berbagi pengalaman dengan anggota kelompok lain tentang ansietas yang dirasakan akibat salah satu anggota mengalami penyakit fisik (stroke) dalam keluarga dan mendapatkan informasi tentang masalah psikososial caregiver (ansietas) yang dialami akibat salah satu anggota mengalami penyakit fisik (stroke) seperti tanda dan gejala, dan terapi yang dapat diberikan.

2.6.4 Sesi 4 : manajemen beban yang dialami oleh keluarga

Peserta terapi psikoedukasi keluarga mengenal tanda-tanda beban yang dialaminya akibat adanya anggota yang menderita penyakit fisik (stroke) dan peserta terapi psikoedukasi keluarga mengetahui cara mengatasi beban yang dialaminya akibat adanya anggota keluarga yang mengalami penyakit fisik (stroke).

2.6.5 Sesi 5 : Hambatan dan Pemberdayaan keluarga

Peserta terapi psikoedukasi keluarga dapat melakukan komunikasi yang baik dengan anggota keluarga yang lain dan dapat berbagi peran dalam merawat anggota keluarga yang stroke dengan anggota keluarga lainnya.

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

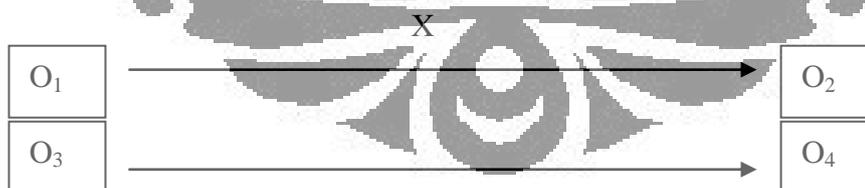
Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test with kontrol group" dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan ansietas keluarga dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya stroke sebelum diberikan perlakuan berupa psikoedukasi keluarga dan membandingkannya ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke sesudah diberikan perlakuan. Penelitian juga membandingkan dua kelompok keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke yang ada di rumah sakit umum Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yaitu:

4.1.1 Kelompok I adalah kelompok yang diberikan terapi psikoedukasi keluarga selanjutnya dilakukan 5 sesi dengan 5x pertemuan

4.1.2 Kelompok II adalah kelompok yang tidak diberikan terapi psikoedukasi keluarga

Hal ini sesuai dengan pendapat Sasroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi. Desain penelitian dapat dilihat pada skema dibawah ini:

Skema 4.1 Desain Penelitian Pre dan Post Test



Keterangan :

O₁ : Masalah psikososial: ansietas dan beban pada kelompok intervensi sebelum mendapat terapi psikoedukasi keluarga

O₂ : Masalah psikososial: ansietas dan beban pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi psikoedukasi keluarga

O₃ : Masalah psikososial: ansietas dan beban kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi psikoedukasi keluarga

O₄ : Masalah psikososial: ansietas dan beban kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

X : terapi psikoedukasi keluarga

O₂ – O₁ : Perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban pada kelompok intervensi sesudah dan sebelum mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga

O₄ – O₃ : Perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban pada kelompok kontrol sesudah dan sebelum kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga.

O₁-O₃ : Perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban sebelum dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

O₂-O₄ : Perbedaan masalah psikososial: ansietas dan beban setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Arikunto, 2000, dalam Notoatmodjo, 2005). Sedangkan menurut Lameshow (1997) populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan hasil-hasil penelitian akan berlaku. Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami stroke yang dirawat di ruang neurologi khususnya ruangan perawatan saraf di RSUP Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta pada bulan April pertengahan sampai bulan awal Juni 2009. Dari studi pendahuluan yang dilakukan sebelumnya dalam satu tahun yaitu dari bulan Januari sampai Desember 2008 jumlah klien yang dirawat sebanyak 460 orang baik stroke hemoragik maupun non hemoragik. Sedangkan selama

penelitian yang dilakukan selama 7 minggu terdapat 47 keluarga (*caregiver*) yang merawat pasien stroke.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dinilai atau karakteristiknya diukur dan dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Sabri & Hastono, 2006). Menurut Lameshow (1997) tujuan utama suatu survei sampel adalah untuk menduga parameter populasi dengan menggunakan data dari sebuah sampel. Kriteria inklusi untuk penelitian ini adalah salah satu keluarga (*caregiver*) yang anggotanya menderita stroke dengan hari rawat 1-14 hari, salah satu anggota keluarga (*caregiver*) yang anggotanya menderita stroke hemoragik maupun non hemoragik, salah satu keluarga (*caregiver*) yang anggotanya dirawat diruang perawatan saraf, keluarga (*caregiver*) yang bertanggung jawab dan merawat klien, dapat membaca dan menulis, bersedia menjadi subjek penelitian.

Untuk mengetahui jumlah sampel yang dibutuhkan dengan mengetahui standar deviasi penelitian sebelumnya, menggunakan uji pendugaan perbedaan antara dua rata-rata berpasangan dengan derajat kemaknaan 5%, dengan kekuatan uji 95% (Lemeshow, 1997). Hasil perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^{2(1-\alpha/2)} (2 \cdot \sigma^2)}{d^2}$$

Keterangan :

n : besarnya sampel

$Z^{2(1-\alpha/2)}$: nilai Z pada derajat kemaknaan 1,96 ($\alpha = 0,05$)

d : Presisi/penduga (3 point)

σ : Standar deviasi= 7,01 (Penelitian sebelumnya)

$$n = \frac{1,96^2 (2 \times 7,01^2)}{3^2}$$

$$n = 41,9 = 42$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas maka besar sampel 42 *keluarga (caregiver)* dengan jumlah total sampel 84 orang yang terbagi 42 untuk kelompok intervensi dan 42 untuk kelompok kontrol.

Dalam pelaksanaan penelitian terdapat 47 keluarga (*caregiver*) dan 45 keluarga (*caregiver*) yang menjadi subjek penelitian. Karena 2 keluarga (*caregiver*) drop out saat penelitian dilakukan. Dari 45 keluarga (*caregiver*) ri 22 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol, hal ini terjadi karena jumlah pasien yang masuk hanya 6-7 orang perminggu dan waktu yang terbatas.

Pengambilan sampel diambil sesuai dengan kriteria inklusi. Teknik pemilihan *keluarga (caregiver)* intervensi dan kontrol dengan cara *random permutasi* yaitu mengurutkan nomor pasien yang masuk kemudian diambil dengan cara angka genap dan yang ganjil. Semua pasien yang masuk dengan angka genap dijadikan kelompok kontrol dan pasien yang masuk dengan nomor urut ganjil dijadikan kelompok intervensi. *Random permutasi* dimaksudkan agar alokasi intervensi menjadi seimbang (Ariawan, 2005). Dari 45 keluarga (*caregiver*) distribusinya dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2

Proses Pengambilan Sampel Penelitian *Pre-Post Control Group*

Waktu	Kelompok Intervensi dan Kontrol di Ruang Perawatan Saraf						Total
	501	516	517	518	519	520	
Minggu 1	3		2			1	6
Minggu 2	1	1	2	1	1	1	7
Minggu 3	1	1	3			2	7
Minggu 4	1		2	2	1	1	7
Minggu 5	1	1	2	1		2	7
Minggu 6	1	1	1		2	2	7
Minggu 7			1	1	1	1	4
Total	8	4	13	5	5	10	45

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang perawatan saraf Gedung A Lantai 5 di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Dipilihnya rumah sakit ini karena RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo merupakan rumah sakit pendidikan dan rujukan nasional yang memiliki perawatan neurologi yang terdiri dari ruangan perawatan saraf.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 7 minggu mulai minggu dimulai tanggal 20 April 2009 sampai 5 Juni 2009. Pelaksanaan psikoedukasi keluarga dilakukan dari hari Senin sampai Jum'at sesuai dengan waktu dinas dan dilakukan dari jam 08.00-14.00 Wiba. Psikoedukasi yang dilakukan setiap sesi 30-45 menit

4.5 Etika Penelitian

Dalam penelitian ini, pertimbangan etik peneliti dalam melindungi keluarga (*caregiver*) adalah dengan mengedepankan aspek-aspek *self determination*, *privacy keluarga (caregiver)*, *anonymity*, *confidentiality* dan *protection discomfort* (Polit & Hungler, 1999). Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan proposal pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien dengan stroke dinyatakan lolos dan layak untuk dilakukan penelitian (lampiran 8)

Penelitian dilakukan peneliti memegang prinsip *scientific attitude*/ sikap ilmiah dan etika penelitian keperawatan yang mempertimbangkan aspek sosioetika dan harkat martabat kemanusiaan (Jacob, 2004). Prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak keluarga (*caregiver*) untuk mendapatkan informasi terbuka dan berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*). Keluarga (*caregiver*) yang memenuhi syarat diberikan penjelasan

tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian, jaminan kerahasiaan penelitian, peran yang dapat dilakukan oleh keluarga (*caregiver*) yang menjadi subyek penelitian (lampiran 1).

Setiap keluarga (*caregiver*) diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi keluarga (*caregiver*) dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti (lampiran 2). Keluarga (*caregiver*) bersedia maka mengisi kuisisioner yang diambil oleh kolektor data yang sudah dilatih sebelumnya cara pengisian kuisisioner. Untuk pengisian kuisisioner, terlebih dahulu dijelaskan cara-cara pengisiannya, pengisian kuisisioner dilakukan dalam keadaan relaks dan privasinya terjaga. Selanjutnya keluarga (*caregiver*) yang menjadi kelompok intervensi dilakukan psikoedukasi keluarga sehari setelah mengisi kuisisioner. Pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga dilakukan dalam lima sesi, setiap sesi dilakukan selama 30 - 45 menit.

Prinsip kedua tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal keluarga (*caregiver*) dalam kuisisioner dan alat ukur untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*), untuk itu peneliti menggunakan nomor keluarga (*caregiver*).

Prinsip ketiga merupakan konotasi keterbukaan dan keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Demi kelancaran pelaksanaan, kelompok keluarga (*caregiver*) yang mendapat intervensi Psikoedukasi Keluarga dilakukan sebanyak lima sesi, setiap sesi akan dilakukan 30-45 menit dan dilakukan 5 kali pertemuan kemudian dievaluasi sesuai dengan format evaluasi.

Sedangkan di kelompok kontrol hanya diberikan intervensi secara umum yaitu penjelasan tentang penyakit stroke secara umum tanpa diberikan tentang mengatasi masalah psikososial yaitu ansietas dan beban kepada keluarga (*caregiver*) dalam mengatasi ansietas dan bebannya. Namun setelah *post-test*

pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yaitu setelah selesai kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga maka pada kelompok kontrol akan diberikan panduan psikoedukasi keluarga secara lengkap.

Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) dengan melakukan tindakan terapi psikoedukasi keluarga sesuai standar pelaksanaan sudah dilakukan uji validitas dan uji *expert* yang di uji oleh orang yang lebih kompeten dan *expert* dibidangnya yaitu di uji dilaboratorium keperawatan jiwa oleh penguji yang ditunjuk (lampiran 9 dan 10). Ini dilakukan agar terapi psikoedukasi ini dapat memberikan manfaat atau efek yang lebih baik kepada keluarga (*caregiver*).

4.6 Alat Pengumpul Data

Adapun alat untuk mengumpulkan data menggunakan lembar kuisisioner dan lembar observasi yang terdiri dari:

4.6.1 Data Karakteristik Keluarga (*caregiver*)

Pengambilan data dengan menggunakan lembar A yang terdiri dari data karakteristik keluarga (*caregiver*) antara lain seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan keluarga dan pasien untuk data keluarga (*caregiver*) dan penghasilan keluarga. Untuk lembar B terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan peran pasien dalam keluarga digunakan untuk menanyakan data pasien yang menderita stroke (lampiran 3).

4.6.2 Pengukuran ansietas dan beban

Pengukuran terdiri dari pengukuran untuk ansietas dan beban. Ansietas diukur dengan instrumen C dan D. Instrumen C berupa lembar kuisisioner tentang ansietas yang diisi oleh *keluarga (caregiver)*. Ansietas self evaluasi yang berisi dari 16 pernyataan yaitu meliputi respon fisiologis (7 pernyataan), kognitif (4 pernyataan), perilaku (2 pernyataan) dan emosional (3 pernyataan). 16 pernyataan ini terdiri dari pernyataan negatif dan pernyataan positif yang di ukur dengan skala

likert (1-4). Untuk pernyataan negatif diberi nilai 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang dan 1 = tidak pernah untuk pernyataan positif diberi nilai 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering dan 1 = selalu. Pada skore ansietas self evaluasi ini skore tertinggi adalah 64 dan skore terendah 16. Untuk mengetahui tingkat ansietas pada penghitungannya akan dikategorikan sesuai dengan tingkat ansietas yaitu nilai 16-28 = ansietas ringan, 28-40 = ansietas sedang, 40-52 = ansietas berat dan 52-64 = ansietas sangat berat. Kisi-kisi instrumen untuk kuisisioner ansietas adalah sebagai berikut:

4.6.2.1 Pernyataan respon fisik terdapat pada pernyataan 1-7 (pernyataan negatif pada nomor 1,2,3,4,6 dan 7, sedangkan pernyataan positif nomor 5).

4.6.2.2 Pernyataan respon kognitif terdapat pada pernyataan nomor 8-11 (pernyataan negatif pada nomor 8 dan 11 dan pernyataan positif pada nomor 9 dan 10)

4.6.2.3 Pernyataan perilaku terdapat pada nomor 12-13 yang terdiri dari pernyataan negatif.

4.6.2.4 Pernyataan emosional terdapat pada nomor 14-16 yang keduanya merupakan pernyataan negatif (lampiran 4)

Sedangkan lembar observasi ansietas terdapat pada instrumen D yang kisi-kisinya adalah:

- a. Respon fisik terdiri dari tekanan darah (normal, meningkat, meningkat kemudian menurun), nadi (normal, takikardi, takikardi kemudian menurun), pernapasan (normal, meningkat, cepat dan dangkal), ketegangan otot (wajah rileks, wajah tampak tegang, rahang menegang dan menggertakkan gigi, wajah menyeringai dan mulut menganga) dan kulit (tidak berkeringat, mulai berkeringat, keringat berlebihan, keringat berlebihan dan kulit teraba panas dingin) dengan skore 5-20
- b. Respon kognitif yaitu fokus perhatian (cepat berespon terhadap stimulus yang penting, fokus pada sesuatu yang rinci dan terfokus pada satu hal, fokus perhatian terpecah) dengan skore 1-4.

- c. Respon perilaku terdiri dari motorik (tenang, gerakan mondar mandir, agitasi atau gelisah dan aktivitas tidak terkontrol) dan komunikasi (koheren, pelupa, disorientasi waktu, orang dan tempat) dengan skore 2-8. (lampiran 5)

Untuk pengukuran beban keluarga menggunakan instrumen berupa lembar kuisioner (lampiran 6) dengan 12 pernyataan yang di ukur dengan skala likert (1-4). Pernyataan beban terdiri dari pernyataan negatif dan positif. Untuk pernyataan negatif diberi nilai 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang dan 1 = tidak pernah untuk pernyataan positif diberi nilai 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering dan 1 = selalu. Adapun skore dari beban ini 12- 48 dengan kategori 12-24= beban ringan, 24-36= beban sedang dan 36-48= beban berat. Kisi-kisi instrumen untuk beban keluarga 12 pernyataan terdiri pernyataan negatif terdapat pada nomor 2,3,4,5,6,7,10,14,15, 17 dan pernyataan positif terdapat pada nomor 9.

4.7 Uji Instrumen

Uji instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan realibilitas alat pengumpul data yang di gunakan dalam mengukur penelitian yang dilakukan. Uji instrumen ini dilakukan sebelum instrumen ini digunakan sebagai alat ukur. Uji coba dilakukan pada 30 orang keluarga (*caregiver*) di RSUP Dr Cipto Mangunkusumo Jakarta yang dilakukan selama 4 minggu, dengan pertimbangan uji instrumen dilakukan 2 minggu sebelum peneliti mengambil data dan pasien yang diambil data untuk uji instrumen sudah tidak lagi dirawat atau sudah pulang karena hari rawat pasien stroke rata-rata 7-14 hari atau dengan kata lain dilakukan pada pasien yang berbeda.

Hasil pengukuran pada pengukuran pertama untuk ansietas dan beban hanya sedikit yang valid dan reliabel, kemudian instrument dimodifikasi dengan mengganti dengan bahasa yang tepat serta pernyataan ditambah dan diganti menjadi skala likert semuanya. Setelah diganti maka dibuat instrumen untuk

ansietas 22 pernyataan dan beban 21 pernyataan. Setelah diganti tidak lagi dilakukan uji instrumen dan langsung dilakukan pada keluarga (*caregiver*) dalam hal ini keluarga (*caregiver*). Setelah penelitian selesai maka dilakukan uji validitas dan reliabilitas kembali untuk melihat hasilnya atau dengan kata lain uji validitas dan reliabilitas diuji berjalan. Hal ini karena keterbatasan dari waktu untuk melakukan penelitian dan uji validitas dan reliabilitas dilakukan kembali untuk penelitian dilakukan.

Hasil validitas dan reliabilitas yang dilakukan uji berjalan dari 22 pernyataan ansietas self evaluasi setelah dilihat hasilnya dari 45 keluarga (*caregiver*) hanya 16 pernyataan yang memenuhi validitas dimana r-hasil lebih besar dari r tabel (0,288). Sedangkan untuk reliabilitas membandingkan nilai *Cronbach's Coefficient Alpha* dengan r-tabel. Hasil uji reliabilitas pada ansietas self evaluasi r- tabel lebih kecil dari *Cronbach's Coefficient Alpha* yaitu 0,751. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa kuisioner ansietas keluarga (*Caregiver*) valid dan reliabel.

Hasil dari validitas dan reliabilitas yang terdiri dari 21 pernyataan beban keluarga (*Caregiver*) setelah dilihat hasilnya dari 45 keluarga (*caregiver*) hanya 12 pernyataan yang memenuhi validitas dimana r-hasil lebih besar dari r tabel (0,288). Sedangkan untuk reliabilitas membandingkan nilai *Cronbach's Coefficient Alpha* dengan r-tabel. Hasil uji reliabilitas pada beban keluarga (*Caregiver*) r- tabel lebih kecil dari *Cronbach's Coefficient Alpha* yaitu 0,790. Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa kuisioner beban keluarga (*Caregiver*) valid dan reliabel.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh kolektor data dengan langkah-langkah sebagai berikut:

4.8.1 Tahap persiapan

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin dari pembimbing, uji etik oleh komite etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Sebelum pengambilan data, peneliti terlebih dahulu melakukan uji validitas dan uji *expert* yang di uji oleh orang yang lebih kompeten dan *expert* dibidangnya yaitu di uji dilaboratorium keperawatan jiwa oleh penguji yang ditunjuk. Uji uji validitas dan uji *expert* yang dilakukan adalah tentang psikoedukasi keluarga yang akan digunakan sebagai intervensi untuk keluarga (*caregiver*) yang akan pada keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi. Ini dilakukan agar terapi psikoedukasi ini dapat memberikan manfaat atau efek yang lebih baik kepada keluarga (*caregiver*).

Koordinasi dengan direktur rumah sakit, bagian penelitian dan ruangan yang digunakan untuk mengambil data sesuai dengan kriteria *keluarga (caregiver)* yang akan di ambil. Untuk pengumpul data peneliti bekerjasama dengan mahasiswa residen KMB yang sedang praktek diruangan yang sama, hal peneliti lakukan karena keterbatasan waktu perawat ruangan, akibat keterbatasan waktu sehingga tidak bersedia menjadi pengumpul data. Setelah itu peneliti menyamakan persepsi dengan pengumpul data dalam mengisi kuisisioner dan observasi, sekaligus memberikan menyamakan persepsi dalam memberikan tentang penyakit stroke secara umum kepada 4 orang yang terdiri dari 2 orang pengumpul data dan 2 orang yang memberikan penjelasan tentang penyakit stroke secara umum. Peneliti menseleksi keluarga (*caregiver*) yang memenuhi kriteria inklusi. Sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu tentang penelitian, apabila keluarga (*caregiver*) bersedia maka langsung menandatangani surat persetujuan (*informed concent*) sebagai responden, kemudian hari berikutnya dilakukan pretest kepada keluarga (*caregiver*) dengan mengisi data demografi, kuisisioner penelitian dan mengisi lembar observasi yang dilakukan oleh pengumpul data. Untuk menentukan kelompok intevensi dan kontrol maka peneliti akan memilih berdasarkan urutan masuk pasien, karena pasien akan berhubugan dengan keluarga (*caregiver*) yang akan merawatnya.

4.8.2 Tahap Pelaksanaan

Terapi psikoedukasi keluarga dilakukan dalam lima sesi dengan 5 kali pertemuan dengan setiap pertemuan dilakukan 45menit/sesi). Jumlah keluarga (*caregiver*) yang diberikan terapi 2 - 3 orang dalam sehari yang rata-rata perminggu terdapat 7 keluarga perminggu keluarga yang mengikuti penelitian ini yang terdiri dari kelompok intervensi dan kontrol. Pertemuan ini dilakukan setiap hari sampai lima kali pertemuan, hal ini dilakukan peneliti dengan pertimbangan rata-rata hari rawat pasien yang menderita stroke 7-14 hari sehingga mempengaruhi keikutsertaan keluarga (*caregiver*) dalam penelitian ini.

Dalam tahap pelaksanaan ini hari pertama 2 orang mengikuti sesi pertama, kemudian hari kedua 2 orang hari sebelumnya mengikuti sesi 2 apabila ada keluarga (*caregiver*) baru maka akan mengikuti sesi satu, demikian seterusnya. Untuk jumlah perharinya keluarga (*caregiver*) yang mengikuti psikoedukasi tidak dapat ditentukan tergantung dengan jumlah pasien yang masuk. Dalam proses pelaksanaan psikoedukasi ini ada beberapa hambatan yang dihadapi seperti tempat dan waktu yang dimiliki oleh keluarga (*caregiver*). Untuk mengatasi hal tersebut maka peneliti menggunakan waktu yang fleksibel dan tempat yang dapat menjaga kenyamanan dan privasi keluarga (*caregiver*). Setiap sesi yang diberikan kepada keluarga (*caregiver*) dicatat dibuku evaluasi peneliti dan keluarga (*caregiver*) juga mempunyai catatan atau buku kerja yang dibawa setiap mengikuti psikoedukasi keluarga

4.8.3 Tahap Akhir

Setelah kelompok intervensi mengikuti psikoedukasi selama 5 sesi maka satu hari berikutnya yaitu hari keenam dilakukan *post test*. Pengukuran dilakukan menggunakan instrumen yang sama pada saat *pre test*. Untuk kelompok kontrol dilakukan *post test* pada hari keenam setelah psikoedukasi diberikan pada keluarga (*caregiver*) yang mengikuti

psikoedukasi keluarga, setelah itu baru diberikan panduan psikoedukasi keluarga secara lengkap.

4.9 Analisis Data

Pengolahan dan analisis data penelitian di lakukan dengan cara:

4.9.1 Pengolahan data

4.9.1.1 Editing.

Setelah semua data terkumpul maka setiap kuisisioner yang ada diedit untuk mengetahui kelengkapan, kejelasan jawaban, relevan dan konsistensi data. Apabila ada yang tidak lengkap maka dilihat kembali di status atau catatan pasien. Editing dilakukan setiap semua data sudah diisi oleh keluarga (*caregiver*), apabila masih ada data yang belum lengkap maka langsung dicek ulang kembali kepada keluarga (*caregiver*). Setelah semua data benar maka siap untuk dilakukan pengkodean.

4.9.1.2 Coding

Setelah data diedit maka diberi kode sesuai dengan yang diinginkan, sehingga pada saat memasukan data lebih mudah. Pengkodeaan diberikan apabila semua data sudah terisi secara lengkap dan dikode sesuai dengan definisi operasional yang dibuat dan data yang ingin peneliti olah.

4.9.1.3 Prossesing

Setelah selesai di kode maka semua data yang sudah ada satu persatu dimasukan kedalam komputer sesuai dengan kode-kode yang sudah dibuat. Data dapat berbentuk numerik maupun kategorik sesuai dengan definisi operasional yang sudah dibuat

4.9.1.4 Cleaning

Setelah semua data yang ada masuk maka di periksa kembali memastikan apakah sudah sesuai dengan yang diharapkan dan benar. Setelah semua data benar siap untuk dilakukan uji statistik untuk melihat hasilnya. Semua data sudah terisi dan lengkap sesuai dengan yang diinginkan.

4.9.2 Analisa data

4.9.2.1 Analisa univariat

Tujuan dari analisis univariat ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono,2007). Analisis data menggunakan *tendensi central* untuk data numerik dan distribusi frekuensi untuk data kategorik untuk karakteristik keluarga. Sedangkan untuk kesetaraan karakteristik menggunakan uji *independent t-test* untuk karakteristik usia dan menggunakan uji *chi square* untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan,pekerjaan, hubungan dengan pasien serta penghasilan keluarga (*caregiver*). Untuk uji kesetaraan ansietas dan beban menggunakan *independent t-test* dan untuk mengetahui pre-post psikoedukasi keluarga menggunakan uji *paired t-test*. Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas menggunakan uji regresi linier ganda. Untuk hasil dari data yang diolah secara univariat dapat dilihat dibab V.

4.9.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan hubungan yang signifikan antara dua variabel atau bisa juga digunakan untuk mengetahui perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono,2007).

Untuk melihat hasil uji bivariat peneliti menggunakan uji *independent t-test* dan *chi square* untuk melihat kesetaraan sebelum psikoedukasi keluarga dilakukan kelompok intervensi dan kontrol diberikan. Sedangkan untuk melihat hasil pre dan post intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol peneliti menggunakan uji *paired t-test* untuk melihat selisih sebelum dan setelah intervensi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat psikoedukasi keluarga. Uji ini juga dilakukan untuk

membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan masalah psikososial ansietas dan beban yang anggotanya mengalami stroke sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan *uji t dependen*. Sedangkan untuk melihat hasil setelah dilakukan psioedukasi keluarga diberikan pada kelompok intervensi maka dilakukan uji *independent t-test* untuk melihat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (tabel 4.3)

4.9.2.3 Analisa multivariat

Analisa multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa karakteristik keluarga dan pasien yang berpengaruh terhadap ansietas dan beban keluarga. Karakteristik usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, hubungan keluarga dengan pasien dan penghasilan dalam keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban. Setelah dilakukan analisis bivariat maka untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi maka terhadap ansietas dan beban maka dilakukan multivariat dengan terlebih dahulu melakukan seleksi dengan menggunakan uji *independent t-test* apabila $p\text{-value} < 0,25$ maka faktor tersebut dimasukkan kedalam multivariat dengan menggunakan *backward* sehingga akan terseleksi sendiri mana faktor yang mempengaruhi ansietas dan beban (tabel 4.4)

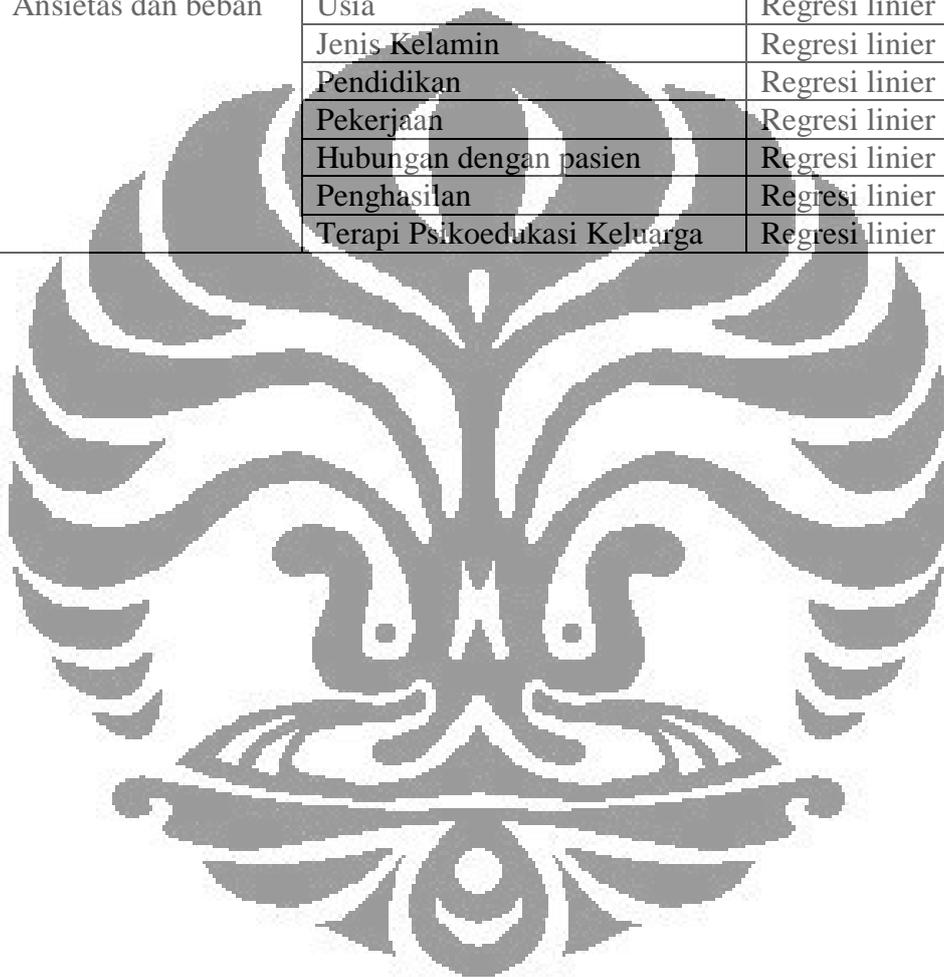
Tabel 4.3.
Analisa variabel penelitian pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial (Ansietas dan beban) dalam merawat pasien stroke di RSUP Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta.

Analisa Bivariat

Analisa Uji Kesetaraan Karakteristik Keluarga (caregiver)			
No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1.	Usia (interval)	Usia (interval)	<i>Independent Sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (nominal)	Jenis Kelamin (nominal)	<i>Uji Chi Square</i>
3	Pendidikan (ordinal)	Pendidikan (ordinal)	<i>Uji Chi Square</i>
4	Pekerjaan (nominal)	Pekerjaan (nominal)	<i>Uji Chi Square</i>
5	Hubungan keluarga dengan pasien (nominal)	Hubungan keluarga dengan pasien (nominal)	<i>Uji Chi Square</i>
6.	Penghasilan (ordinal)	Penghasilan (ordinal)	<i>Uji Chi Square</i>
Perbedaan Ansietas sebelum dan sesudah intervensi			
No	Variabel Masalah Psikososial Caregiver	Variabel Masalah Psikososial Caregiver	Cara Analisis
1.	Ansietas kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Ansietas kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent Sample t-test (uji kesetaraan)</i>
2	Ansietas kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Ansietas kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>
3	Ansietas kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Ansietas kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>
4	Ansietas kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	Ansietas kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Independent Sample t-test</i>
Perbedaan beban sebelum dan sesudah intervensi			
No	Variabel Masalah Psikososial Caregiver	Variabel Masalah Psikososial Caregiver	Cara Analisis
1.	Beban kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Beban kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent Sample t-test (uji kesetaraan)</i>
2	Beban kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Beban kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>
3	Beban kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Beban kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Paired t-test</i>
4	Beban kelompok intervensi setelah penelitian (data interval)	Beban kelompok kontrol setelah penelitian (data interval)	<i>Independent Sample t-test</i>

Tabel 4.4.
 Faktor yang berkontribusi terhadap masalah psikososial
 (Ansietas dan beban) dalam merawat pasien stroke
 di RSUP Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta
 Analisis Multivariat

Pengaruh karakteristik keluarga (<i>caregiver</i>) terhadap ansietas dan beban		
Variabel dependen	Variabel confounding keluarga	Cara Analisis
Ansietas dan beban	Usia	Regresi linier ganda
	Jenis Kelamin	Regresi linier ganda
	Pendidikan	Regresi linier ganda
	Pekerjaan	Regresi linier ganda
	Hubungan dengan pasien	Regresi linier ganda
	Penghasilan	Regresi linier ganda
	Terapi Psikoedukasi Keluarga	Regresi linier ganda



BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 20 April sampai 5 Juni 2009. Jumlah keluarga yang direncanakan sebanyak 84 orang (54 keluarga/*caregiver* kelompok kontrol dan 54 keluarga/*caregiver* kelompok intervensi) tetapi pada proses pelaksanaan hanya didapatkan 45 orang yang terdiri dari 22 kelompok intervensi dan 23 kelompok kontrol. Psikoedukasi keluarga ini dilakukan sebanyak 5 sesi pada kelompok intervensi. Kedua kelompok dilakukan pre- test dan post- test yang hasilnya dibandingkan. Penelitian ini terdiri dari tiga bagian yang akan diuraikan berikut ini:

5.1 Proses pelaksanaan terapi Psikoedukasi Keluarga Pada Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit

Pelaksanaan terapi Psikoedukasi Keluarga pada keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit meliputi persiapan dan pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga.

5.1.1 Persiapan Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga

Persiapan pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga pada keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta diawali dengan melakukan sosialisasi proposal dan penjelasan pelaksanaan terapi Psikoedukasi Keluarga kepada pihak rumah sakit, baik pejabat struktural maupun perawat ruangan lantai 5 zona A. Sosialisasi tersebut mendapat respon yang positif dari pihak rumah sakit karena ini merupakan hal yang baru dalam melakukan psikoedukasi keluarga pada masalah psikososial di rumah sakit umum.

Setelah sosialisasi maka dilakukan pelatihan dan persamaan persepsi kepada 4 orang mahasiswa residen sebagai pengumpul data cara pengisian kuisisioner dan observasi. Empat orang terdiri dari 2 orang pengumpul data dan 2 orang yang memberikan penjelasan tentang penyakit stroke secara umum. Setelah itu peneliti menseleksi keluarga (*caregiver*) yang memenuhi kriteria inklusi. Apabila sesuai dengan kriteria inklusi maka hari berikutnya dilakukan pretest kepada keluarga (*caregiver*) yang sebelumnya dijelaskan terlebih dahulu tentang penelitian, apabila keluarga (*caregiver*) bersedia maka langsung menandatangani surat persetujuan (*informed consent*) sebagai responden, setelah itu baru mengisi data demografi, kuisisioner penelitian dan mengisi lembar observasi yang dilakukan oleh pengumpul data. Untuk menentukan kelompok intervensi dan kontrol maka peneliti akan memilih berdasarkan urutan masuk pasien, karena pasien akan berhubungan dengan keluarga (*caregiver*) yang akan merawatnya.

Setelah selesai pre test kelompok yang di intervensi akan dilakukan kontrak untuk mengikuti psikoedukasi hari berikutnya, kelompok yang di intervensi mengikuti psikoedukasi setiap harinya yang di mulai dengan sesi 1 dan hari berikutnya sampai sesi 5. Dari 47 keluarga yang terkumpul sesuai dengan kriteria inklusi hanya 45 orang yang dapat mengikuti penelitian ini sampai selesai. Hal ini terjadi karena ada tiba-tiba ada satu pasien yang pulang sehingga keluarga (*caregiver*) tidak dapat mengikuti psikoedukasi keluarga sampai selesai, serta ada pula satu keluarga (*caregiver*) sesuai kriteria inklusi tetapi tidak mau mengikuti psikoedukasi ini.

5.1.2 Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga

Terapi psikoedukasi keluarga dilakukan dalam lima sesi dengan 5 kali pertemuan dengan setiap pertemuan dilakukan 45menit/sesi). Jumlah keluarga (*caregiver*) yang diberikan terapi 2 - 3 orang dalam sehari yang rata-rata perminggu terdapat 7 keluarga perminggu keluarga yang

mengikuti penelitian ini yang terdiri dari kelompok intervensi dan kontrol. Pertemuan ini dilakukan setiap hari sampai lima kali pertemuan, hal ini dilakukan peneliti dengan pertimbangan rata-rata hari rawat pasien yang menderita stroke 7-14 hari sehingga mempengaruhi keikutsertaan keluarga (*caregiver*) dalam penelitian ini.

Dalam tahap pelaksanaan hari pertama 2 orang mengikuti sesi pertama, kemudian hari kedua 2 orang hari sebelumnya mengikuti sesi 2 apabila ada keluarga (*caregiver*) baru maka akan mengikuti sesi satu, demikian seterusnya. Waktu yang digunakan dalam psikoedukasi keluarga menyesuaikan dengan kondisi dan kesiapan keluarga (*caregiver*), karena walaupun sudah ada kontrak terkadang ada hal yang tidak dapat dihindari oleh keluarga seperti kondisi klien yang sakit, harus mengurus sesuatu yang terkait dengan klien yang sakit sehingga perlu waktu dimajukan atau dimundurkan. Ada beberapa keluarga (*caregiver*) tidak bisa dilakukan setiap hari karena ada sesuatu yang tidak terduga dilanjutkan pada hari berikutnya sampai sesi selesai.

Setelah kelompok intervensi mengikuti psikoedukasi selama 5 sesi maka satu hari berikutnya yaitu hari keenam dilakukan *post test*. Pengukuran dilakukan menggunakan instrumen yang sama pada saat *pre test*. Untuk kelompok kontrol dilakukan *post test* pada hari keenam setelah psikoedukasi diberikan pada keluarga (*caregiver*) yang mengikuti psikoedukasi keluarga, setelah itu baru diberikan panduan psikoedukasi keluarga secara lengkap.

5.2 Karakteristik keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke dalam merawat pasien stroke di Rumah Sakit

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien dan penghasilan. Berikut ini uraian hasil analisisnya.

5.2.1 Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol.

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi keluarga yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien dan penghasilan

5.2.1.1 Usia

Karakteristik keluarga yang terdiri dari usia merupakan variabel numerik dianalisis dengan menggunakan *central tendency* dan disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Usia Keluarga (*Caregiver*) Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009
(N = 45)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	Min-Maks	95% CI
Usia keluarga (<i>Caregiver</i>)	Intervensi	22	38,09	13,07	19 - 76	32,30 - 43,88
	Kontrol	23	47,26	17,69	19 - 87	39,61 - 54,91
	Total	45	42,78	16,11	19 - 87	37,94 - 47,62

Hasil analisis pada tabel 5.1 dijelaskan bahwa dari 45 keluarga (*caregiver*) usia rata-rata adalah 42,78 tahun dengan standar deviasi 16,11 tahun dengan usia usia termuda 19 tahun dan tertua 87 tahun.

5.2.1.2 Pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan anak dan penghasilan merupakan variabel kategorik dianalisa dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Hasil analisis karakteristik keluarga (*caregiver*) dari 45 keluarga (*caregiver*) 11 orang (24,4%) berjenis kelamin laki-laki yang terdiri dari 4 orang (17,4%) kelompok kontrol dan 7 orang (31,8%) kelompok intervensi. Jenis kelamin perempuan

berjumlah 34 orang (75,6%) terdiri dari 19 orang (82,6%) kelompok kontrol dan 15 orang (68,2%) kelompok intervensi. Pendidikan keluarga (*caregiver*) yang berpendidikan rendah sebanyak 20 orang (44,4%) yang terdiri dari 12 orang (52,2%) kelompok kontrol dan 8 orang (36,4%) kelompok intervensi. Sedangkan yang berpendidikan tinggi berjumlah 25 orang (55,6%) yang terdiri dari 11 orang (47,8%) kelompok kontrol dan 14 orang (63,6%) kelompok intervensi.

Pekerjaan keluarga (*caregiver*) yang bekerja berjumlah 27 orang (60%) yang terdiri dari 18 orang (78,3%) kelompok kontrol dan 9 orang (40,9%) kelompok intervensi. Untuk yang tidak bekerja berjumlah 18 orang (40%) yang terdiri dari 5 orang (21,7%) kelompok kontrol dan 13 orang (59,1%) kelompok intervensi.

Hubungan keluarga (*caregiver*) dengan klien yang termasuk keluarga inti berjumlah 42 orang (93,3%) yang terdiri dari 22 orang (95,7%) kelompok kontrol dan 20 orang (90,9%) kelompok intervensi. Untuk yang bukan keluarga inti berjumlah 3 orang (6,7%) yang terdiri dari 1 orang (4,37%) kelompok kontrol dan 2 orang (9,1%) kelompok intervensi.

Penghasilan keluarga (*caregiver*) yang berada dibawah UMR berjumlah 23 orang (51,1%) yang terdiri dari 5 orang (21,7%) kelompok kontrol dan 18 orang (81,8%) kelompok intervensi. Untuk berada diatas UMR berjumlah 22 orang (48,9%) yang terdiri dari 18 orang (78,3%) kelompok kontrol dan 4 orang (18,2%) kelompok intervensi. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi Keluarga (*Caregiver*) Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan,
Hubungan Dengan Pasien dan Penghasilan Pada Kelompok Intervensi Dan
Kelompok Kontrol Di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009
(N = 45)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 22)		Kelompok kontrol (n = 23)		TOTAL (n = 45)	
	N	%	N	%	N	%
1. Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	7	31,8	4	17,4	11	24,4
b. Perempuan	15	68,2	19	82,6	34	75,6
1. Pendidikan Keluarga						
a. Pendidikan rendah (tidak sekolah, SD dan SLTP)	8	36,4	12	52,2	20	44,4
b. Pendidikan tinggi (SLTA dan PT/Diploma)	14	63,6	11	47,8	25	55,6
2. Pekerjaan Keluarga						
a. Bekerja	9	40,9	18	78,3	27	60
b. Tidak bekerja	13	59,1	5	21,7	18	40
3. Hubungan dengan pasien	20	90,9	22	95,7	42	93,3
a. Keluarga Inti	2	9,1	1	4,3	3	6,7
b. Bukan Keluarga Inti						
4. Penghasilan						
a. Dibawah UMR	18	81,8	5	21,7	23	51,1
b. Diatas UMR	4	18,2	18	78,3	22	48,9

5.2.2. Kesetaraan Karakteristik Keluarga (*caregiver*) Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama. Hasil uji kesetaraan usia dapat dilihat pada tabel 5.3. Hasil uji kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien dan penghasilan dapat dilihat pada tabel 5.4

5.2.2.1 Kesetaraan Karakteristik Keluarga Berdasarkan Usia

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*. Hasilnya dapat dilihat ditabel 5.3

Tabel 5.3

Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia Keluarga (*Caregiver*) Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Di RSUP-Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Tahun 2009

(N = 45)

No	Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	P value
1	Usia	1. Intrevensi	22	38,09	13,06	0,055
		2. Kontrol	23	47,26	17,69	

Usia keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi dan kontrol adalah setara ($p\text{-value} > \alpha 0,05$).

5.2.2.2 Kesetaraan karakteristik keluarga berdasarkan, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan anak dan pekerjaan

Uji kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan anak dan pekerjaan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji *Chi Square*.

Berdasarkan hasil dari tabel 5.4. dapat dilihat bahwa pada alpha 5% diyakini ada kesetaraan pada jenis kelamin ($p\text{-value} 0,436 > \alpha 0,05$), pendidikan keluarga ($p\text{-value} 0,443 > \alpha 0,05$), dan hubungan keluarga dengan klien ($p\text{-value} 0,968 > \alpha 0,05$) pada kelompok intervensi dan kontrol. Sedangkan pada alpha 5% tidak ada kesetaraan pada pekerjaan keluarga ($p\text{-value} 0,024$

$< \alpha 0,05$), dan penghasilan keluarga ($p\text{-value } 0,001 < \alpha 0,05$), antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.4

Analisa Kesetaraan Keluarga (*Caregiver*) Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Hubungan Dengan Pasien dan Penghasilan Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009

(N = 45)

Karakteristik	Kelompok intervensi (n = 22)		Kelompok kontrol (n = 23)		TOTAL (n = 45)		P Value
	N	%	N	%	N	%	
1. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	7	31,8	4	17,4	11	100	0,436
b. Perempuan	15	68,2	19	82,6	34	100	
2. Pendidikan Keluarga							
a. Pendidikan rendah (tidak sekolah, SD dan SLTP)	8	36,4	12	60,0	20	100	0,443
b. Pendidikan tinggi (SLTA dan Diploma)	14	63,6	11	44,0	25	100	
3. Pekerjaan Keluarga							
a. Bekerja	17	63,6	10	37	27	100	0,024
b. Tidak bekerja	5	27,8	13	72,2	18	100	
4. Hubungan dengan pasien							
a. Keluarga Inti	21	50	21	50	42	100	0,968
b. Bukan Keluarga Inti	1	33,3	2	66,7	3	100	
5. Penghasilan							
a. Dibawah UMR	8	34,8	15	65,2	23	100	0,001
b. Diatas UMR	14	63,6	8	36,4	22	100	

5.3 Ansietas dan Beban Keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke.

Pada bagian ini akan dijelaskan ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien dengan stroke di rumah sakit sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, hasil analisis kesetaraan ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, ansietas dan beban keluarga

dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dan sesudah tindakan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, selisih sebelum dan sesudah ansietas dan beban pada kelompok intervensi dan kontrol serta ansietas dan beban setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol.

5.3.1 Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga.

Dari 45 keluarga (*caregiver*) ansietas *self evaluation* respon fisiologis rata-rata 13,76 dan berada pada rentang ansietas sedang (12,25-17,5) dengan standar deviasi 2,80 nilai terendah 9 dan tertinggi 21, respon kognitif rata-rata 9,64 dan berada pada rentang ansietas sedang (7-10) dengan standar deviasi 1,96 nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 7, respon perilaku rata-rata 5,09 dan berada pada rentang ansietas berat (5-6,5) dengan standar deviasi 1,12 nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 7, respon emosional rata-rata 6,47 dan berada pada rentang ansietas sedang (5,25-7,5) dengan standar deviasi 1,78 nilai terendah 4 dan nilai tertinggi 12. Untuk nilai komposit *self evaluation* rata-rata 34,96 dan berada pada rentang ansietas berat (30-37) dengan standar deviasi 4,79 nilai terendah 26 dan nilai tertinggi 46. Dari hasil nilai ansietas secara komposit *self evaluation* dapat dikatakan bahwa keluarga (*caregiver*) sebelum diberikan psikoedukasi keluarga berada pada rentang ansietas berat.

Sedangkan dari 45 keluarga (*caregiver*) ansietas hasil observasi respon fisiologis rata-rata 6,69 dan berada pada rentang ansietas ringan (5-8,75) dengan standar deviasi 1,85 nilai terendah 5 dan tertinggi 10, respon kognitif rata-rata 1,31 dan berada pada rentang ansietas ringan (1-1,75) dengan standar deviasi 0,47 nilai terendah 1 dan nilai tertinggi 2, respon perilaku rata-rata 2,36 dan berada pada rentang ansietas ringan (2-3,5) dengan standar deviasi 0,53 nilai terendah 2 dan nilai tertinggi 4, sedangkan untuk nilai komposit hasil observasi rata-rata

10,36 dan beradapa pada rentang ansietas ringan (8-14) dengan standar deviasi 2,60 nilai terendah 8 dan nilai tertinggi 15. Untuk lebih jelas hasil dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5.

Analisis ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) Sebelum Dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUP Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta Tahun 2009 (N = 45)

Variabel Ansietas	N	Mean	SD	Min – Max	95% CI
Self evaluation					
1. Fisiologis					
a. Intervensi	22	14,27	3,02	10-21	12,93 - 15,61
b. Kontrol	23	13,26	2,54	9-19	12,16 - 14,36
Total	45	13,76	2,80	9-21	12,91 - 14,60
2. Kognitif					
a. Intervensi	22	9,82	1,40	7-12	9,20 - 10,44
b. Kontrol	23	9,48	1,41	5-12	8,87 - 10,09
Total	45	9,64	1,96	5-12	9,22 - 10,07
3. Perilaku					
a. intervensi	22	5,23	1,06	3-7	4,75 - 5,70
b. kontrol	23	4,96	1,18	2-7	4,44 - 5,47
Total	45	5,09	1,12	2-7	4,75 - 5,43
4. Emosional					
a. Intervensi	22	7,18	2,08	4-12	6,26 - 8,11
b. Kontrol	23	5,78	1,08	4-8	5,31 - 6,25
Total	45	6,47	1,78	4-12	5,93 - 7,00
Komposit self evaluation					
a. Intervensi	22	36,50	4,68	30 – 46	34,42 - 38,58
b. Kontrol	23	33,48	4,51	26 – 41	31,53 - 35,43
Total	45	34,96	4,79	26 - 46	33,51 - 36,40
Observasi					
1. Fisiologis					
a. Intervensi	22	6,64	1,44	5-10	5,91 - 7,37
b. Kontrol	23	6,74	2,07	5-10	5,84 - 7,64
Total	45	6,69	1,86	5-10	6,13 - 7,25
2. Kognitif					
a. Intervensi	22	1,23	0,42	1-2	1,04 - 1,42
b. Kontrol	23	1,39	0,39	1-2	1,18 - 1,61
Total	45	1,31	0,47	1-2	1,17 - 1,45
3. Perilaku					
a. intervensi	22	2,41	0,59	2-4	2,15 - 2,67
b. kontrol	23	2,30	0,47	2-3	2,10 - 2,51
Total	45	2,36	0,53	2-4	2,20 - 2,51
Komposit observasi					
a. Intervensi	22	10,27	2,31	8 - 15	9,25 – 11,30
b. Kontrol	23	10,43	2,90	8 - 15	9,18 – 11,69
Total	45	10,36	2,60	8 - 15	9,57 – 11,14
Variabel Beban					
a. Intervensi	22	27,45	5,07	17 – 37	25,21 - 29,70
b. Kontrol	23	27,35	3,49	17 – 31	25,84 - 28,86
Total	45	27,40	4,29	17 - 37	26,11 – 28,69

5.3.2 Kesetaraan Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Untuk melihat kesetaraan ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent Sample T-Test*. Hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.6.

Tabel 5.6
Analisis Kesetaraan Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009: (n = 45)

Variabel Ansietas	N	Mean	SD	SE	p-value
Self evaluation					
1. Fisiologis					
a. Intervensi	22	14,27	3,02	0,64	0,231
b. Kontrol	23	13,26	2,54	0,53	
2. Kognitif					
a. Intervensi	22	9,82	1,40	0,29	0,422
b. Kontrol	23	9,48	1,41	0,29	
3. Perilaku					
a. Intervensi	22	5,23	1,06	0,22	0,426
b. Kontrol	23	4,96	1,18	0,24	
4. Emosional					
a. Intervensi	22	7,18	2,08	0,44	0,007
b. Kontrol	23	5,78	1,08	0,22	
Komposit Self evaluation					
a. Intervensi	22	36,50	4,68	0,99	
b. Kontrol	23	33,48	4,51	0,94	0,033
Observasi					
1. Fisiologis					
a. Intervensi	22	6,64	1,44	0,35	0,855
b. Kontrol	23	6,74	2,07	0,43	
2. Kognitif					
a. intervensi	22	1,23	0,42	0,09	0,244
b. kontrol	23	1,39	0,39	0,10	
3. Perilaku					
a. Intervensi	22	2,41	0,59	0,12	0,513
b. Kontrol	23	2,30	0,47	0,09	
Komposit Observasi					
a. Intervensi	22	10,27	2,31	0,49	0,837
b. Kontrol	23	10,43	2,90	0,61	
Beban					
a. Intervensi	22	27,45	5,07	1,08	0,935
b. Kontrol	23	27,35	3,49	0,73	

Berdasarkan hasil dari tabel 5.6. dapat dilihat bahwa pada alpha 5% diyakini ada kesetaraan pada *self evaluation* ansietas untuk respon fisiologis, respon kognitif dan respon perilaku ($p\text{-value} > \alpha 0,05$) antara kelompok intervensi dan kontrol, sedangkan respon emosional tidak ada kesetaraan ($p\text{-value} < \alpha 0,05$) antara kelompok intervensi dan kontrol. Untuk hasil komposit *self evaluation* tidak ada kesetaraan ($p\text{-value} < \alpha 0,05$) antara kelompok intervensi dan kontrol.

Pada ansietas hasil observasi dapat dilihat pada alpha 5% diyakini tidak ada kesetaraan ($p\text{-value} > \alpha 0,05$) untuk respon fisiologis, respon kognitif dan respon perilaku serta komposit hasil observasi antara kelompok intervensi dan kontrol. Sedangkan untuk beban keluarga (*caregiver*) tidak ada kesetaraan ($p\text{-value} > \alpha 0,05$) antara kelompok intervensi dan kontrol.

5.3.3 Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.3.3.1 Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dilakukan uji *dependen sample t-Test* (*Paired t test*) .untuk melihat lebih jelas melihat perbedaan penurunan ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum baik secara respon maupun komposit hasil dari *self evaluation* dan observasi pada ansietas serta *self evaluation* pada beban dapat dilihat pada tabel 5.7, tabel 5,8 dan tabel 5.9

Tabel 5.7
 Analisis Ansietas berdasarkan *self evaluation* pada keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009 (N = 45)

Kelompok	Variabel Ansietas <i>Self evaluation</i>	N	Mean	SD	p-value
Intervensi	1. Fisiologis				
	a. Sebelum	22	14,27	3,03	0,121
	b. Setelah	22	12,73	3,13	
	Selisih	22	1,55	4,49	
	2. Kognitif				
	a. Sebelum	22	9,82	1,40	0,003
	b. Setelah	22	8,13	1,88	
	Selisih	22	1,68	2,33	
	3. Perilaku				
	a. Sebelum	22	5,23	1,07	0,438
	b. Setelah	22	4,91	1,51	
	Selisih	22	0,32	1,88	
4. Emosional					
a. Sebelum	22	7,18	2,08	0,001	
b. Setelah	22	5,05	1,91		
Selisih	22	2,14	2,35		
	Komposit <i>self evaluation</i>				
	a. Sebelum	22	36,50	4,68	0,004
	b. Setelah	22	30,82	6,83	
	Selisih	22	5,68	8,37	
Kontrol	1. Fisiologis				
	a. Sebelum	23	13,26	2,54	0,500
	b. Setelah	23	13,00	2,35	
	Selisih	23	0,26	0,65	
	2. Kognitif				
	a. Sebelum	23	9,48	1,41	0,328
	b. Setelah	23	9,35	1,55	
	Selisih	23	0,13	0,62	
	3. Perilaku				
	a. Sebelum	23	4,96	1,18	0,015
	b. Setelah	23	4,52	1,23	
	Selisih	23	0,43	0,78	
4. Emosional					
a. Sebelum	23	5,78	1,08	0,328	
b. Setelah	23	5,61	1,23		
Selisih	23	0,17	0,83		
	Komposit <i>self evaluation</i>				
	a. Sebelum	23	33,48	4,511	0,108
	b. Setelah	23	32,48	4,879	
	Selisih	23	1,00	2,86	

Dari tabel 5.7 didapatkan bahwa ansietas *self evaluation* respon fisiologis sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,121; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol juga mengalami penurunan yang tidak bermakna setelah kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga (*p value* 0,500; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (1,55) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,26).

Ansietas *self evaluation* respon kognitif sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,003; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna setelah kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga (*p value* 0,328; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (1,68) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,13).

Ansietas *self evaluation* respon perilaku sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,438; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,015; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih rendah pada kelompok intervensi (0,32) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,43).

Ansietas *self evaluation* respon emosional sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,001; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,328; α 0,05). Selisih

penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (2,41) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,17). Ansietas komposit dari hasil *self evaluation* sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,004; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,108; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (5,68) dibandingkan dengan kelompok kontrol (1,00).

Tabel 5.8
Analisis Ansietas berdasarkan observasi pada keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009 (N = 45)

Kelompok	Variabel Ansietas Observasi	N	Mean	SD	p-value	
Intervensi	1. Fisiologis					
	a. sebelum	22	6,64	1,64	0,001	
	b. setelah	22	5,00	0,00		
	selisih	22	1,64	1,64		
	2. Kognitif	a. sebelum	22	1,23	0,42	0,021
		b. setelah	22	1,00	0,00	
		selisih	22	0,23	0,42	
	3. Perilaku	a. sebelum	22	2,41	0,59	0,171
		b. Setelah	22	2,18	0,39	
		selisih	22	0,23	0,75	
	Komposit observasi					
		a. sebelum	22	10,27	2,313	0,001
	b. Setelah	22	8,18	0,395		
	selisih	22	2,09	2,32		
Kontrol	1. Fisiologis					
	a. sebelum	23	6,74	2,07	0,213	
	b. setelah	23	6,57	2,06		
	selisih	23	0,17	0,65		
	2. Kognitif	a. sebelum	23	1,39	0,49	0,162
		b. setelah	23	1,30	0,47	
		selisih	23	0,09	0,28	
	3. Perilaku	a. sebelum	23	2,30	0,47	0,162
		b. Setelah	23	2,22	0,42	
		selisih	23	0,09	0,28	
	Komposit observasi					
		a. sebelum	23	10,43	2,905	0,148
	b. Setelah	23	10,09	2,729		
	selisih	23	0,35			

Dari tabel 5.8 didapatkan bahwa ansietas hasil observasi respon fisiologis sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,001; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna setelah kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga (*p value* 0,213; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (1,64) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,17).

Ansietas hasil observasi respon kognitif sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,021; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna setelah kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga (*p value* 0,162; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (0,23) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,09).

Ansietas observasi respon perilaku sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,171; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna setelah kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi keluarga (*p value* 0,162; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (0,23) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,09).

Ansietas komposit dari hasil observasi sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang bermakna (*p value* 0,001; α 0,05).

Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,148; α 0,05). Selisih penurunan ansietas lebih tinggi pada kelompok intervensi (2,09) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,35).

Tabel 5.9
Analisis beban pada keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009 (N = 45)

Kelompok	Variabel beban	N	Mean	SD	p -value
Intervensi	a. sebelum	22	27,45	5,07	0,211
	b. setelah	22	25,59	5,06	
	selisih	22	1,86	6,77	
Kontrol	a. sebelum	23	27,35	3,49	0,429
	b. setelah	23	26,83	4,42	
	selisih	23	0,52	3,10	

Dari tabel 5.9 dapat dilihat beban keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,211; α 0,05). Sedangkan kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna (*p value* 0,429; α 0,05). Selisih penurunan beban lebih tinggi pada kelompok intervensi (1,86) dibandingkan dengan kelompok kontrol (0,52).

5.3.3.2 Selisih ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke sebelum dan setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol

Untuk melihat hasil selisih antara ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
Rata – Rata Selisih Ansietas dan Beban Sebelum Dan Setelah Dilakukan
Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Di RSUP Dr. Cipto
Mangunkusumo Jakarta Tahun 2009 (N = 45)

Variabel Ansietas	N	Mean	selisih SD	p-value
Self evaluation				
1. Fisiologis				
a. Intervensi	22	1,55	4,49	0,121
b. Kontrol	23	0,26	0,65	
2. Kognitif				
a. Intervensi	22	1,68	2,33	0,003
b. Kontrol	23	0,13	0,62	
3. Perilaku				
a. Intervensi	22	0,32	1,88	0,438
b. Kontrol	23	0,43	0,78	
4.Emosional				
a. Intervensi	22	2,14	2,35	0,001
b. Kontrol	23	0,17	0,83	
Komposit self evaluation				
a. Intervensi	22	5,68	8,37	0,004
b. Kontrol	23	1,00	2,86	
Observasi				
1. Fisiologis				
a. Intervensi	22	1,64	1,64	0,001
b. Kontrol	23	0,17	0,65	
2. Kognitif				
a. intervensi	22	0,23	0,42	0,021
b. kontrol	23	0,09	0,28	
3. Perilaku				
a. intervensi	22	0,23	0,75	0,171
b. kontrol	23	0,09	0,28	
Komposit observasi				
a. intervensi	22	2,09	2,32	0,001
b. kontrol	23	0,35	1,11	
Variabel Beban				
a. Intervensi	22	1,86	6,77	0,211
b. Kontrol	23	0,52	3,10	

Dari tabel 5.10 menunjukkan rata – rata selisih ansietas pada *self evaluation* respon fisiologis keluarga(*caregiver*) dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 1,55 dan kelompok kontrol 0,26 dan dapat dikatakan selisih respon fisiologis keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi tetapi tidak bermakna (p-value > 0,05)

dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Rata – rata selisih ansietas pada *self evaluation* respon kognitif keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 1,68 dan kelompok kontrol 0,13 dan dapat dikatakan selisih respon kognitif keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Rata – rata selisih ansietas pada *self evaluation* respon perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 0,32 dan kelompok kontrol 0,43 dan dapat dikatakan selisih respon perilaku keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Rata – rata selisih ansietas pada *self evaluation* respon emosional keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 2,14 dan kelompok kontrol 0,17 dapat dikatakan selisih respon emosional keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Sedangkan rata – rata selisih ansietas pada komposit hasil *self evaluation* keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 5,68 dan kelompok kontrol 1,00 dapat dikatakan selisih komposit *self evaluation* keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih

tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Sedangkan rata – rata selisih ansietas pada observasi respon fisiologis keluarga keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 1,64 dan kelompok kontrol 0,17 dan dapat dikatakan selisih respon fisiologis keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Rata – rata selisih ansietas pada observasi respon kognitif keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 0,23 dan kelompok kontrol 0,09 dapat dikatakan selisih respon kognitif keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Sedangkan rata – rata selisih ansietas pada observasi respon perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 0,23 dan kelompok kontrol 0,09 dapat dikatakan selisih respon perilaku keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

Sedangkan rata – rata selisih ansietas pada komposit hasil observasi keluarga dalam merawat pasien stroke pada kelompok intervensi sebesar 2,09 dan kelompok kontrol 0,35 dapat dikatakan selisih komposit hasil observasi keluarga (*caregiver*) yang mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan tinggi bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

value $< 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga

Rata-rata selisih beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit pada kelompok intervensi 1,86 dan pada kelompok kontrol 0,52 dan dapat dikatakan selisih beban keluarga (*caregiver*) yang mendapat psikoedukasi keluarga mengalami penurunan lebih tinggi tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) dibandingkan dengan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

5.3.4 **Ansietas dan Beban Keluarga (*caregiver*) Setelah Psikoedukasi Keluarga Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol**

Ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit sesudah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *independen sample t-Test*.

Ansietas *self evaluation* respon fisiologis, respon perilaku dan respon emosional pada keluarga (*caregiver*) yang mendapat psikoedukasi keluarga dan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga menunjukkan penurunan yang tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Sedangkan untuk respon kognitif pada keluarga (*caregiver*) pada kelompok yang mendapatkan psikoedukasi keluarga dan kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Sedangkan untuk komposit hasil *self evaluation* pada keluarga (*caregiver*) kelompok yang mendapatkan psikoedukasi keluarga dan kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami

penurunan tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Ansietas hasil observasi respon fisiologis dan respon kognitif pada keluarga (*caregiver*) yang mendapat psikoedukasi keluarga dan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga menunjukkan penurunan yang bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Sedangkan untuk respon perilaku pada keluarga (*caregiver*) kelompok yang mendapatkan psikoedukasi keluarga dan kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Sedangkan untuk komposit hasil observasi pada keluarga (*caregiver*) kelompok yang mendapatkan psikoedukasi keluarga dan kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Sedangkan untuk beban pada keluarga (*caregiver*) kelompok yang mendapatkan psikoedukasi keluarga dan kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Untuk lebih jelas melihat ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum setelah dilakukan psikoedukasi keluarga dapat dilihat pada tabel 5.11

Tabel 5.11

Analisis Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel Ansietas	N	Mean	SD	p-value
Self evaluation				
1. Fisiologis				
a. intervensi	22	12,73	3,15	0,742
b. kontrol	23	13,00	2,54	
2. Kognitif				
a. intervensi	22	8,14	1,88	0,023
b. kontrol	23	9,35	1,55	
3. Perilaku				
a. intervensi	22	4,91	1,50	0,351
b. kontrol	23	4,52	1,23	
4. Emosional				
a. intervensi	22	5,95	1,91	0,245
b. kontrol	23	5,61	1,23	
Komposit self evaluation				
a. intervensi	22	30,82	6,83	0,352
b. kontrol	23	32,48	4,88	
Observasi				
1. Fisiologis				
a. intervensi	22	5,00	0,00	0,001
b. kontrol	23	6,57	2,06	
2. Kognitif				
a. intervensi	22	1,00	,00	0,004
b. kontrol	23	1,30	0,47	
3. Perilaku				
a. intervensi	22	2,18	0,39	0,772
b. kontrol	23	2,22	0,42	
Komposit Observasi				
a. intervensi	22	8,18	0,39	0,002
b. kontrol	23	10,09	2,73	
Variabel Beban				
a. Intervensi	22	25,59	5,06	0,388
b. Kontrol	23	26,83	4,42	

5.4 Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Ansietas dan Beban Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah Sakit.

Faktor yang berkontribusi terhadap beban dalam bentuk *self evaluation* serta ansietas dalam bentuk *self evaluation* dan observasi dalam merawat pasien stroke di rumah sakit dilakukan untuk mengidentifikasi perubahan ansietas

dan beban dalam merawat pasien stroke di rumah sakit setelah psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol. Faktor yang berkontribusi terhadap ansietas dan beban dalam merawat pasien stroke yang di rawat di rumah sakit dianalisis menggunakan uji korelasi regresi linier ganda, sebelum dilakukan regresi linier ganda terlebih dahulu dilakukan uji bivariat dengan *independent-test* untuk mengetahui faktor yang dapat dimasukan kedalam regresi linier ganda untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.12, tabel 5.13, tabel 5.14, tabel 5.15 dan tabel 5.16, tabel 5.17 dan tabel 5.18

Tabel 5.12
Analisis faktor yang berhubungan terhadap komposit ansietas *self evaluation* keluarga dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	Mean	SD	p-value
1. Jenis Kelamin			
a. Laki-laki	4,27	3,137	0,574
b. Perempuan	2,97	7,268	
2. Pendidikan			
a. Rendah	1,45	5,482	0,093
b. Tinggi	4,76	7,090	
3. Pekerjaan			
a. Tidak bekerja	2,39	8,038	0,459
b. Bekerja	3,89	5,466	
4. Peran Dalam Keluarga			
a. Bukan keluarga inti	4,33	4,509	0,779
b. Keluarga inti	3,21	7,726	
5. Penghasilan			
a. < UMR	4,48	8,68	0,218
b. > UMR	2,05	7,908	

Dari hasil bivariat diatas ternyata yang masuk dalam regresi linier ganda adalah pendidikan dan penghasilan karena hasil p-value < 0,25. Untuk melihat faktor penghasilan dan pendidikan mempengaruhi ansietas *self evaluation* selain psikoedukasi keluarga maka tiga faktor tersebut dimasukan kedalam regresi linier dengan metode *backward* dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.13

Tabel 5.13
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit ansietas *self evaluation* keluarga dalam merawat pasien stroke di di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	b	SEb	Beta	P value
1. Psikoedukasi Keluarga	4,656	2,328	0,358	0,052
2. Penghasilan	0,651	2,312	0,050	0,780
3. Pendidikan	2,637	1,884	0,202	0,169

Dari tabel 5.13 menunjukkan hasil setelah dilakukan analisis multivariat ada 3 karakteristik yang masuk, kemudian dilakukan seleksi lagi ternyata yang masuk adalah psikoedukasi keluarga dan pendidikan dan hasil seleksi terakhir antara psikoedukasi dan pendidikan hanya psikoedukasi yang mempengaruhi ansietas *self evaluation* (p-value 0,015) yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.14 dibawah ini.

Tabel 5.14
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit ansietas *self evaluation* setelah seleksi akhir pada keluarga dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	b	SEb	Beta	P value
1. Psikoedukasi Keluarga	4,682	1,849	0,360	0,015

$r = 0,360$ $R^2 = 0,130$; p value = 0,015

Dari hasil tabel 5.14 menunjukan bahwa psikoedukasi keluarga mempunyai hubungan yang sedang ($r = 0,360$) dengan ansietas dan mempunyai peluang sebesar 13% menurunkan ansietas pada hasil *self evaluation*.

Tabel 5.15
Analisis faktor yang berhubungan terhadap komposit ansietas hasil observasi keluarga dalam merawat pasien stroke di di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	Mean	SD	p-value
1. Jenis Kelamin			
a. Laki-laki	1,00	2,530	0,707
b. Perempuan	1,26	1,831	
2. Pendidikan			
a. Rendah	0,85	1,461	0,298
b. Tinggi	1,48	2,330	
3. Pekerjaan			
a. Tidak bekerja	1,83	2,229	0,082
b. Bekerja	0,78	1,739	
4. Peran Dalam Keluarga			
a. Bukan keluarga inti	0,33	0,577	0,443
b. Keluarga inti	1,26	2,049	
5. Penghasilan			
a. < UMR	1,96	2,345	0,008
b. > UMR	0,41	1,141	

Dari hasil bivariat diatas ternyata yang masuk dalam regresi linier ganda adalah pekerjaan dan penghasilan karena hasil p -value $< 0,25$. Untuk melihat faktor pekerjaan dan penghasilan mempengaruhi ansietas *self evaluation* selain psikoedukasi keluarga maka tiga faktor tersebut dimasukan kedalam regresi linier dengan metode *backward* dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.16

Tabel 5.16
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit ansietas objektif keluarga dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	b	SEb	Beta	P value
1. Psikoedukasi Keluarga	1,253	0,683	0,318	0,074
2. Penghasilan	-0,693	0,743	-0,176	0,356
3. Pekerjaan	-0,196	0,656	-0,049	0,767

Dari tabel 5.16 menunjukkan hasil setelah dilakukan analisis multivariat ada 3 karakteristik yang masuk, kemudian dilakukan seleksi lagi ternyata yang masuk adalah psikoedukasi keluarga dan penghasilan dan hasil seleksi terakhir antara psikoedukasi dan penghasilan hanya psikoedukasi yang mempengaruhi ansietas hasil observasi (p -value 0,002) yang hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.17 dibawah ini.

Tabel 5.17
Analisis faktor yang berkontribusi terhadap komposit ansietas hasil observasi setelah seleksi akhir pada keluarga dalam merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta tahun 2009 (N = 45)

Variabel	b	SEb	Beta	P value
1. Psikoedukasi Keluarga	1,743	0,540	0,442	0,002

$r = 0,442$ $R^2 = 0,195$; p value = 0,002

Dari hasil tabel 5.17 menunjukan bahwa psikoedukasi keluarga mempunyai hubungan yang sedang ($r = 0,442$) dengan ansietas dan mempunyai peluang sebesar 19,5% menurunkan ansietas pada hasil observasi.

Sedangkan untuk beban tidak dilakukan analisis multivariat karena dari psikoedukasi sendiri tidak mempengaruhi dalam menurunkan beban keluarga (*caregiver*) secara bermakna.

BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya. Pembahasan meliputi : Pengaruh Psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum, perbedaan ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga dan hubungan karakteristik klien dengan ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) serta keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian.

6.1 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke dirumah sakit umum

6.1.1 Ansietas keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan Psikoedukasi Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan *self evaluation* secara komposit pada keluarga (*caregiver*) selama 7 minggu sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga berada pada rentang ansietas sedang (23-30). Secara fisiologis ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 13,76 dan berada pada rentang ansietas sedang (12,25- 17,5), secara kognitif ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 9,64 dan berada pada rentang ansietas sedang (7- 10), secara perilaku ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 5,09 dan berada pada rentang ansietas sedang (5- 6,5) dan secara emosional ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 6,47 dan berada pada rentang ansietas sedang (5,25- 7,5).

Sedangkan hasil observasi secara komposit pada keluarga (*caregiver*) sebelum psikoedukasi keluarga rata-rata 10,36 dan berada pada rentang

ansietas ringan (8-14). Secara fisiologis ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 6,69 dan berada pada rentang ansietas ringan (5- 8,75), secara kognitif ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 1,31 dan berada pada rentang ansietas ringan (1- 1,75), secara perilaku ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi rata-rata 2,36 dan berada pada rentang ansietas ringan (2-3,5).

Menurut Issacs (2001) pada ansietas sedang tanda fisiologis yang ditampilkan adalah tanda-tanda vital dalam kondisi normal atau mulai terjadi peningkatan, sehingga dapat saja terjadi bahwa saat pengukuran ansietas berdasarkan hasil *self evaluation* berada pada ansietas sedang tetapi pada hasil observasi menunjukkan hasil yang normal sehingga ansietas berada pada tingkat yang ringan. Dari hasil *self evaluation* dan observasi terlihat perbedaan kategori ansietas pada respon fisiologis, kognitif dan perilaku. Hal ini dapat saja terjadi karena hasil observasi dapat dipengaruhi oleh alat yang digunakan, kondisi ruangan, respon tubuh sendiri terhadap perasaan yang dirasakan oleh seseorang. Ini didukung oleh ruangan yang menggunakan *air conditioner* sehingga respon fisiologis seperti berkeringat rata-rata tidak mengeluarkan keringat karena pengaruh lingkungan yang dingin. Pada pengukuran tekanan darah, pernafasan dan nadi juga dalam rata-rata dalam batas normal. ansietas ini juga dapat dipengaruhi oleh respon tubuh setiap manusia berbeda dalam menghadapi masalah tergantung dari coping yang digunakan.

Untuk respon kognitif dapat terjadi perbedaan antara hasil *self evaluation* dan observasi, hal ini dapat disebabkan karena perbedaan jumlah item yang berbeda antara *self evaluation* dan observasi. Pada *self evaluation* terdapat 4 pertanyaan untuk respon kognitif sedangkan hasil observasi hanya 1. Sedangkan untuk respon perilaku juga terdapat perbedaan antara tingkat kecemasan hasil observasi dan *self*

evaluation. Perbedaan ini dapat terjadi karena antara apa yang diungkapkan oleh seseorang dapat berbeda dengan apa yang kita lihat, karena setiap orang mempunyai koping yang berbeda apabila ada suatu distress yang dirasakan dan juga sudah dapat beradaptasi lingkungan yang ada. Selain itu perbedaan antara kuisioner dengan lembar observasi yaitu pada pada kuisioner item yang ditanyakan berbeda dengan item observasi atau dengan kata lain antara kuisioner *self evaluation* dan hasil observasi saling melengkapi sehingga terdapat perbedaan hasil antara *self evaluation* dan hasil observasi

6.1.2 Ansietas keluarga (*caregiver*) sesudah dilakukan Psikoedukasi Keluarga.

6.1.2.1 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap ansietas keluarga (*Caregiver*) pada respon fisiologis

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata skor *self evaluation* respon fisiologis ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (14,27) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas tetap berada pada rentang ansietas sedang (12,73). Ansietas *self evaluation* respon fisiologis mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,121 > 0,05$), penurunan ansietas sebesar 1,55 dan dibutuhkan 0,49 untuk ke rentang ansietas ringan.

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga *self evaluation* respon fisiologis ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (13,26) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas sedang (13,00). Ansietas *self evaluation* respon fisiologis mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,500 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,26 berada pada rentang ansietas sedang.

Sedangkan pada hasil observasi ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (6,64) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (5,00). Ansietas hasil observasi mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,001 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 1,64 dan berada pada rentang ansietas ringan. Walaupun masih dalam tingkatan ansietas ringan tetapi terjadi penurunan bermakna untuk rentang kecemasan fisiologis hasil observasi dan ini menunjukkan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas respon fisiologis observasi.

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga hasil observasi respon fisiologis ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (6,74) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (6,57). Ansietas hasil observasi respon fisiologis mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,213 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,17 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Menurut Videbeck (2008), Stuart dan Laraia (2005) bahwa kecemasan dapat dilihat dengan respon fisik yang diperlihatkan seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan nadi, pernafasan, ketegangan otot dan kulit. Hal ini juga sesuai dengan hasil karya tulis ilmiah yang di lakukan oleh Heni (2009) bahwa respon fisik seperti perubahan tanda-tanda vital pada keluarga (*caregiver*) yang mengalami ansietas sebesar 59,38%.

Pemberian psikoedukasi keluarga dapat menurunkan ansietas pada kelompok intervensi walaupun tingkat ansietas tidak mengalami perubahan tetapi penurunan skor ansietas khususnya untuk observasi mengalami penurunan yang bermakna. Gejala ansietas secara fisiologis atau fisik lebih mudah terlihat dibandingkan dengan dengan pengakuan langsung dari orang yang mengalami cemas.

Hasil yang dinyatakan oleh keluarga dapat saja berbeda dengan hasil observasi yang kita lihat. Ini dapat terjadi karena hasil *self evaluation* bersifat subjektif dan keluarga (*caregiver*) dapat saja mengisi kuisisioner yang ada dalam kondisi yang kurang menyenangkan seperti karena mood, lingkungan yang tidak kondusif dan kondisi dari pasien yang di rawat sendiri. Begitu pula untuk hasil observasi, dapat di pengaruhi oleh respon tubuh seseorang terhadap ansietas dan lingkungan sekitarnya. Hasil observasi dapat kita lihat secara langsung dengan menggunakan alat atau penglihatan seorang observer.

Sedangkan untuk kelompok kontrol hasil diatas menunjukkan bahwa pemberian pendidikan tentang stroke pada keluarga yang ansietas pada respon fisiologis baik hasil *self evaluation* maupun observasi berpengaruh dalam menurunkan kecemasan pada keluarga, walaupun selisih penurunan tidak besar dan tidak bermakna.

6.1.2.2 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas keluarga (*Caregiver*) pada respon kognitif

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata skor *self evaluation* respon kognitif ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (9,82) dan setelah mendapatkan psikoedukasi

keluarga ansietas tetap berada pada rentang ansietas sedang (8,13). Ansietas self evaluation respon kognitif mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,003 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 1,68 dan dibutuhkan 1,44 untuk ke rentang ansietas ringan.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga self evaluation respon kognitif ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (9,48) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas sedang (9,35). Ansietas self evaluation respon kognitif mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,328 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,13 berada pada rentang ansietas sedang.

Sedangkan pada hasil observasi ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (1,23) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (1,00). Ansietas hasil observasi mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,021 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 0,23 dan berada pada rentang ansietas ringan. Walaupun masih dalam tingkatan ansietas ringan tetapi terjadi penurunan bermakna untuk ansietas respon kognitif hasil observasi dan ini menunjukkan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas respon kognitif observasi.

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga hasil observasi respon fisiologis ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (1,39) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (1,30). Ansietas hasil observasi

respon kognitif mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,162 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,09 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Psikoedukasi keluarga yang merupakan salah satu elemen program kesehatan jiwa keluarga dengan cara memberikan informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart dan Laraia, 2005).

Pendapat lain juga mengatakan bahwa psikoedukasi keluarga adalah memberikan pendidikan kepada seseorang yang mendukung *treatment* dan rehabilitasi (*Psychoeducation*, 2006). Kita ketahui bahwa ansietas menimbulkan respon kognitif pada seseorang yang mengalami ansietas. Menurut Videbeck (2008), Stuart dan Laraia (2005) dan Hamilton (1959) respon kognitif seseorang yang mengalami ansietas seperti terjadi fokus perhatian terganggu dari cepat berespon terhadap stimulus sampai fokus perhatian terpecah, proses belajar terganggu dari mempunyai motivasi belajar yang tinggi sampai tidak bisa berfikir. Respon lain yang muncul terjadinya perubahan proses pikir dari seseorang dapat berfikir logis sampai timbulnya halusinasi atau waham serta ilusi dan orientasi yang baik sampai terjadi disorientasi.

Teori kognitif yang dikembangkan oleh Aaron Beck juga mengungkapkan bahwa ansietas merupakan respon yang dipelajari terhadap kejadian yang stressful atau berbahaya (Roerig, 1999). Untuk itu psikoedukasi keluarga ini sangat sesuai dilakukan untuk keluarga (*caregiver*) yang mengalami ansietas karena pasien yang mengalami stroke tentu akan mempengaruhi keluarga yang lain, sehingga keluarga

(*caregiver*) yang mengalami ansietas membutuhkan informasi dan pendidikan yang dibutuhkan memberikan pengobatan dan rehabilitasi untuk pasien yang sakit stroke.

Ini juga sesuai dengan hasil karya tulis ilmiah yang dilakukan oleh Heni (2009) bahwa psikoedukasi keluarga sangat tepat diberikan pada keluarga (*caregiver*) yang mengalami ansietas dan lima peran perawat dalam melakukan psikoedukasi keluarga yaitu memberikan informasi terkait ansietas, melatih keluarga dalam menyelesaikan konflik yang terjadi dalam keluarga, memberikan kesempatan dalam memvalidasi perasaan keluarga terkait dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas sosial, meningkatkan coping keluarga dalam menghadapi distress dan meningkatkan penggunaan dukungan formal dan informal bagi keluarga (*caregiver*). Ini menunjukkan bahwa psikoedukasi lebih bermakna untuk menurunkan ansietas secara kognitif.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi pada ansietas hasil *self evaluation* respon kognitif sebelum dan sesudah intervensi mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,05$) sedangkan pada hasil observasi mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value} > 0,171$). Dari hasil diatas menunjukkan bahwa pemberian pendidikan tentang stroke pada keluarga yang ansietas pada respon kognitif baik hasil *self evaluation* maupun observasi dapat menurunkan kecemasan pada keluarga, walaupun selisih penurunan tidak besar dan tidak bermakna.

6.1.2.3 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas keluarga (*Caregiver*) pada respon perilaku

Hasil penelitian menunjukkan ansietas hasil *self evaluation* respon perilaku pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang berat (5,23) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas tetap berada pada rentang ansietas sedang (4,91). Ansietas *self evaluation* respon perilaku mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,438 > 0,05$), penurunan ansietas sebesar 0,32. Walaupun terjadi penurunan tidak bermakna tetapi terjadi penurunan tingkat ansietas dari berat ke sedang.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga *self evaluation* respon perilaku ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (4,96) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas sedang (4,52). Ansietas *self evaluation* respon perilaku mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,015 < 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,43 berada pada rentang ansietas sedang. Walaupun mengalami penurunan yang bermakna tetapi tingkat ansietas tidak mengalami penurunan dan masih berada di rentang ansietas sedang.

Sedangkan pada hasil observasi ansietas pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (2,41) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (2,18). Ansietas hasil observasi mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,171 > 0,05$), penurunan ansietas sebesar 0,23 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga hasil observasi respon perilaku ansietas

sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (2,30) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (2,22). Ansietas hasil observasi respon kognitif mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,162 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,09 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Dari hasil di atas menunjukkan bahwa pemberian pendidikan stroke pada keluarga yang ansietas pada respon perilaku baik hasil *self evaluation* maupun observasi berpengaruh dalam menurunkan kecemasan pada keluarga, walaupun selisih penurunan tidak besar.

Perilaku mengalami penurunan walaupun tidak bermakna. Menurut Stuart dan Laraja (2005) bahwa prinsip untuk mendapatkan keterampilan meliputi bimbingan, demonstrasi, praktek dan umpan balik. Walaupun saat melakukan psikoedukasi hal ini sudah dilakukan, tetapi untuk merubah perilaku seseorang memerlukan waktu dan proses yang cukup lama. Karena perilaku yang ada sudah dipelajari sebelumnya saat seseorang belum mendapatkan pembelajaran perilaku yang baru. Perilaku yang baru tentu membutuhkan adaptasi dengan lingkungan yang ada.

Selain hal tersebut dibutuhkan terapi lain untuk mengubah perilaku keluarga (*caregiver*) dalam menurunkan ansietas misalnya terapi perilaku serta terapi kognitif dan perilaku. Ini sesuai dengan pendapat Videbeck (2007) bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi gangguan ansietas, terutama jika dikombinasikan dengan terapi farmakologi. Begitu pula dengan terapi kognitif dan perilaku menurut Mark, dkk (2000) terapi kognitif dan perilaku menunjukkan hasil yang efektif

dalam mengatasi gangguan ansietas selain terapi interpersonal dan psikodinamik. Kesimpulannya bahwa untuk mengatasi ansietas pada keluarga (*caregiver*) khususnya perilaku dibutuhkan waktu yang cukup panjang sehingga hal tersebut menjadi kebiasaan yang positif dalam mengatasi ansietasnya dan perlu terapi yang lain sesuai dengan respon ansietas yang ditampilkan

self evaluation untuk perilaku pada kelompok kontrol mengalami penurunan bermakna, hal ini dapat terjadi karena jenis stroke yang dialami oleh kelompok intervensi dengan kontrol mempunyai jenis stroke yang berbeda. Hasil observasi yang peneliti lihat bahwa kondisi dan jenis stroke yang dialami oleh pasien mempengaruhi ansietas keluarga (*caregiver*) karena perilaku dapat dilihat secara langsung saat peneliti berinteraksi dengan keluarga.

6.1.2.4 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas keluarga (*caregiver*) pada respon emosional

Hasil penelitian menunjukkan ansietas hasil *self evaluation* respon emosional pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (7,18) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas tetap berada pada rentang ansietas ringan (5,05). Ansietas *self evaluation* respon emosional mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,001 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 2,14. Terjadi penurunan bermakna pada ansietas respon emosional dan juga terjadi penurunan ansietas dari rentang sedang ke rentang ringan. Ini menunjukkan terjadi pengaruh psikoedukasi terhadap penurunan ansietas hasil *self evaluation* respon emosional.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga *self evaluation* respon emosional ansietas sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (5,78) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas sedang (5,61). Ansietas *self evaluation* respon emosional mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,328 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,17 dan dibutuhkan 0,37 untuk berada pada rentang ansietas ringan.

Adanya penurunan yang bermakna pada respon emosional menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan ansietas secara emosi. Ini terkait dengan pengertian dan tujuan dari psikoedukasi itu sendiri, bahwa psikoedukasi merupakan suatu program perawatan kesehatan jiwa dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik yang bersifat edukatif dan pragmatif dengan tujuan menurunkan intensitas emosi sampai tingkat yang rendah (Stuart & Laraia, 2005)

Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata skor *self evaluation* respon emosional ansietas sebelum dan sesudah intervensi mengalami penurunan yaitu 0,17 ($p\text{-value } 0,328 > 0,05$) artinya pada *self evaluation* ansietas respon emosional pada kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna. Kesimpulannya bahwa pemberian terapi generalis pada keluarga (*caregiver*) yang ansietas pada respon emosional *self evaluation* pada kelompok kontrol berpengaruh dalam menurunkan kecemasan pada keluarga, walaupun selisih penurunan tidak besar dan tidak bermakna.

6.1.2.5 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap komposit ansietas hasil self evaluation dan observasi pada keluarga (*caregiver*) yang merawat pasien stroke di rumah sakit umum.

Hasil penelitian menunjukkan ansietas hasil *self evaluation* pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang berat (36,50) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas tetap berada pada rentang ansietas berat (30,82). Ansietas self evaluation mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,004 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 5,68 dan masih berada pada ansietas berat. Dibutuhkan 1,82 untuk penurunan ke ansietas sedang dan butuh 8,82 untuk menurunkan ke ansietas ringan.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga komposit ansietas *self evaluation* sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang berat (33,48) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas berat (32,48). Komposit ansietas self evaluation mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,108 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,43 berada pada rentang ansietas berat.

Sedangkan pada komposit ansietas hasil observasi pada keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (10,27) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (8,18). Ansietas hasil observasi mengalami penurunan bermakna ($p\text{-value } 0,001 < 0,05$), penurunan ansietas sebesar 2,09 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga komposit ansietas hasil observasi sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang ringan (10,43) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang ansietas ringan (10,09). Komposit Ansietas hasil observasi mengalami penurunan tidak bermakna (p -value $0,148 > 0,05$) penurunan ansietas sebesar 0,35 dan berada pada rentang ansietas ringan.

Adanya penurunan yang bermakna pada komposit ansietas self evaluation dan observasi menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan ansietas secara umum. Ini terkait dengan pengertian dan tujuan dari psikoedukasi itu sendiri, bahwa psikoedukasi merupakan suatu program perawatan kesehatan jiwa dengan cara memberikan informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik yang bersifat edukatif dan pragmatif dengan tujuan menurunkan intensitas emosi sampai tingkat yang rendah (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil ini sesuai dengan hasil karya tulis ilmiah yang dilakukan oleh Heni (2009) bahwa psikoedukasi keluarga sangat tepat diberikan pada keluarga (*caregiver*) yang mengalami ansietas dan lima peran perawat dalam melakukan psikoedukasi keluarga yaitu memberikan informasi terkait ansietas, melatih keluarga dalam menyelesaikan konflik yang terjadi dalam keluarga, memberikan kesempatan dalam memvalidasi perasaan keluarga terkait dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas sosial, meningkatkan koping keluarga dalam menghadapi distress dan meningkatkan penggunaan dukungan formal dan informal bagi keluarga (*caregiver*).

6.2 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke dirumah sakit umum

6.2.1 Beban Keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan Psikoedukasi Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan beban keluarga selama 7 minggu sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga berada pada rentang sedang (27,40) dengan rentang 23-30.

Ini sesuai juga dengan pendapat Gani (2005) bahwa penyakit stroke akan berdampak pada sosial ekonomi sangat besar dan luas, karena memerlukan biaya tinggi untuk pengobatan dan rehabilitasi. Selain biaya yang dikeluarkan tinggi penyakit ini juga berdampak menurunnya produktifitas karena cenderung menyerang orang dewasa muda sebagai pencari nafkah. Besarnya biaya yang dikeluarkan akan mempengaruhi sistem dan fungsi keluarga yang anggota yang anggotanya mengalami stroke. Anggaran belanja keluarga akan bertambah dan produktifitas keluarga akan menurun.

Menurut penelitian Visser-Meily A, et al (2005) tentang fungsi psikososial pada pasangan dengan stroke fase kronis sroke didapatkan hasil 51 % dilaporkan secara signifikan mengalami beban berat, walaupun pada hasil awal penelitian sebelum dilakukan psikoedukasi pada kelompok intervensi terjadi beban sedang pada keluarga (*caregiver*) begitu pula dengan kelompok kontrol.

Penelitian lain juga mengatakan bahwa hampir semua *caregiver* mengalami hal yang tidak baik seperti kesehatan emosi, kehilangan waktu luang, dan hubungan keluarga yang tidak baik. Empat puluh enam *caregiver* (55%) menunjukkan data distress emosional, khususnya mereka yang mempunyai pasien dengan dimensia dan atau perilaku abnormal pada pasien stroke (Anderson, Linto, & Stewart-Wynne, 1999)

Biaya yang dibutuhkan dan waktu yang cukup lama dalam merawat pasien stroke tentu akan mempengaruhi sistem keluarga dan fungsi keluarga. Penyakit fisik seperti stroke tentu butuh tenaga dan waktu yang tidak sedikit dan akan berpengaruh terhadap kehidupan sosial keluarga. Produktifitas keluarga yang seharusnya dapat digunakan untuk mencari nafkah akan terganggu karena banyaknya waktu yang digunakan untuk merawat. Hal ini tentu akan menjadi bagi keluarga baik beban secara objektif maupun subjektif. Banyaknya waktu yang dibutuhkan untuk merawat tentu akan menimbulkan kelelahan dan keterbatasan bagi keluarga (*caregiver*) dalam kehidupan sehari-hari. Dari gambaran diatas dapat dilihat bahwa rata-rata keluarga (*caregiver*) yang merawat pasien stroke di rumah sakit umum mengalami beban yang sedang.

6.2.2 Beban Keluarga (*caregiver*) sesudah dilakukan Psikoedukasi Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan beban keluarga (*caregiver*) sebelum mendapatkan psikoedukasi beban berada pada rentang sedang (27,45) dan setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga beban tetap berada pada rentang beban sedang (25,59). Beban keluarga (*caregiver*) mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,211 > 0,05$), penurunan beban sebesar 1,86 dan masih berada pada beban sedang. Dibutuhkan 2,59 untuk penurunan ke beban ringan.

Sedangkan pada keluarga (*caregiver*) yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga beban sebelum psikoedukasi keluarga ansietas berada pada rentang sedang (27,35) dan sesudah psikoedukasi keluarga tetap berada pada rentang beban sedang (26,83). Beban keluarga (*caregiver*) mengalami penurunan tidak bermakna ($p\text{-value } 0,429 > 0,05$) penurunan beban sebesar 0,52 berada pada rentang beban sedang.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilakukan oleh Boesen, dkk (1993) pada pasien *Cutaneous Malignant Melanoma* pada kelompok intervensi menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat atau tenaga lebih kuat, gangguan suasana hati lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) program psikoedukasi keluarga meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga cara merawat dalam membantu mereka melidungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan. Dalam Minddisorders. com (2009) dengan pemberian terapi psikoedukasi keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya. Walaupun fokus dari terapi ini adalah kelompok psikoedukasi keluarga, tapi pada prinsipnya tujuan dari terapi ini adalah memberikan perasaan sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga .

Beban ini walaupun turun tetapi tidak bermakna dapat saja terjadi karena pada keluarga (*caregiver*) yang merawat pasien stroke membutuhkan waktu yang cukup lama untuk dirawat di rumah sakit. Hal ini tentu akan berbeda apabila pasien berada di rumah, karena keterbatasan keluarga untuk menunggu yaitu hanya satu orang yaitu *caregiver*, jadi beban ini tidak menurun secara bermakna. Selain itu anggota keluarga lain untuk mengganti *caregiver* menunggu pasien stroke yang sakit sulit dilakukan karena mempunyai anak kecil yang tidak dapat ditinggalkan di rumah dan karena anggota keluarga lain bekerja. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan *caregiver* rata-rata mengatakan pemberdayaan keluarga dapat mereka lakukan apabila pasien berada di rumah karena dengan dirumah mereka bisa membagi waktu.

Dari hasil penelitian yang ada maka dapat dikatakan bahwa psikoedukasi keluarga dapat menurunkan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum walaupun penurunan yang ada tidak bermakna. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian bahwa ada perbedaan beban antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan psikoedukasi keluarga. Kelompok intervensi mempunyai beban yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

6.3 Faktor yang berkontribusi terhadap Ansietas dan Beban dalam merawat pasien stroke yang di rawat di rumah sakit

Karakteristik klien yang diteliti dalam penelitian ini yaitu jenis kelamin, pendidikan keluarga, pekerjaan keluarga, hubungan keluarga dengan pasien serta penghasilan keluarga. Pada bagian ini akan dibahas hubungan karakteristik keluarga ansietas dan beban dalam merawat pasien stroke yang dirawat di rumah sakit .

6.3.1 Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak mempengaruhi respon ansietas (p value $>0,05$) pada penelitian ini, walaupun pada teori dikatakan bahwa jenis kelamin perempuan 2 kali mengalami ansietas dibandingkan laki-laki (Copei,2007) dan perempuan lebih mudah mengalami ansietas (Kaplan & Saddock.1998). Tetapi hal ini dapat terjadi karena pada penelitian ini 75,6 % adalah wanita dan laki-laki hanya 24,4% dari jumlah total keluarga (*caregiver*) yang mengikuti penelitian.

6.3.2 Pendidikan keluarga (*caregiver*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan tidak mempengaruhi respon ansietas (p value $>0,05$) pada penelitian ini, walaupun tidak tidak mempengaruhi ansietas tetapi pada hasil selisih ansietas *self evaluation* menunjukkan bahwa pendidikan tinggi mempunyai rata-rata nilai mean

4,76 dan pendidikan rendah 1,45 ini menunjukkan bahwa pendidikan mempunyai hubungan dengan penurunan ansietas walaupun tidak mempengaruhi ansietas itu sendiri. Demikian juga dengan nilai hasil observasi, pendidikan tinggi mempunyai selisih mean lebih besar yaitu 1,48 dibandingkan dengan pendidikan rendah 0,85. Ini sesuai dengan pendapat Kaplan dan Sadock (1998) serta Tarwoto dan Wartoh (2003) status pendidikan yang rendah pada seseorang, akan menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami stres dibanding dengan mereka yang status pendidikannya tinggi. Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan ansietas, seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi, menggunakan coping efektif, dan konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

6.3.3 Pekerjaan keluarga (*caregiver*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan tidak mempengaruhi respon ansietas (p value $>0,05$) pada penelitian ini, walaupun tidak mempengaruhi ansietas tetapi pada hasil selisih ansietas *self evaluation* menunjukkan bahwa keluarga yang bekerja mempunyai rata-rata nilai mean 3,89 dan yang tidak bekerja 2,39 ini menunjukkan bahwa status keluarga yang bekerja mempunyai hubungan dengan penurunan ansietas walaupun tidak mempengaruhi ansietas itu sendiri. Ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Larata (2005) bahwa seseorang yang yang tidak bekerja akan mengakibatkan status ekonomi menurun dan menyebabkan ansietas

6.3.4 Hubungan keluarga dengan pasien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan keluarga dengan pasien tidak mempengaruhi respon ansietas (p value $>0,05$) pada penelitian ini. Karena pada teori ansietas memang tidak ditemukan bahwa hubungan keluarga dengan pasien mempengaruhi ansietas seseorang. Ansietas

dapat dipengaruhi dengan status dalam walupun tidak mempengaruhi ansietas tetapi pada hasil selisih ansietas *self evaluation* menunjukkan bahwa keluarga yang bekerja mempunyai rata-rata nilai mean 3,89 dan yang tidak bekerja 2,39 ini menunjukkan bahwa status keluarga yang bekerja mempunyai hubungan dengan penurunan ansietas walaupun tidak mempengaruhi ansietas itu sendiri. Ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa seseorang yang yang tidak bekerja akan mengakibatkan status ekonomi menurun, hal ini menyebabkan seseorang mengalami ansietas.

6.3.5 Penghasilan keluarga.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penghasilan tidak mempengaruhi respon ansietas ($p \text{ value} > 0,05$) pada penelitian ini. Hasil selisih ansietas *self evaluation* menunjukkan bahwa keluarga yang pendapatan kurang dari UMR justru mempunyai hubungan dengan ansietas dibandingkan dengan keluarga yang pendapatan diatas UMR. Hal ini justru bertolak belakang dengan teori yang mengatakan bahwa orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami ansietas dibandingkan dengan orang yang status ekonominya tinggi. Hal ini dapat saja berbanding terbalik dengan teori yang ada karena rata-rata keluarga yang penghasilannya dibawah UMR menggunakan layanan jaminan kesehatan masyarakat sehingga saat dirawat rumah sakit mereka tidak membayar ruangan dan obat-obatan atau dengan kata lain gratis.

6.4 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitain tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman meliputi keterbatasan instrumen, keterbatasan variabel, keterbatasan proses dan keterbatasan hasil.

6.4.1 Keterbatasan instrumen

Instrumen yang digunakan untuk mengukur ansietas sudah melalui tahapan uji validitas dan reliabilitas, yang mencakup aspek fisiologis, kognitif, perilaku dan emosional untuk ansietas baik itu lembar *self evaluation* maupun observasi. Sedangkan untuk beban keluarga mencakup beban subjektif dan objektif. Namun peneliti menganggap perlu dibuat pertanyaan yang lebih dipahami untuk setiap aspek dan observasi yang lebih lengkap sehingga validitas dapat meningkat. Lembar *Self evaluation* dan observasi yang tidak sama pada beberapa item merupakan keterbatasan instrumen, sehingga ada perbedaan hasil antara *self evaluation* dan observasi pada ansietas

6.4.2 Keterbatasan variabel

Variabel independen yang diteliti hanya yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, peran dalam keluarga dan penghasilan yang oleh peneliti diasumsikan mempengaruhi hasil penelitian ini, tetapi sebaliknya karakteristik keluarga tidak ada yang mempengaruhi penelitian ini. Untuk itu sebaiknya ditambah lagi variabel-variabel yang secara teori berhubungan dengan ansietas dan beban seperti lama rawat, pengaruh pasien dalam keluarga, lingkungan rumah sakit, jenis stroke yang dialami sehingga diharapkan dapat mengurangi bias penelitian.

6.4.3 Proses pelaksanaan penelitian

Keterbatasan yang terjadi dalam pelaksanaan penelitian yaitu rancangan pengambilan sampel yang tidak sesuai rencana dimana jumlah sampel yang harusnya 84 yang terdiri dari 42 intervensi dan 42 kontrol peneliti hanya mendapatkan 45 keluarga yang terdiri 22 intervensi dan 23 kontrol. Hal ini karena waktu yang sangat terbatas dalam penelitian, jumlah pasien stroke yang masuk di rumah sakit sekitar 6-7 orang perminggu, sedangkan dalam pemberian psikoedukasi keluarga memerlukan waktu yang cukup lama dan terdiri dari 5 sesi, sehingga peneliti memerlukan waktu dan tenaga yang cukup banyak dengan

waktu yang singkat. Keterbatasan lain berupa tidak tersedianya ruang yang memadai untuk melakukan interaksi, sehingga peneliti harus lebih fleksibel dan melakukan modifikasi lingkungan.

6.5 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap ansietas keluarga yang merawat pasien stroke di RSUPN Dr. Cipto mangunkusumo Jakarta.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

6.5.1 Pelayanan Keperawatan di RS Umum

Rumah sakit umum khususnya ruang neurologi sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi klien dengan stroke sehingga keluarga yang merupakan salah satu yang merawat klien yang mengalami ansietas merupakan setting yang baik untuk melaksanakan Psikoedukasi Keluarga sebagai tempat keluarga meningkatkan kemampuan meningkatkan kemampuan dirinya dan belajar koping yang baru dalam mengatasi suatu masalah, menemukan strategi untuk mengatasi ansietas yang dirasakan keluarga saat mengalami suatu masalah dan keluarga memerlukan suatu ventilasi atau mengutarakan apa yang dirasakan mereka saat menghadapi anggota keluarga yang menderita stroke dan dirawat di rumah sakit. Sehingga psikoedukasi dapat dijadikan salah satu terapi yang dilakukan di rumah sakit umum untuk mengatasi masalah psikososial pada keluarga (*caregiver*) khususnya ansietas

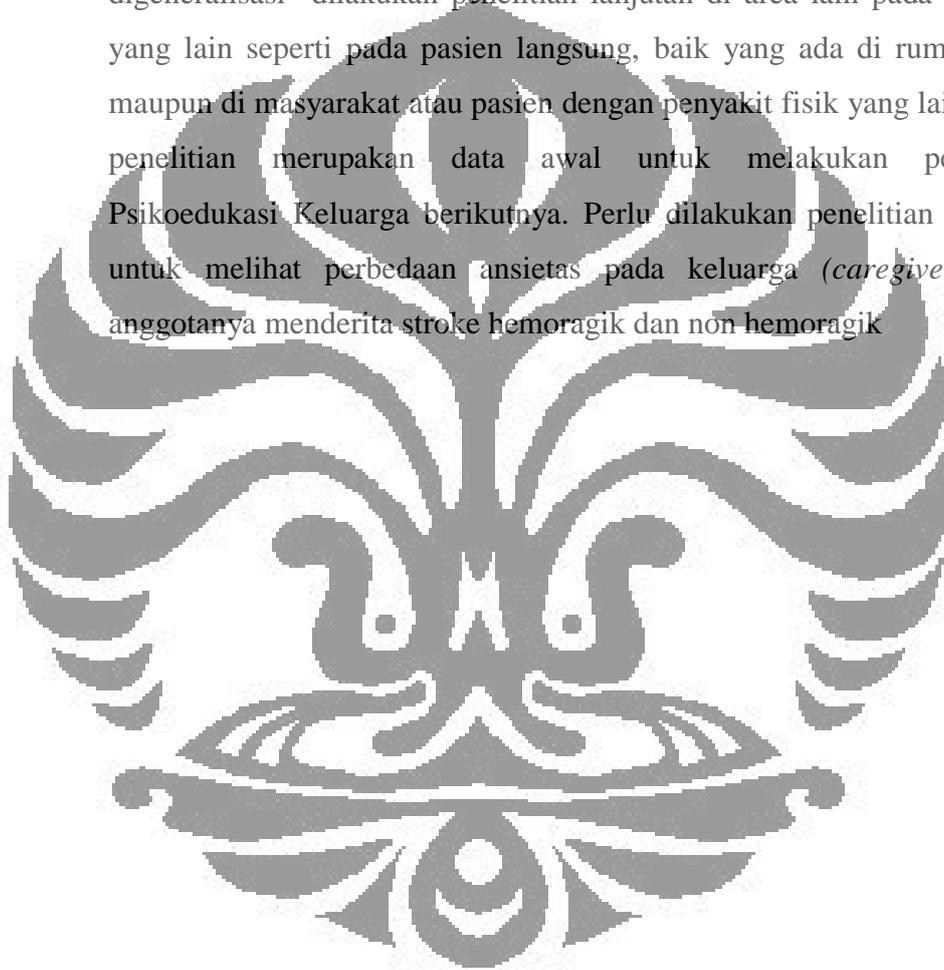
6.5.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan Psikoedukasi Keluarga berpengaruh terhadap ansietas pada respon kognitif dan emosional berdasarkan *self evaluation* dan Psikoedukasi keluarga berhubungan dengan fisiologis dan respon kognitif berdasarkan hasil observasi. Hal ini merupakan pembuktian bahwa pemberian Psikoedukasi keluarga dan pendidikan

kesehatan tentang penyakit stroke secara umum merupakan salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada keluarga yang ansietas dalam merawat klien dengan stroke.

6.5.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas di Rumah Umum dan keluarga dengan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit umum. Agar dapat digeneralisasi dilakukan penelitian lanjutan di area lain pada masalah yang lain seperti pada pasien langsung, baik yang ada di rumah sakit maupun di masyarakat atau pasien dengan penyakit fisik yang lain. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian Psikoedukasi Keluarga berikutnya. Perlu dilakukan penelitian kembali untuk melihat perbedaan ansietas pada keluarga (*caregiver*) yang anggotanya menderita stroke hemoragik dan non hemoragik



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut:

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik keluarga (*caregiver*) yang mempunyai anggota keluarga yang menderita penyakit stroke dan dirawat dirumah sakit berada pada rata-rata usia dewasa menengah, dengan jumlah perempuan lebih banyak, berpendidikan tinggi, status bekerja, hubungan dengan pasien adalah keluarga inti dan penghasilan dibawah upah minimal regional/UMR.
- 7.1.2 Ansietas sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada hasil *self evaluation* berada pada rentang sedang dan hasil observasi berada direntang ansietas ringan
- 7.1.3 Beban keluarga (*caregiver*) sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga berada pada rentang sedang.
- 7.1.4 Psikoedukasi yang diberikan pada keluarga (*caregiver*) dapat menurunkan ansietas secara bermakna
- 7.1.5 Psikoedukasi keluarga yang diberikan pada kelompok intervensi menurunkan ansietas hasil self evaluasi berdasarkan respon fisiologis tetapi tidak bermakna, respon kognitif menurun secara bermakna, respon perilaku mengalami penurunan tetapi tidak bermakna, dan respon emosional mengalami penurunan yang bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol.
- 7.1.6 Psikoedukasi keluarga yang diberikan pada kelompok intervensi menurunkan ansietas hasil observasi berdasarkan respon fisiologis menurun secara bermakna, respon kognitif menurun secara bermakna, respon perilaku mengalami penurunan tetapi tidak bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol.

- 7.1.7 Psikoedukasi keluarga yang diberikan dapat menurunkan beban keluarga (*caregiver*) tetapi tidak bermakna
- 7.1.8 Ansietas dan beban keluarga (*caregiver*) dalam merawat pasien stroke di rumah sakit umum tidak dipengaruhi oleh karakteristik keluarga.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil pengaruh

7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 Psikoedukasi keluarga dapat dilaksanakan di rumah sakit umum untuk mengatasi masalah psikososial khususnya ansietas dan beban.

7.2.1.2 Perlunya sosialisasi tentang psikoedukasi keluarga sebagai salah satu terapi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah psikososial di rumah sakit umum khususnya ansietas dan beban.

7.2.1.3 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi psikoedukasi keluarga sebagai salah satu kompetensi yang dapat dilakukan pada pelayanan kesehatan di rumah sakit umum

7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1 Sebagai rujukan untuk menggunakan psikoedukasi keluarga sebagai terapi spesialis jiwa dalam mengatasi masalah psikososial keluarga yang ada di rumah sakit umum.

7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul terapi psikoedukasi keluarga dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga dan dilakukan juga uji kelayakan modul pada responden lain yang tidak mengikuti penelitian

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1 Perlunya dilakukan penelitian kualitatif untuk mengetahui lebih lanjut masalah psikososial yang dialami oleh keluarga dalam merawat pasien stroke baik di rumah sakit umum maupun di tatanan masyarakat.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan dalam menurunkan ansietas dan beban keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah sakit seperti lama rawat, kondisi pasien dan jenis stroke yang dialami oleh pasien.

7.2.3.3 Perlu penelitian yang lebih spesifik untuk jenis stroke yang dialami oleh pasien untuk mengetahui perbedaan kecemasan keluarga antara stroke hemoragik dan stroke non hemoragik.

7.2.3.4 Perlu perencanaan yang terarah dan berkesinambungan dalam upaya meningkatkan kualitas untuk menerapkan terapi psikoedukasi keluarga sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik.

7.2.3.5 Perlu waktu yang cukup untuk melaksanakan terapi psikoedukasi keluarga untuk mendapatkan hasil yang lebih baik.

7.2.3.6 Perlunya satu keluarga secara utuh untuk mendapatkan hasil terapi psikoedukasi yang lebih baik untuk menurunkan beban keluarga.

7.2.3.7 Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai salah satu alat ukur dalam pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, Linto, et. All (1999), *A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors*, (30), 1478-1485
American Heart Association, Inc.
- Ariawan (2005) *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta
FKM UI
- Burden scale for family caregivers*, 14-2-09
<http://www.cofahealth.ca/media.php?mid=53>
- Boesen, Ellen H. (2005), *Psychoeducational intervention for patients with Cutaneous malignant melanoma: A replication study*, *Journal of Clinical Oncology*, Vol 23, No 6: pp. 1270-1277 American Society of Clinical Oncology.
- Black , MJ & Hawks,HJ (2005) *Medikacal surgical nursing, clinical management for positive-outcome Ed 7*. St Louis: Elsevier Inc
- CMHN IC(2006), *Manajemen kasus gangguan jiwa dalam keperawatan kesehatan jiwa masyarakat*, Jakarta :WHO.FIK UI
- Depkes, (2003), *Buku pedoman kesehatan jiwa*, Jakarta Depkes
- Family psychoeducation*, 1 5-1-09 <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Family-psychoeducation.html>,
- Family psychoeducation baeround, North corolina eviden based practices center*, tanggal 10-3-09 <http://www.ncebpcenter.org/FAMFLYPSYCH/background.htm>
- Fontaine, Kareen Lee (2003) *Mental health nursing, Ed .4, Pearson education, Inc,upper saddle river,New Jersay*
- Frisch, Noreen. C and Frisch Lawrence (2006) *Pshychiatric mental health nursing Ed. 3*, Thomson Delmar Learning, Canada
- Friedman, Marilyn (1998) *Keperawatan keluarga teori dan praktik, Ed.3*. Jakarta
EGC

- Hamilton,MC (1959), *Hamilton anxiety scale*,
<http://www.anxietyhelp.org/information/hama.html>, di akses tanggal 14-2-09
- Issacs,A (2005) Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatri. Edisi 3
 Alih bahasa: Dean Praty Rahayuningsih. Jakarta CGC
- (Idris, Nasrullah 2004, Depresi pada penderita stroke, ¶ 2,
<http://hpstroke.wordpress.com/>,di peroleh 2 Januari 2009)
- Kaplan & Saddock (1997), *Synopsis of pshyciatry science clinical psychiatri* Ed. 7
 Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kompas, 2002, Stroke hilangkan waktu produktif, ¶ 9-10
<http://groups.google.co.id/>, diperoleh tanggal 23 Januari 2009
- Lameshow, Stanley, et.al (1997), Besar sampel dalam penelitian kesehatan,
 Gadjah Mada University Press
- Mark, et al (1997) *Frequensy of anxiety disorder in pshyciatric out patient with mayor depressive disorder*, Journal Psychiatric the American Pshychiatric Association. 157 (1), 1330-1337
- Magliano, Lorenza (2008), *Families of people with severe mental disorder difficulties and resources*, Department of psychiatry, university of Neples, SUN, Italy, WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health
- Mohr, WK (2006) *Pshychiatric mental health nursing* Ed. 6, Philadhelpia, Lippincott William and Wilkins
- Muttaqin, Arif (2008), Buku ajar asuhan keperawatn klien dengan gangguan sistem persarafan, Salemba Medika
- Murray, R.B & Huelskoetter, M.M.W (1995), *Psychiatric mental health nursing*. Ed 3 , Appleton & Lange Norwalk, Connecticut/San Mateo, California
- Nies, Mary A & Mc Ewen, Melanie (2001), *Community health nursing: Promating the health of population*, Ed 3. W.B. Saunders Company, Philadhelpia, Pennsylvania
- Notoatmodjo, S (2003) pendidikan dan perilaku kesehatan, Jakarta Reneka Cipta
- Polit, D.F & Hungler,B.P (1999) *Nursing reseach principle and methods*, Ed 6 Philadhelpia: Lipponcott William & Wilkins

Psychoeducation (2006) *Psychoeducation*, ¶ 4, www.psychoeducation.com, diambil tanggal 5 Januari 2009).

Roeirig, J.L (1999), *Diagnosis and management of generalized anxiety disorder*. Journal Of American Pharmaceutical Association.39

Riset Kesehatan Dasar (2007), Laporan nasional, Badan penelitian dan pengembangan kesehatan, Jakarta Depkes

Stroke mengancam usia produktif ¶ 2 tanggal 7 Januari 2009 <http://www.medicastore.com/stroke/>

Sabri, Luknis dan Hastono, Sutanto P (2006) *Statistik kesehatan* Ed. 1. Jakarta PT Raja Grafindo Persada

Sasroasmoro, Sudigdo dan Ismael, Sofyan (2006). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Ed 2 Jakarta Sagung Seto

Smeltzer.C.S, et.al (2008) *Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing* Ed.11 Philadelphia William and Wilkins

Smeltzer.C.S, et.al (2008) *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & suddarth's* Alih bahasa Agung Waluyo, dkk, editor edisi bahasa Indonesia Monica Ester, Ellen Pangabean Ed.8. Jakarta EGC

Stuart, Gail.W and Laraia, Michele.T (2005) *The principle and practice of psychiatric nursing* ed 8. Elsevier Mosby, St Louis Missouri.

Tarwoto & Wartonah (2003) *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta Salemba Medika

Thommessen . Bente, et.al (2001), *The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease*, Department of geriatric medicine, Ullevaal hospital, Oslo, Norway section of geriatric psychiatry, Rogaland psychiatric hospital, stavanger, Norway The Norwegian Centre for Dementia Research

Varcarolis, Elizabet.M et.al (2006). *Foundations of pshychiatric mental health nursing a clinical approach*, Edisi 5. Saunders Elsevier , St Louis Missouri

Visser-Meily A, et al (2005), *Psychosocial functioning of spouses in the chronic phase after stroke: improvement or deterioration between 1 and 3 years after stroke*, Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, University Medical Center Utrecht and Rehabilitation Center De Hoogstraat, Utrecht, The Netherlands. j.m.a.visser-meilly@umcutrecht.nl

Videbeck Sheila L (2006). Buku ajar keperawatan jiwa, Edisi 1, Jakarta EGC

Wardaningsih, Santi (2007), Pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta, Hasil Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Windarwati, Heni Dwi (2009), Manajemen kasus spesialis keperawatan jiwa pada keluarga dengan diagnosa keperawatan ansietas di ruang anak parikesit Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, Hasil Karya Tulis Ilmiah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Wikipedia, *Psychoeducation* <http://en.wikipedia.org/wiki/Psychoeducation>, 5-1-09

Wilkinson, Judith.M (2007), Buku saku diagnosa keperawatn dengan intervensi NIC dan kriteria NOC, Jakarta EGC



MENGENAL Penyakit Stroke



Program Magister Kekhususan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2009

PENGERTIAN

Stroke adalah gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran otak yang dapat timbul secara mendadak atau secara cepat dengan tanda dan gejala sesuai dengandaerah yang terganggu.

JENIS STROKE

1. Stroke dengan Perdarahan (Hemoragik)

- Saat melakukan aktifitas
- Dapat juga saat istirahat

2. Stroke tanpa perdarahan (Non Hemoragik)

- Saat istirahat
- Bangun tidur
- Kesadaran umumnya baik

TANDA DAN GEJALA

1. Gangguan rasa /rasa sebal
2. Gangguan gerak/lumpuh
3. Gangguan bicara (tidak jelas/tidak bisa bicara)
4. Nyeri kepala
5. Leher kaku
6. Mengantuk sampai koma (tidak sadar)
7. Tiba-tiba jatuh
8. Pingsan

PENYEBAB

1. Penyumbatan pembuluh darah (udara, bekuan darah)
2. Robek pembuluh darah
3. Aliran darah ke otak menurun
4. Gangguan komponen pembuluh darah

FAKTOR RESIKO

1. Dapat tidak dapat di ubah
Usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, penyakit jantung
2. Dapat diubah
Hipertensi, Kencing Manis, Merokok, pengguna alkohol dan obat terlarang, penggunaan kontrasepsi oral (pil)

KOMPLIKASI

1. Infeksi saluran kencing
2. Sulit bernafas
3. Nyeri karena tekanan.
4. Kaku dan tidak bisa bergerak
5. Kebutaan
6. Luka lecet

PENATALAKSANAAN

1. Pertahanan fungsi vital : jalan nafas, pernafasan dan aliran darah dan udara.
2. Posisi kepala sama rata dengan badan.
3. Program fisioterapi/ latihan menggerakkan badan yang lemah atau lumpuh untuk mengurangi kekakuan

PENCEGAHAN

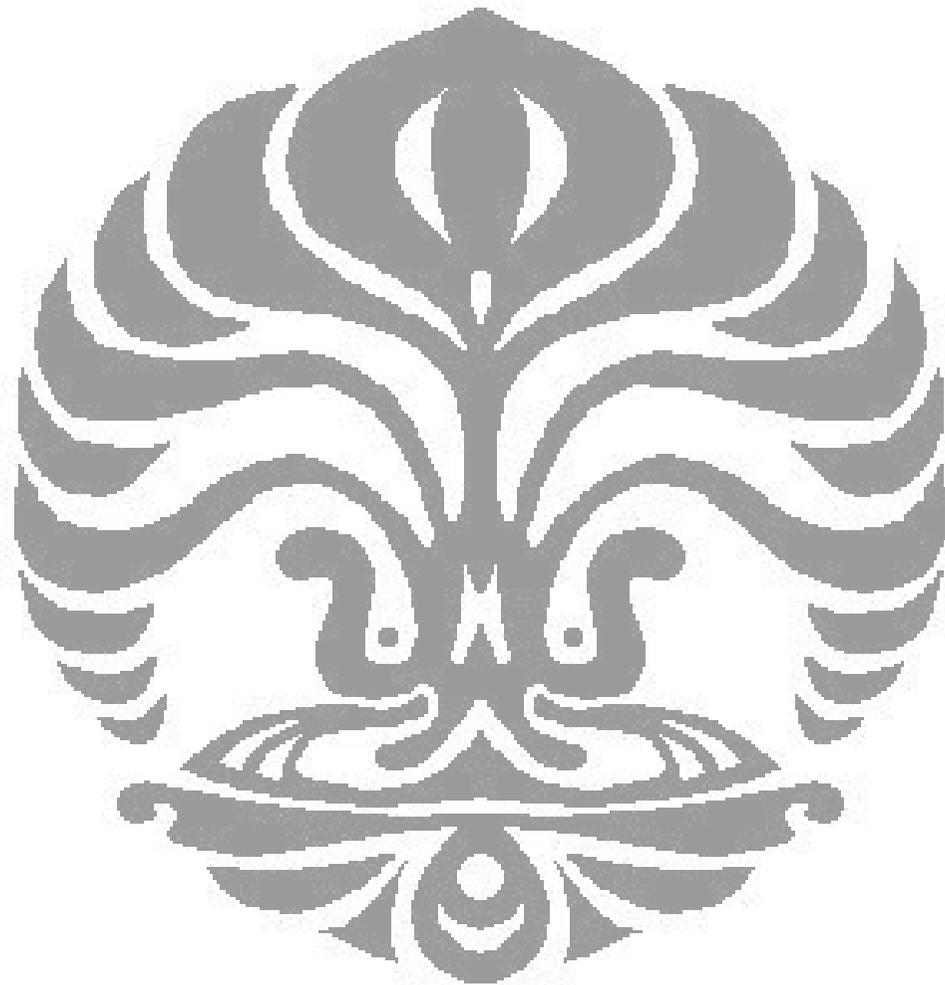
A. Pencegahan Primer (Awal)

1. menghindari rokok, stress mental, alcohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan, obat-obat terlarang.
2. Mengurangi lemak dan kolesterol dalam makanan.

3. Mengendalikan hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung
4. Menganjurkan konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur.

B. Pencegahan Sekunder (Lanjut)

1. Modifikasi gaya hidup beresiko stroke dan faktor resiko (hipertensi, DM, penyakit jantung aritmia, dislipidemia, berhenti merokok, hindari alkohol, kegemukan, dan kurangi gerak).
2. Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin.
3. Obat-obat yang digunakan (asetosal, antikoagulan).
4. Tindakan infasif.



Pemberdayaan Keluarga dan Mengatasi Hambatan Dalam Merawat Pasien Stroke



Program Magister Kekhususan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2009

PENGERTIAN

Pemberdayaan keluarga: adalah keluarga mampu menggunakan potensi atau sumber-sumber yang ada dalam keluarga untuk meningkatkan fungsi keluarga

Hambatan adalah: sesuatu keadaan yang membuat tidak berjalan lancarnya suatu kegiatan

PENYEBAB PEMBERDAYAAN KELUARGA TIDAK EFEKTIF DAN MUNCULNYA HAMBATAN

1. Tidak ada komunikasi terbuka dalam keluarga

2. Kurangnya rasa tanggung jawab dalam keluarga.
3. Kurangnya rasa kebersamaan dalam keluarga.
4. Merasa terbebani dengan adanya anggota keluarga yang sakit.

CARA MENGATASINYA

- A. Berbagi Peran Dalam Keluarga
- B. Membuat jadwal kegiatan keluarga untuk bersama-sama merawat anggota keluarga yang stroke

Cara mengatasi Beban (Tekanan) Akibat Anggota Keluarga Sakit Stroke



Program Magister Kekhususan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
2009

PENGERTIAN

Sesuatu keadaan yang membuat seseorang merasa tertekan

JENIS BEBAN

- A. DAPAT DILIHAT (BEBAN OBJEKTIF)
- B. DAPAT DIRASAKAN (BEBAN SUBJEKTIF)

TANDA-TANDA TERJADI BEBAN

- A. DAPAT DILIHAT (BEBAN OBJEKTIF)
 1. Mempunyai waktu yang terbatas
 2. Hubungan keluarga yang tidak harmonis
 3. Kesulitan keuangan
 4. Kesehatan fisik menjadi terganggu

- B. DAPAT DIRASAKAN (BEBAN SUBJEKTIF)

1. Perasaan Kehilangan
2. Perasaan sedih
3. Perasaan cemas (ansietas)
4. perilaku yang kacau dan putus asa
5. Perasaan stress.

PENYEBAB

1. Adanya anggota keluarga yang sakit
2. Lama masa perawatan sehingga membutuhkan biaya yang banyak.
3. banyaknya waktu yang digunakan untuk merawat anggota yang sakit
4. Merasa sendiri/tidak ada yang membantu dalam merawat

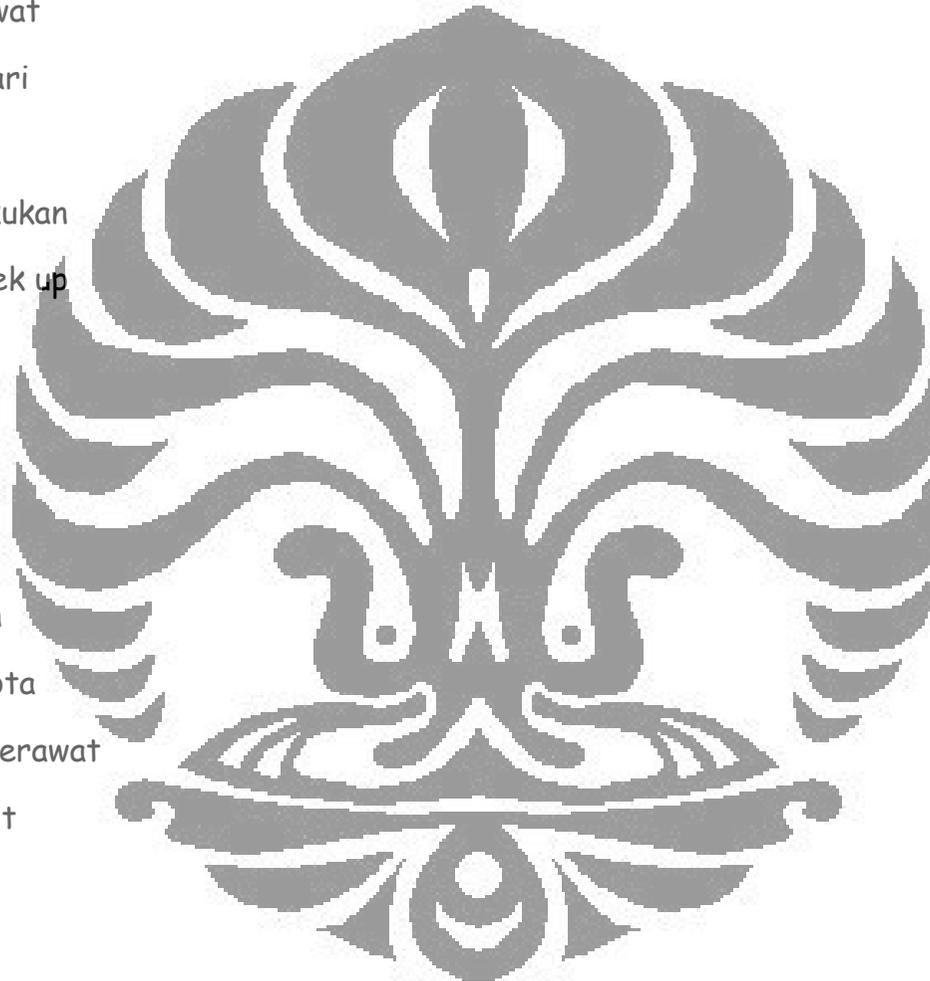
CARA MENGATASI BEBAN

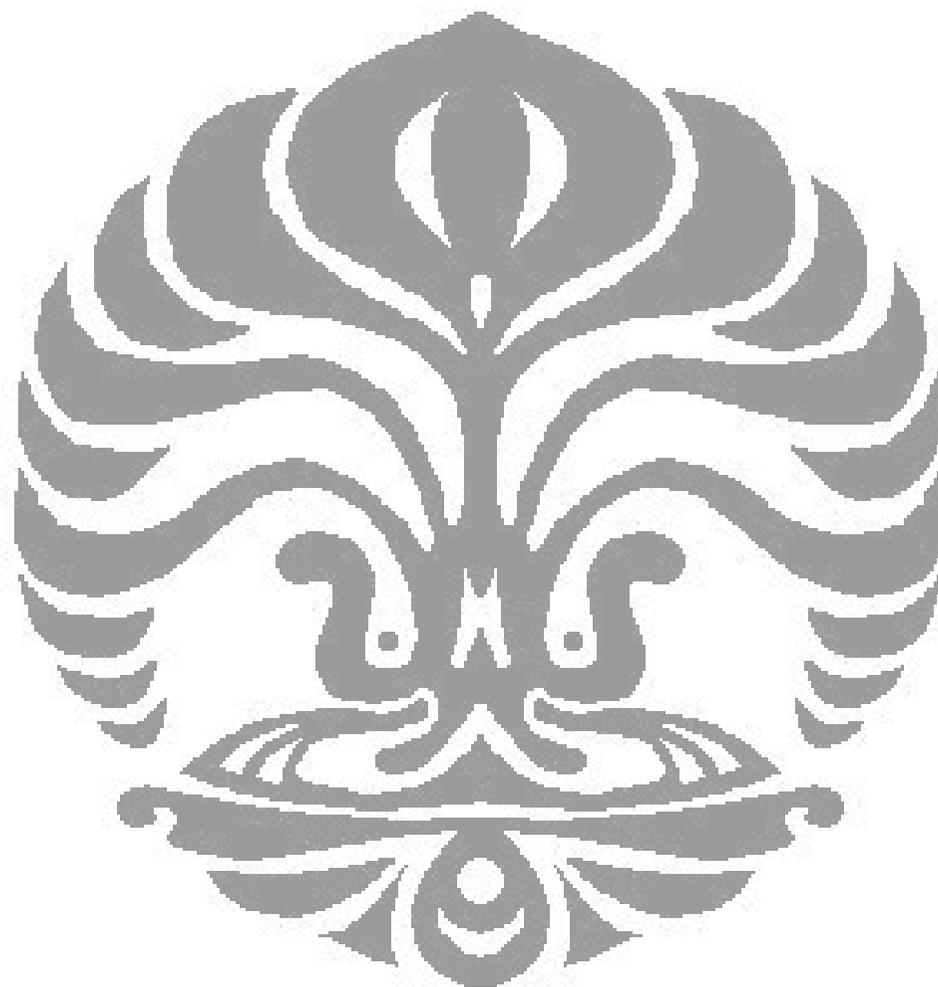
1. Beban Objektif

- + Berbagi tugas untuk merawat
- + Berbagi tugas untuk mencari informasi merawat
- + Berbagi tugas dalam melakukan follow up atau membawa cek up

2. Beban Subjektif

- + Komunikasi terbuka dalam keluarga
- + Bermusyawarah apabila mengalami suatu hambatan
- + Bekerjasama dengan anggota keluarga yang lain dalam merawat anggota keluarga yang sakit





DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasa Tentang Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Data Demografi
- Lampiran 4 Kuisisioner Ansietas
- Lampiran 5 Lembar Observasi Ansietas
- Lampiran 6 Kuisisioner Beban Keluarga
- Lampiran 7 Modul Panduan Psikoedukasi Keluarga
- Lampiran 8 Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 Lolos *Expert Validity*
- Lampiran 10 Lolos Uji Kompetensi
- Lampiran 11 Surat Permohonan Izin Penelitian Dari FIK-UI
- Lampiran 12 Surat Izin pengambilan Data Dari Kepala Bagian Penelitian RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo
- Lampiran 13 Leaflet Penyakit Stroke
- Lampiran 14 Leaflet Ansietas
- Lampiran 15 Leaflet Beban
- Lampiran 16 Leaflet Pemberdayaan Keluarga
- Lampiran 17 Absesensi Pengambilan Data

