

UNIVERSITAS INDONESIA

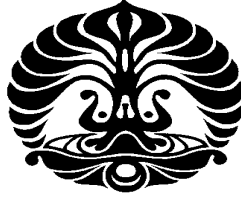
**PENGALAMAN *CAREGIVER* KELUARGA DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE TAHAP PASKA
AKUT DI RSUP FATMAWATI**

TESIS

WINDA YUNIARSIH

0806447122

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN *CAREGIVER* KELUARGA DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE TAHAP PASKA
AKUT DI RSUP FATMAWATI**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah**

WINDA YUNIARSIH

0806447122

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI, 2010**

i

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2010

Winda Yuniarsih

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis dengan Judul “ Pengalaman Caregiver Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Paska Akut di RSUP Fatmawati” telah disetujui untuk mengikuti sidang tesis pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



DR. Ratna Sitorus, SKp.,M.App.Sc

Pembimbing II




Astuti Yuni Nursasi, SKp.,MN

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Winda Yuniarsih

NPM : 0806447122

Tanda tangan : 

Tanggal : 19 Juli 2010

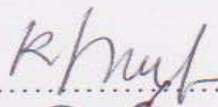

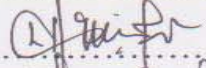
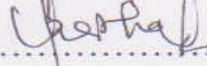
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Winda Yuniarsih
NPM : 0806447122
Program Studi : Paska Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Peminatan Medikal
Bedah
Judul Tesis : Pengalaman *Caregiver* Keluarga Dalam
Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke
Tahap Paska Akut di RSUP Fatmawati

Ini telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Paska Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Ratna Sitorus, S.Kp.,M.App.Sc
Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,MN
Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp., MN
Penguji : Bertha Farida, S.Kp., M.Kep

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Ditetapkan di :
Tanggal :

Oleh
Dekan
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Dewi Irawaty, MA, PhD.

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

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

Nama : Winda Yuniarsih

NPM : 0806447122

Program Studi : Paska Sarjana

Departemen : Keperawatan Medikal Bedah

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksekutif (*Non-exclusive Royalty-free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“ Pengalaman *Caregiver* Keluarga Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Paska Akut Di RSUP Fatmawati “

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formalkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir 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 : Juli 2010

Yang menyatakan



(Winda Yuniarsih)

KATA PENGANTAR

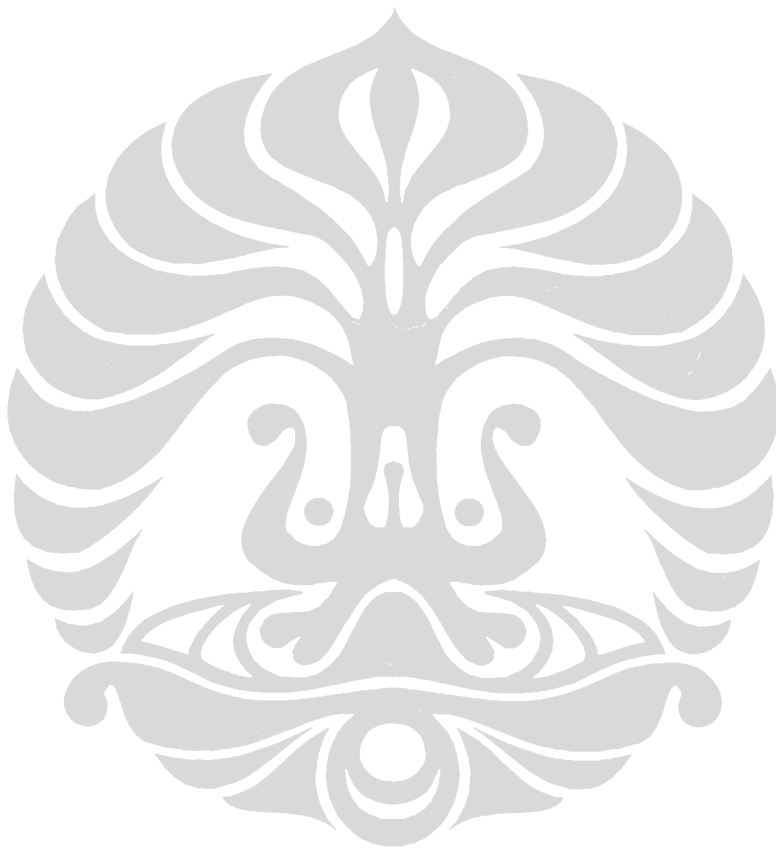
Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayahNya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Direktur RSUP Fatmawati Jakarta yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RSUP Fatmawati
2. Dewi Irawati, Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Krisna Yetti., SKp.,M.App.Sc., sebagai Ketua Program Paska Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. DR. Ratna Sirotus., SKP., M.App.Sc., sebagai Pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini
5. Astuti Yuni Nursasi., SKp., MN., sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan masukan, arahan, dan motivasi kepada peneliti dalam penyusunan tesis ini
6. Orang tua, suami, dan anak-anak tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materil yang tak terhingga
7. Rekan-rekan S2 Keperawatan Peminatan Medikal Bedah angkatan 2008 atas motivasi dan dukungannya

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, Juli 2010

Penulis



PROGRAM PASKASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Winda Yuniarsih

Pengalaman caregiver keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati

ix + 126 hal + 7 lampiran

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit dan bagaimana *caregiver* keluarga memaknai pengalaman tersebut. Pendekatan fenomenologi deskriptif digunakan dengan wawancara mendalam. Pada penelitian ini partisipan direkrut dengan teknik *purposive sampling*. Data dianalisis menggunakan teknik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 6 tema, yaitu 1) penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga, 2) penyesuaian fungsi keluarga, 3) perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual, 4) penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien, 5) perencanaan pulang belum terstruktur, dan 6) informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang dibutuhkan dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi dan perencanaan pulang bermanfaat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut.

Kata kunci : *caregiver* keluarga, pasien stroke tahap paska akut, perencanaan pulang
Daftar Pustaka 78 (1992-2010)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Winda Yuniarsih

Family caregiver experience in taking care of post acute stroke patient at Fatmawati Hospital
ix + 126 pages + 7 appendix.

Abstract

The study purposes to explore family caregiver`s experience in caring for stroke patient in post acute stage at hospital and how they gave meanings to those experience. The descriptive phenomenology approach was applied in depth interview was used for data collection. The data was analyzed using Collaizi`s technique. This study identified 6 themes, that are ; 1) adaptation in fulfilling the basic human need ; 2) family functions adaptation ; 3) change in caring ability due to physical limitation, psychological burden, and reducing spirituality activity ; 4) adaptation to provide client`s basic needs ; 5) unstructured discharge planning ; 6) information, education, and discharge planning that use needed to provide the basic needs of stroke client. The result show that information and structure discharge planning are useful for family in caring post acute stroke patient

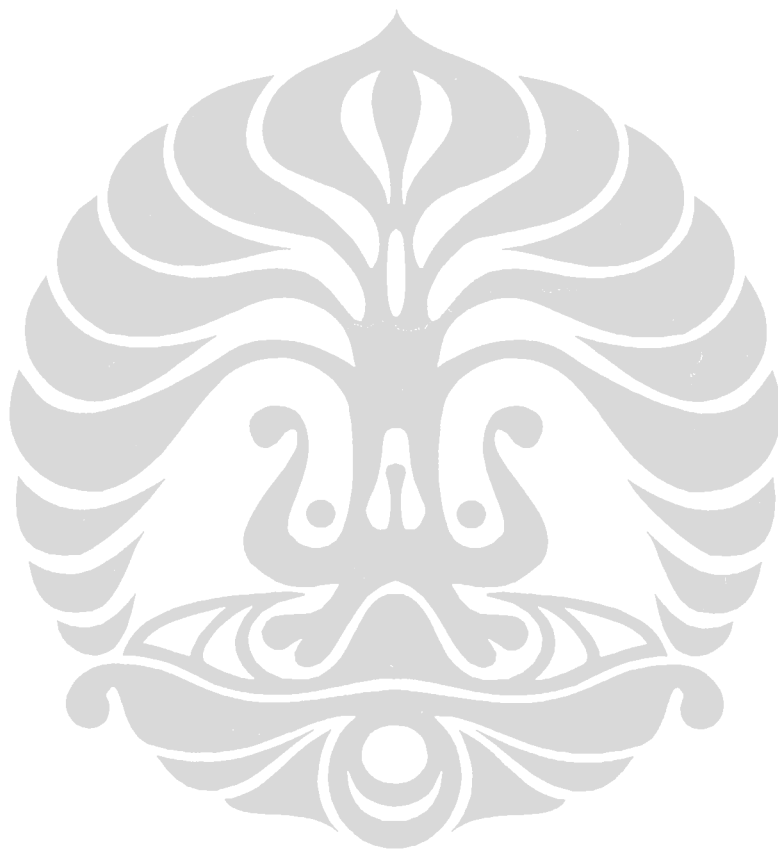
Keyword : family caregiver, post acute stroke patient, discharge planning
Bibliography 78 (1992-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLISITAS	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
1. TINJAUAN PUSTAKA	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3. Tujuan Penulisan	8
1.4. Manfaat Penelitian	9
2. Manfaat Penelitian	11
2.1. Konsep Dasar Stroke	11
2.2. Konsep Dasar Rehabilitasi	19
2.3. Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke	23
2.4. Dukungan Sosial bagi Pasien Stroke Tahap Paska Akut	27
2.5. Konsep Spiritual dalam Asuhan Keperawatan	31
2.6. Peran keluarga sebagai caregiver pada pasien stroke tahap paska akut	33
2.7. Pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif	39
3. METODA PENELITIAN	42
3.1. Rancangan Penelitian	42
3.2. Partisipan	42
3.3. Tempat dan waktu penelitian	44
3.4. Etika penelitian	44
3.5. Prosedur pengumpulan data	47
3.6. Alat pengumpul data	50
3.7. Analisa data	51
3.8. Keabsahan data	52
4. HASIL PENELITIAN	55
4.1. Gambaran karakteristik partisipan	55
4.2. Analisa tematik	56
5. PEMBAHASAN	88
5.1. Interpretasi hasil penelitian	88
5.2. Keterbatasan penelitian	113
5.3. Implikasi dalam keperawatan	114

6. SIMPULAN DAN SARAN	123
6.1. Simpulan	123
6.2. Saran	124

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN



BAB 1 PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan tentang latar belakang penelitian berkaitan dengan konsep dasar masalah penelitian secara umum dan pentingnya penelitian ini dilaksanakan, selain itu menguraikan tentang rumusan masalah penelitian, tujuan penelitian ini dilakukan, serta manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Stroke, saat ini merupakan penyebab kematian kedua terbanyak diseluruh dunia setelah penyakit jantung dan menempati urutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik (Apriwanto, 2008). Orang Amerika yang mengalami stroke baru dan stroke berulang setiap tahunnya diperkirakan mencapai sekitar 780.000. Saat ini, terdapat lebih dari 5 juta pasien stroke hidup, 50% sampai 70% pasien stroke fungsional kembali seperti kondisi semula dan sebanyak 30% dari mereka yang cacat permanen sebagai akibat dari stroke. Sebagian besar pasien stroke tersebut dirawat oleh anggota keluarganya dirumah (Haugh, 2008). Rata – rata waktu bertahan setelah stroke pertama bagi individu usia 60 – 69 tahun adalah 6,8 tahun untuk pria dan 7,4 tahun untuk wanita. Sedangkan bagi mereka yang berusia lebih tua dari usia 80 tahun, rata – rata waktu bertahan 1,8 tahun untuk pria dan 3,1 tahun untuk wanita (Haugh, 2008).

Angka kejadian stroke meningkat dengan tajam di Indonesia. Bahkan saat ini, Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia dan menempati urutan ketiga penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker (Yastroki, 2009). Orang Indonesia yang mengalami serangan stroke diperkirakan sekitar 500 ribu setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, sekitar 2,5% meninggal dunia, sementara sisanya mengalami kecacatan dari ringan hingga berat. Hal ini disebabkan karena perubahan gaya hidup serta stress yang berat yang dihadapi masyarakat akibat beban hidup yang semakin berat (Gemari, 2009). Jumlah pasien stroke selalu menempati urutan pertama dari

seluruh penderita rawat inap dipusat – pusat pelayanan kesehatan neurologi di Indonesia (Aliah, dalam Harsono, 2000).

Stroke atau sering disebut juga sebagai *cerebrovaskuler accident* adalah penyakit pembuluh darah otak yang paling destruktif dengan konsekwensi berat, mencakup beban fisik, psikologis, dan keuangan baik pada pasien, keluarga dan masyarakat (Amirudin, 2008). Laporan *World Stroke Organization* (WSO) tahun 2009, memperlihatkan bahwa stroke adalah penyebab utama hilangnya hari kerja dan kualitas hidup yang buruk, kecacatan akibat stroke tidak hanya berdampak bagi penyandanginya, namun juga bagi para anggota keluarga. Hal inilah yang menimbulkan stigma menakutkan dari penyakit stroke dikalangan masyarakat. Belum lagi perubahan kondisi psikologis pasien paska stroke yang biasanya merasa rendah diri, emosi yang tidak terkontrol, dan selalu ingin diperhatikan (Yastroki, 2009).

Penanganan stroke secara umum dibagi menjadi dua tahap. Tahap pertama yaitu tahap akut, dimana sasaran pengobatan adalah untuk menyelamatkan neuron dan mencegah proses patologik lainnya yang dapat mengancam fungsi otak. Pada tahap ini penatalaksanaan yang cepat dan tepat sangat diperlukan untuk memperbaiki dan mempertahankan fungsi otak optimal. Tahap kedua yaitu tahap paska akut atau tahap pemulihan, dimana pasien membutuhkan penanganan yang lebih komprehensif untuk meminimalkan kecacatan. Sasaran pengobatan dititikberatkan pada tindakan rehabilitasi, pencegahan komplikasi dan terjadinya stroke berulang (*National Institute of Neurological Disorder and Stroke*, 2008, Harsono, 2000).

Perawatan stroke paska akut merupakan perawatan yang sulit dan memerlukan waktu yang lama. Jenis dan derajat kecacatan yang mengikuti stroke tergantung dari jenis dan lokasi lesi (*National Institute of Neurological Disorder and Stroke*, 2008). Smeltzer dan Bare (2002) menyebutkan stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologis yang bergantung pada lokasi

lesi (pembuluh darah mana yang terkena), ukuran area yang perfusinya tidak *adequate*, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesoris). Faktor – faktor tersebut tidak hanya berpengaruh pada tahap awal/akut, tetapi juga pada prognosis jangka panjang/tahap paska stroke. Namun apabila pasien stroke ini ditangani dengan baik, maka dapat meminimalkan kecacatan dan mengurangi ketergantungan pada orang lain dalam beraktivitas. Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang, bahkan sepanjang sisa hidup pasien (Smeltzer dan Bare, 2002). Program rehabilitasi ini merupakan salah satu upaya penting yang dapat dilakukan untuk mempercepat proses pemulihan pasien. Program rehabilitasi yang dijalankan oleh pasien stroke harus disesuaikan dengan kemampuan dan derajat ketidakmampuan dari masing – masing individu itu sendiri. Keluarga pasien sendiri sangat berperan besar dalam tahap pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan, keluarga diharapkan ikut terlibat pada penanganan pasien stroke.

Banyak keluarga pasien stroke yang harus secara tiba – tiba berubah peran sebagai pengasuh untuk merawat anggota keluarga dengan stroke, hal ini disebabkan karena sifat akut dari penyakit ini dan hanya memiliki sedikit waktu untuk beradaptasi. Smeltzer dan Bare (2002) menyebutkan 40% dari pasien stroke akan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari. Hasil observasi dan komunikasi personal yang dilakukan peneliti dengan keluarga pasien stroke tahap paska akut yang dirawat di RS Fatmawati, ditemukan banyak keluarga merasa tidak cukup siap untuk beradaptasi dengan peran baru mereka sebagai seorang *caregiver* untuk merawat anggota keluarga dengan kecacatan.

Keluarga, sebagai orang yang sangat dekat dengan pasien stroke, sangat berperan dalam memberikan perawatan lanjutan dan memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien yang tidak dapat dilakukan sendiri olehnya. Fungsi perawatan kesehatan ini dinyatakan oleh Friedman (1998), untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga. Sedangkan Suprajitno

(2004), menyatakan satu dari lima tugas pokok keluarga dibidang kesehatan yaitu merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Orem sendiri dalam teori perawatan diri (*self care theory*), menyatakan bahwa setiap orang memiliki kemampuan dan tanggung jawab untuk dapat merawat diri mereka sendiri dan tanggungannya. Bila peran tersebut tidak dapat dilaksanakan dengan baik dan mengalami gangguan, hal tersebut dapat memicu stressor yang berkepanjangan dalam keluarga.

Stress dapat muncul bukan hanya pada pasien, tetapi juga pada keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Steiner dan kawan-kawan (2008) mengenai dukungan emosional, bantuan fisik, dan kesehatan keluarga pasien stroke, menyoroti kekhawatiran para keluarga pasien stroke mengenai aspek – aspek perawatan fisik. Kekhawatiran ini disebabkan karena kekakuan yang dialami oleh pasien stroke dan kesulitan dalam ambulasi dan bergerak, terutama bagi keluarga yang berusia tua. Hal ini berdampak pada kesehatan keluarga, dimana beberapa keluarga melaporkan adanya perubahan pada kesehatan fisiknya, seperti keluhan kelelahan, nyeri kepala, sakit pada persendian, perasaan depresi, kesedihan, masalah keuangan yang terganggu, dan kurangnya dukungan dari anggota keluarga yang lain. Mereka menyimpulkan bahwa tanpa adanya dukungan, keluarga dari pasien stroke kemungkinan akan menjadi “pasien kedua dalam keluarga”.

Dukungan untuk keluarga pasien harus diberikan melalui sebuah usaha interdisiplin, yang melibatkan perawat, dokter, pasien dan keluarga, serta pemerintah untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik. Inti kemitraan ini harus didasarkan pada komunikasi terbuka dan kepercayaan diantara semua anggota untuk menjamin ketepatan intervensi dan perencanaan kebutuhan pasien.

Perawat mempunyai peranan yang sangat besar dalam memberikan dukungan dan asuhan keperawatan kepada pasien stroke dan keluarganya. Peran perawat dimulai dari tahap akut hingga tahap rehabilitasi, serta pencegahan

terjadinya komplikasi pada pasien stroke (*National Institute of neurological Disorders and Stroke*, 2008). Sedangkan peran utama perawat terhadap keluarga pasien stroke yaitu meningkatkan coping keluarga melalui penyuluhan kesehatan (Smeltzer & Bare, 2002). Peran perawat pada tahap paska rehabilitasi bukan hanya dalam hal pencegahan komplikasi dan mengurangi faktor risiko terjadinya stroke berulang, tetapi juga mengidentifikasi kebutuhan akan perencanaan pulang yang sesuai dengan kebutuhan keluarga, dan memberikan informasi yang dibutuhkan, serta mendorong keluarga untuk lebih efektif dalam melaksanakan perannya dan bergerak melampaui ketidakmampuan mereka.

Peran perawat yang lainnya meliputi pemberian informasi, edukasi dan keterampilan yang diperlukan oleh keluarga. Pemberian informasi, edukasi dan keterampilan ini dilakukan oleh perawat mulai dari tahap akut hingga tahap rehabilitasi, bertujuan agar keluarga memahami tentang penyakit stroke dan mengetahui cara perawatan yang benar (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, 2008). Pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga yang baik dalam merawat pasien stroke, akan mendorong kemandirian pasien secara berangsur – angsur.

Stuart (1998), menyatakan bahwa perawatan kesehatan dirumah sebagai bagian dari proses keperawatan dirumah sakit. Peran perawat spesialis medikal bedah sangat besar dalam perencanaan pulang (*discharge planing*) yang sesuai dengan kondisi pasien. Warholac (1980) menyebutkan perawat spesialis berperan untuk merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat spesialis memberikan asuhan keperawatan langsung dan mengevaluasi asuhan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Shyu dan kawan-kawan (2008) mengenai program perencanaan pulang yang berorientasi pada keluarga untuk

pasien stroke dan keluarganya, didapatkan bahwa keluarga – keluarga dari pasien stroke sering merasa tidak cukup siap untuk memenuhi kebutuhan fisik, kognitif, dan emosional pasien stroke. Mereka hanya mendapatkan sedikit informasi yang diperlukan untuk merawat pasien dirumah. Perawat kurang memberikan informasi mengenai hal – hal yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien sehari – hari dan bagaimana keluarga dapat mengatasi masalah yang muncul. Perawat spesialis medikal bedah sangat berperan dalam merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga. Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa pemberian informasi dan *discharge planning* bermanfaat secara signifikan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke dirumah, utamanya pada bulan - bulan pertama setelah pulang dari rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Rodgers dan kawan – kawan (2008), menemukan bahwa kurangnya informasi yang diberikan oleh perawat mengenai sifat, penyebab, dan konsekwensi dari stroke, serta ketersediaan layanan kesehatan yang konsisten menjadi kendala keluarga dalam merawat pasien stroke dirumah. Hal ini mungkin disebabkan karena informasi yang diberikan oleh perawat terlalu rumit, atau mungkin tidak relevan, informasi yang diberikan pun cenderung pasif, bukan aktif untuk memfasilitasi keluarga memperoleh keterampilan dalam pemecahan masalah dan menyesuaikan diri dengan peran baru mereka. Padahal kondisi ketergantungan pasien, lekas marah, gangguan kognitif, depresi dan kecemasan, dan perubahan perilaku yang dialami oleh pasien stroke, menimbulkan stress tersendiri bagi keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Bruvol (2004) mengenai harapan, kesehatan dan kualitas hidup keluarga pasien stroke dilatarbelakangi karena kurangnya perhatian yang diberikan oleh perawat kepada keluarga pasien stroke. Hal ini berpengaruh kepada perilaku peningkatan kesehatan dan kualitas hidup keluarga, dimana perawat lebih berfokus pada pasien daripada keluarga.

Padahal keluarga merupakan bagian terpenting untuk mensukseskan intervensi keperawatan.

Merujuk pada fenomena-fenomena yang telah dipaparkan, tampak bahwa kurangnya informasi dan edukasi yang diberikan oleh perawat pada *caregiver* keluarga menyebabkan mereka tidak cukup siap untuk merawat pasien stroke, utamanya pada tahap paska akut. Beberapa penelitian yang mengungkapkan mengenai kualitas / pengalaman hidup pasien paska stroke telah dilakukan di Indonesia, tetapi belum ada laporan yang menyebutkan pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat pasien stroke paska akut di rumah sakit. Dengan mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, dapat dilihat sejauh mana kebutuhan keluarga akan informasi dan edukasi, yang pada akhirnya akan mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien.

Indonesia memiliki banyak etnis dan tradisi budaya, serta ikatan kekeluargaan yang berbeda dengan negara lain sehingga pengalaman yang dihadapi keluarga pun akan sangat berbeda. Penelitian ini mencoba mengungkapkan kesiapan *caregiver* keluarga merawat pasien stroke tahap paska akut dengan pendekatan kualitatif fenomenologi. Pendekatan ini dipilih agar informasi yang terkait dengan pengalaman *caregiver* keluarga dalam mempersiapkan diri untuk merawat pasien stroke secara komprehensif dapat tergali. Pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit, diharapkan dapat menjadi informasi dasar tentang kebutuhan akan perencanaan pulang bagi *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, baik dari segi afektif, kognitif, dan psikomotor.

1.2 Rumusan Masalah

Keluarga sebagai *caregiver* utama, sangat membutuhkan dukungan emosional, informasi, pengetahuan dan keterampilan untuk mengatasi ketidakpastian dan tantangan yang datang selama merawat pasien stroke baik

dirumah sakit maupun dirumah. Belum lagi, kondisi pasien yang mengalami kekakuan, lumpuh, kesulitan berbicara dan gangguan mobilisasi menyebabkan tingginya tingkat kesulitan dalam merawat pasien stroke. Keluarga membutuhkan bimbingan untuk mengantisipasi dan memprioritaskan kebutuhan, mempelajari strategi dan mengatasi masalah – masalah yang timbul. Dari penelitian yang telah dilakukan Rodgers (2008), terlihat bahwa banyak keluarga merasa belum siap dan tidak cukup didukung oleh pelayanan kesehatan, atau penghentian pelayanan kesehatan secara tiba – tiba, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas kesehatan pasien. Hal tersebut lebih disebabkan karena kurangnya informasi yang diberikan oleh perawat, dimana perawat cenderung memberikan informasi secara pasif, bukan aktif untuk memfasilitasi keluarga memperoleh keterampilan dalam pemecahan masalah dan menyesuaikan diri dengan peran baru mereka.

Permasalahan yang telah diuraikan sebelumnya, memacu penulis untuk mempelajari lebih lanjut tentang pengalaman keluarga, arti dan makna merawat pasien dengan stroke. Untuk memahami bagaimana perasaan dan pengalaman keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami stroke, maka rumusan masalah dalam studi ini adalah “Bagaimana pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati ? “.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati, dan bagaimana *caregiver* keluarga memaknai pengalaman tersebut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diperoleh gambaran mengenai perubahan – perubahan yang terjadi pada *caregiver* keluarga selama merawat pasien dengan stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.

- 1.3.2.2 Teridentifikasinya gambaran tentang dampak stroke terhadap aspek fisik, psikososial dan spiritual *caregiver* keluarga
- 1.3.2.3 Tereksplorasi gambaran tantangan yang ditemui *caregiver* keluarga selama merawat pasien dengan stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.4 Diperoleh gambaran tentang informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang telah diterima oleh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.
- 1.3.2.5 Teridentifikasi kebutuhan informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada :

1.4.1 Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah.

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai bagaimana pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit, sehingga dapat diidentifikasi kebutuhan akan informasi, edukasi, dan perencanaan pulang yang sesuai dengan kebutuhan keluarga, sehingga keluarga dapat meningkatkan kesiapan dan kemampuan dalam merawat pasien stroke tahap rehabilitasi di rumah sakit dan dirumah nantinya. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam perencanaan dan pelaksanaan *home care* yang optimal, sehingga dapat meminimalkan kecacatan dan mengembalikan fungsi tubuh seminimal mungkin bagi pasien stroke tahap paska akut.

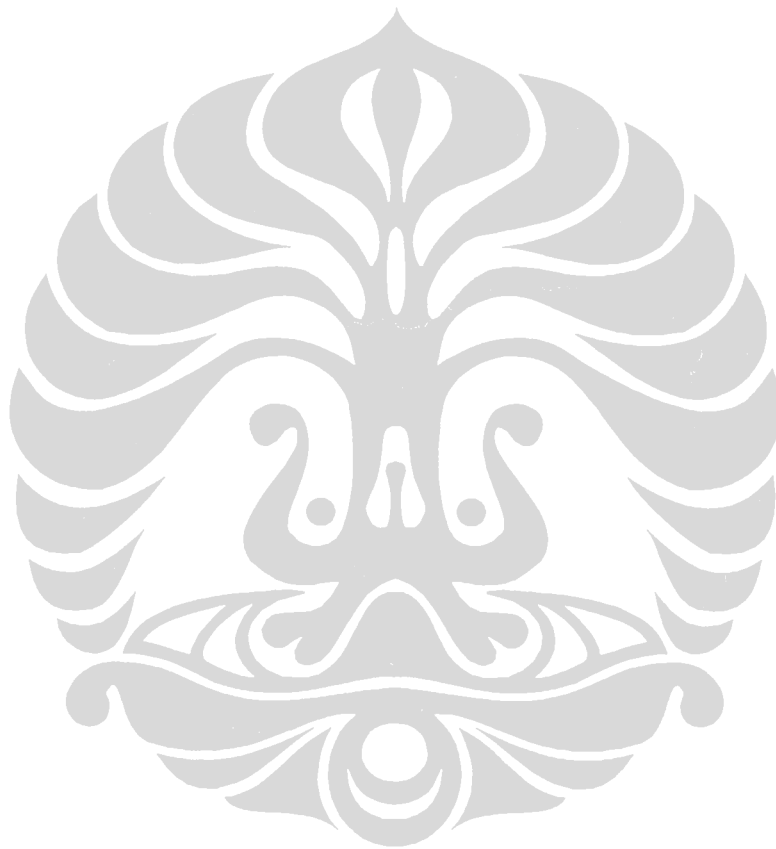
1.4.2 Perkembangan Ilmu Keperawatan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan, khususnya keperawatan medikal bedah, sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam

merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Dengan demikian mahasiswa dapat belajar sesuai dengan kondisi nyata.

1.4.3 Penelitian Selanjutnya.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai data dasar bagi peneliti – peneliti selanjutnya dan perawat komunitas, terkait dengan topik yang masih berhubungan dengan rehabilitasi pasien stroke.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini memaparkan teori, konsep, pendapat pakar serta hasil – hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan dalam penelitian ini.

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Pengertian

Stroke/Gangguan Pembuluh Darah Otak (GPDO)/*Cerebro Vascular Disease (CVD)*/*Cerebro Vascular Accident (CVA)* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke sebagian otak (Smeltzer & Bare, 2002: 2131). Sedangkan Doengoes, (2000: 290), mendefinisikan stroke sebagai suatu kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan patologis pembuluh darah serebral atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak. WHO sendiri mendefinisikan stroke sebagai suatu manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh (global), yang berlangsung dengan cepat lebih, atau berakhir dengan kematian, tanpa ditemukannya penyebab selain daripada gangguan vaskuler (Aliah, dkk, 2000: 81). Sedangkan menurut Ginsberg (2007: 89), stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan atau gejala hilangnya fungsi sistem syaraf pusat fokal atau global yang berkembang cepat. Istilah *cerebrovaskular disease* menunjukkan setiap kelainan serebral yang disebabkan karena proses patologis pembuluh darah serebral seperti sumbatan pada lumen pembuluh darah otak oleh thrombus atau embolus, pecahnya pembuluh darah serebri, lesi atau perubahan permeabilitas dinding pembuluh darah dan peningkatan viskositas atau perubahan lain pada kualitas darah yang menyebabkan pasokan oksigen dan nutrisi keserebral terhambat (Mokhtar, 2009 dan Stanford Stroke Center, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Price dan Wilson (2006: 1111 – 1116) mengklasifikasikan stroke berdasarkan patologi anatomi dan penyebabnya, yaitu :

2.1.2.1 Stroke iskemia

Iskemia serebrum ini menduduki 80 – 85% dari seluruh kasus stroke. Penyakit serebrovaskuler iskemia ini dibagi menjadi dua kategori besar yaitu oklusi trombolitik dan oklusi embolitik. Penyebab pasti stroke iskemia masih belum dapat ditentukan dengan pasti. Sekitar 15% stroke iskemia disebabkan oleh stroke lakunar. Iskemia serebrum disebabkan karena berkurangnya aliran darah keotak yang berlangsung selama beberapa detik sampai beberapa menit, dimana bila terjadi lebih dari beberapa menit akan terjadi infark pada jaringan otak.

2.1.2.2 Stroke hemorragik

Stroke hemorragik menduduki 15 – 20% dari semua kasus stroke. Perdarahan intrakranium ini dapat terjadi di jaringan otak itu sendiri (parenkim), ruang subarahnoid, subdural atau epidural. Stroke jenis ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadian berlangsung saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

a. Perdarahan Intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi yang mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Peningkatan tekanan intra kranial (TIK) yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons dan serebelum.

b. Perdarahan Subarachnoid.

Perdarahan ini berasal dari pecahnya *aneurisma berry* atau *arteriovenous malformation* (AVM). Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak (Juwono, 1993: 19). Pecahnya arteri dan keluar ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dll). Pecahnya arteri dan keluarnya darah ke ruang subarachnoid mengakibatkan terjadinya peningkatan TIK yang mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, sehingga timbul nyeri kepala hebat. Sering pula dijumpai kaku kuduk dan tanda-tanda rangsangan selaput otak lainnya.

Peningkatan TIK yang mendadak juga mengakibatkan perdarahan subarachnoid pada retina dan penurunan kesadaran. Perdarahan subarachnoid dapat mengakibatkan vasospasme pembuluh darah serebral. Vasospasme seringkali terjadi tiga sampai lima hari setelah timbulnya perdarahan, mencapai puncaknya pada hari ke lima sampai kesembilan, dan dapat menghilang setelah minggu kedua sampai kelima. Timbulnya vasospasme diduga karena interaksi antara bahan-bahan yang berasal dari darah dan dilepaskan ke dalam cairan serebrospinalis dengan pembuluh arteri di ruang subarachnoid. Vasospasme ini dapat mengakibatkan disfungsi otak global (nyeri kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia dan lain-lain). Otak dapat berfungsi jika kebutuhan O₂ dan glukosa otak dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan di dalam sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan O₂, jadi kerusakan dan kekurangan aliran darah otak walau sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan glukosa sebagai

bahan bakar metabolisme otak, tidak boleh kurang dari 20 mg% karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70% akan terjadi gejala disfungsi serebral. Pada saat otak hipoksia, tubuh berusaha memenuhi O₂ melalui proses metabolik anaerob, yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah otak.

Mardjono dan Sidharta (1997: 290) mengklasifikasikan stroke berdasarkan stadium / pertimbangan waktu, yaitu :

- a. Serangan iskemik sepiintas / TIA (*Trans Iskemik Attack*)
Gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- b. Defisit neurologis iskemia sepiintas / RIND (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit*)
Gejala neurologis yang timbul akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi tidak lebih dari seminggu.
- c. Stroke progresif (*progressive stroke / Stroke in-evolution*)
Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk.
- d. Stroke komplit (*Completed stroke/permanent stroke*)
Gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen.

2.1.3 Faktor Risiko Stroke

Terdapat dua kelompok besar faktor risiko stroke, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, riwayat keluarga, jenis kelamin, dan ras. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, kadar kolesterol dan lemak darah, diabetes mellitus, kebiasaan merokok, aktivitas fisik, penggunaan kontrasepsi hormonal, dan obesitas. Faktor resiko yang dapat diubah ini sangat berhubungan

dengan gaya hidup, sehingga sangat diperlukan kerjasama keluarga dalam perubahan gaya hidup kearah yang lebih sehat.

21.4 Manifestasi Klinis

Smeltzer dan Bare (2002: 2133) menyebutkan stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologis yang bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang terkena), ukuran area yang perfusinya tidak *adequate*, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesoris). Sedangkan Hudak dan Gallo (1996: 258-260) sendiri menjabarkan beberapa defisit neurologis yang dapat ditimbulkan akibat stroke, yang pertama yaitu defisit motorik. Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan *control volunteer* terhadap gerakan motorik. Karena motor neuron atas melintas, gangguan *control motor volunteer* pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada motor neuron atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh), dan hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh). Defisit motorik yang lainnya adalah disatria (kerusakan otot-otot bicara) dan disfagia (kerusakan otot-otot menelan).

Defisit sensorik pada pasien stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan audiotorius (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Defisit visual umum terjadi karena jaras visual terpotong sebagian besar pada hemisfer serebri. Defisit visual ini terdiri dari hemianopsia homonimosa (kehilangan pandangan pada setengah bidang pandang pada sisi yang sama), diplopia (penglihatan ganda), serta penurunan ketajaman penglihatan. Defisit sensori yang lain yaitu tidak memberikan atau hilangnya respon terhadap sensasi superfisial (sentuhan, nyeri, tekanan, panas dan dingin) dan tidak memberikan atau

hilangnya respon terhadap proprio resepsi (pengetahuan tentang posisi bagian tubuh).

Defisit perseptual (gangguan dalam merasakan dengan tepat dan menginterpretasi diri dan/atau lingkungan) juga dapat terjadi pada penderita stroke (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Defisit perceptual ini terdiri dari gangguan skem/maksud tubuh (amnesia atau menyangkal terhadap ekstremitas yang mengalami paralisis; kelainan unilateral), disorientasi (waktu, tempat, orang), apraksia (kehilangan kemampuan untuk menggunakan obyek dengan tepat) dan agnosia (ketidakmampuan untuk mengidentifikasi lingkungan melalui indera). Selain itu juga dapat terjadi kelainan dalam menemukan letak obyek dalam ruang, memperkirakan ukurannya dan menilai jauhnya, kerusakan memori untuk mengingat letak spasial obyek atau tempat, serta disorientasi kanan kiri.

Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi (Smeltzer & Bare, 2002: 2133). Defisit bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut yaitu afasia ekspresif, berupa kesulitan dalam mengubah suara menjadi pola - pola bicara yang dapat dipahami. Pada afasia ekspresif, pasien stroke dapat berbicara dengan menggunakan respons satu kata. Afasia reseptif yaitu kerusakan kelengkapan kata yang diucapkan. Pada afasia jenis ini, pasien stroke mampu untuk berbicara, tetapi menggunakan kata-kata dengan tidak tepat dan tidak sadar tentang kesalahan ini. Afasia global adalah kombinasi afasia ekspresif dan reseptif, dimana pasien stroke tidak mampu berkomunikasi pada setiap tingkat. Aleksia dimanifestasikan sebagai ketidakmampuan untuk mengerti kata yang dituliskan. Sedangkan agrafasia dimanifestasikan sebagai ketidakmampuan untuk mengekspresikan ide-ide dalam tulisan.

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik pada pasien stroke muncul bila terjadi kerusakan pada lobus frontal cerebrum (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Disfungsi dapat ditunjukkan dengan lapang perhatian yang terbatas, peningkatan distraksibilitas (mudah buyar), kesulitan dalam pemahaman, kehilangan memori (mudah lupa), ketidakmampuan untuk menghitung, memberi alasan atau berpikir secara abstrak, ketidakmampuan untuk mentransfer pembelajaran dari satu situasi ke situasi yang lain, dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien mengalami rasa frustrasi dalam program rehabilitasi yang dilakukan. Disfungsi aktivitas mental dan psikologik yang umumnya terjadi pada pasien stroke, biasanya dimanifestasikan dengan labilitas emosional yang menunjukkan reaksi dengan mudah atau tidak tepat (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Selain itu, biasanya pasien stroke menunjukkan kehilangan kontrol diri dan hambatan sosial, penurunan toleransi terhadap stress, rasa ketakutan, permusuhan, frustrasi, dan mudah marah. Pada tahap lanjut dapat terjadi kekacauan mental, keputusasaan, menarik diri, isolasi dan depresi.

Disfungsi kandung kemih biasanya dimanifestasikan dengan inkontinensia urinarius yang biasanya terjadi sementara. Hal ini terjadi karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal/*bedpan* karena kerusakan kontrol motorik dan postural (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Lesi unilateral karena stroke mengakibatkan sensasi dan kontrol parsial kandung kemih, sehingga klien sering mengalami dorongan/rasa ingin berkemih dan inkontinensia urine. Jika lesi ada pada batang otak, maka akan terjadi kerusakan lateral yang mengakibatkan neuron motorik bagian atas kandung kemih kehilangan semua kontrol miksi. Sedangkan kerusakan fungsi usus biasanya diakibatkan karena penurunan tingkat kesadaran, dehidrasi atau immobilisasi. Hal ini biasanya menimbulkan masalah konstipasi dan

pengerasan feses pada pasien stroke. Inkontinensia urine dan alvi yang berkelanjutan menunjukkan kerusakan neurologi luas.

2.1.5 Penatalaksanaan

Harsono (2000: 91-93) membedakan penatalaksanaan stroke kedalam tahap akut dan paska tahap akut, yang meliputi :

2.1.5.1 Tahap akut (hari ke 0 – 14 setelah onset penyakit)

Pada tahap akut ini sasaran pengobatan yaitu menyelamatkan neuron yang cedera agar tidak terjadi nekrosis, serta agar proses patologis lainnya yang menyertai tidak mengganggu / mengancam fungsi otak. Tindakan dan obat yang diberikan haruslah menjamin perfusi darah keotak *adequate* dengan pemeliharaan beberapa fungsi diantaranya respirasi yang harus dijaga agar tetap bersih dan bebas dari benda asing. Fungsi jantung harus tetap dipertahankan, bila perlu lakukan pemantauan jantung dengan EKG. Tekanan darah juga harus tetap dipertahankan pada tingkat yang optimal agar tidak menurunkan perfusi otak. Kadar gula darah yang tinggi pada tahap akut, tidak diturunkan dengan drastis.

Bila pasien telah masuk dalam kondisi kegawatan dan terjadi penurunan kesadaran, maka keseimbangan cairan, elektrolit dan asam basa darah harus dipantau dengan ketat. Penggunaan obat – obatan untuk meningkatkan aliran darah dan methabolisme otak diantaranya adalah obat – obatan anti edema seperti gliserol 10% dan kortikosteroid. Selain itu digunakan anti agregasi trombosit dan antikoagulansia. Untuk stroke hemorragik, pengobatan perdarahan otak ditujukan untuk hemostasis.

2.1.5.2 Tahap paska akut / tahap rehabilitasi

Setelah tahap akut berlalu, sasaran pengobatan dititik beratkan pada tindakan rehabilitasi penderita dan pencegahan terjadinya stroke berulang. Rehabilitasi yang dilakukan bertujuan untuk pemulihan keadaan dan mengurangi derajat ketidakmampuan. Ini dilakukan dengan pendekatan

memulihkan keterampilan lama, untuk anggota tubuh yang lumpuh, memperkenalkan sekaligus melatih keterampilan baru untuk anggota tubuh yang tidak mengalami kelumpuhan, memperoleh kembali hal – hal atau kapasitas yang telah hilang dan diluar kelumpuhan, serta mempengaruhi sikap penderita, keluarga dan *therapeutic team*.

2.2 Konsep Dasar Rehabilitasi

2.2.1 Pengertian

Harsono (2000: 104) mendefinisikan rehabilitasi sebagai suatu program yang disusun untuk memberi kemampuan kepada penderita yang mengalami *disability* fisik dan atau penyakit kronis, agar mereka dapat hidup atau bekerja sepenuhnya sesuai dengan kapasitasnya. Sementara Aliah (2000: 100) mendefinisikan rehabilitasi sebagai suatu proses kreatif yang dimulai segera dengan perawatan preventif pada tahap awal pasien sakit atau mengalami kecacatan, dan dilanjutkan sepanjang perawatan tahap *restorative*, yang melibatkan seluruh daya adaptasi untuk masuk dalam kehidupan baru.

2.2.2 Tujuan Rehabilitasi

Secara umum tujuan rehabilitasi tidak dapat terlepas dari pengertian tentang sehat, yaitu keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental), dan sosial dan bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan (Harsono, 2000). Rehabilitasi jangka pendek dikerjakan pada tahap akut dan awal, dengan tujuan agar pasien dapat secepat mungkin bangkit dari tempat tidur dan bebas dari ketergantungan pada pihak lain, terutama dalam melakukan kegiatan sehari – hari. Sedangkan Tirza (2009), mengemukakan tujuan rehabilitasi paska stroke, yaitu : memperbaiki fungsi motorik, bicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu, readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial, serta dapat melaksanakan aktivitas kehidupan sehari - hari

2.2.3 Prinsip – prinsip rehabilitasi

Harsono (2000: 106-107) menyebutkan beberapa prinsip rehabilitasi dari penderita stroke yaitu :

- 2.2.3.1 Rehabilitasi dimulai sedini mungkin untuk mencegah komplikasi.
- 2.2.3.2 Tidak ada seorang penderita pun yang boleh berbaring satu hari lebih lama dari waktu yang diperlukan. Tirah baring lama dapat memicu beberapa masalah diantaranya dekubitus, kontraktur, tromboflebitis, bronchopneumonia, atrofi otot skelet, osteoporosis dengan batu ginjal, dan hal yang paling mengancam yaitu timbulnya emboli paru, serta hilangnya kemauan penderita untuk dapat bergerak aktif.
- 2.2.3.3 Rehabilitasi merupakan terapi multidisiplin terhadap penderita stroke.
- 2.2.3.4 Adanya kontinuitas perawatan, ini dimaksudkan agar begitu program rehabilitasi dimulai maka kemajuan penderita stroke harus selalu dipantau untuk melihat keefektifan tindakan yang dilakukan.
- 2.2.3.5 Perhatian rehabilitasi tidak dikaitkan dengan kerusakan jaringan otak, tetapi lebih kepada sisa kemampuan fungsi neuromuskuler yang masih ada, atau dikaitkan dengan sisa kemampuan yang masih dapat diperbaiki dengan latihan.
- 2.2.3.6 Program rehabilitasi harus bersifat individual. Untuk beberapa pasien, program rehabilitasi dapat dilakukan dengan sederhana tanpa melibatkan personil rehabilitasi, sementara dipihak lain pasien memerlukan program rehabilitasi yang kompleks dan komperhensif dengan tenaga terampil dan berpengalaman.
- 2.2.3.7 Dalam pelaksanaan rehabilitasi, termasuk upaya untuk mencegah terjadinya stroke berulang dengan cara memusatkan perhatian pada faktor resiko yang ada pada pasien stroke
- 2.2.3.8 Penderita stroke merupakan subyek rehabilitasi, sehingga dokter, perawat dan keluarga berperan untuk memberikan pengertian, petunjuk, bimbingan dan dorongan agar pasien stroke selalu termotivasi untuk memperoleh

pemulihan kesehatan yang optimal. Pasien harus didorong untuk berpartisipasi aktif dalam kegiatan keseharian ditengah – tengah keluarga.

2.2.4 Waktu pelaksanaan rehabilitasi

Program rehabilitasi dimulai segera setelah kondisi medis stabil, biasanya dalam waktu 24 hingga 28 jam setelah serangan stroke (*National Institute of neurological Disorders and Stroke*, 2008). Program ini dimulai segera setelah tahap akut teratasi. Program rehabilitasi awal dimulai dengan pemberian posisi yang tepat bagi pasien yang bertujuan untuk memulihkan fungsi tubuh, mencegah spastisitas, dan sikap tubuh abnormal, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga. Harsono (2000: 101) menyebutkan tindakan mobilisasi yang akan dilakukan perlu menunggu waktu, dengan pola sebagai berikut:

- 2.2.4.1 Pasien stroke karena thrombosis atau emboli tanpa komplikasi/penyakit lain, mobilisasi dapat dilakukan setelah 2 – 3 hari setelah serangan stroke.
- 2.2.4.2 Pasien stroke dengan perdarahan subarachnoid baru dapat melakukan mobilisasi setelah 2 – 3 minggu.
- 2.2.4.3 Pasien stroke thrombosis/emboli dengan infark miokard tanpa komplikasi, program mobilisasi dilakukan pada minggu ketiga, namun bila pasien dalam kondisi stabil tanpa aritmia, mobilisasi dapat dilakukan dengan hati – hati pada hari kesepuluh.
- 2.2.4.4 Stroke yang sedang berkembang (*progressing stroke*), mobilisasi ditunggu sampai stroke menjadi kompli, baru mulai diberikan latihan pasif, untuk stroke dengan lesi vertebra basiler, perlu ditunggu sampai 72 jam, sebelum menetapkan tidak adanya progresi lagi (stroke permanen).

2.2.5 Strategi Intervensi Rehabilitasi pada Pasien Stroke

Strategi intervensi rehabilitasi pada pasien stroke dapat dilakukan pada tahap – tahap sebagai berikut:

2.2.5.1 Tahap akut

Pada tahap akut, biasanya pasien masuk dalam koma/penurunan kesadaran, sehingga tatalaksana utama yang ditujukan bersifat *life-saving*. Pembebasan jalan nafas dan pencegahan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial merupakan faktor utama intervensi. Tetapi upaya pencegahan terjadinya kontraktur dan dekubitus harus tetap diperhatikan, selain pemeriksaan fisik yang *adequate* untuk melihat perkembangan pasien secara menyeluruh. *Posisioning* atau alih baring merupakan tatalaksana yang mempunyai dua tujuan sekaligus, yaitu pencegahan terjadinya kontraktur dan dekubitus. Pada tahap ini, peran perawat sangat besar dalam keberhasilan program yang dilakukan.

Harsono, (2000: 108) menyebutkan hal – hal yang harus diperhatikan oleh perawat ketika melakukan *posisioning* yaitu alas tempat tidur yang harus cukup keras, mempertahankan posisi abduksi lengan, mencegah *foot drop* dengan memasang papan pada telapak kaki, pengaturan lengan yang lebih tinggi untuk mencegah edema pada tangan, pengaturan posisi tiap satu jam pada pagi hari dan dua jam pada malam hari, serta melakukan *full range of motion* (rentang gerak sendi) sedikitnya sekali dalam sehari.

2.2.5.2 Tahap paska akut

Program rehabilitasi tahap paska akut dimulai dengan mengevaluasi tingkat ketidakmampuan dan kemampuan yang masih tersisa. Proses evaluasi ini meliputi pemeriksaan neurologis menyeluruh untuk menentukan defisit neurologis yang terjadi, mencari faktor resiko yang dapat menghalangi proses restorasi, serta mengevaluasi psiko-sosiologik pasien dan keluarga. Apabila hal tersebut telah diketahui, maka proses restorasi dapat dimulai dengan melakukan latihan aktif dan pasif. Latihan mobilisasi pasif dan aktif ini dilakukan dengan menggerakkan semua sendi pada anggota gerak yang lumpuh, sampai terjadi *range of motion* (ROM) secara penuh. Apabila terjadi paralisis, maka latihan ROM pasif dapat dilakukan oleh perawat, fisiotherapis atau keluarga pasien.

Tindakan selanjutnya yaitu melakukan aktivitas elevasi dengan cara meninggikan letak kepala secara bertahap untuk kemudian dicapai posisi setengah duduk dan pada akhirnya posisi duduk. Apabila pasien sudah dapat duduk secara aktif, maka latihan berdiri dan berjalan dapat dimulai. Peran keluarga sangat diperlukan dalam latihan berdiri dan berjalan ini untuk meningkatkan keyakinan diri pasien mengenai kemampuan mereka. Selain itu pasien mulai diperkenalkan program *Activity of Daily Living/ADL* (*National Institute of neurological Disorders and Stroke*, 2008). Dalam arti sempit, ADL dapat diartikan sebagai bebas melakukan kegiatan kehidupan sehari – hari tanpa bantuan pihak lain.

Sedangkan dalam arti luas, ADL berkaitan dengan aspek psikologik, komunikasi, sosial dan fokalional. Aspek psikologis berkaitan dengan kondisi kecacatan, sehingga pasien seringkali kehilangan semangat dan kemauan untuk melakukan program rehabilitasi. Pada tahap ini, peran serta keluarga sangat diperlukan untuk memberikan dorongan positif pasien stroke. Gangguan komunikasi yang terjadi pada pasien stroke memerlukan tenaga terapi bicara untuk penanganan secara khusus.

2.3. Asuhan Keperawatan pada pasien stroke

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Smeltzer dan Bare (2002: 2137) menyebutkan pengkajian keperawatan yang harus dilakukan pada pasien stroke selama tahap akut yaitu : 1) perubahan pada tingkat kesadaran atau responsibilitas yang dibuktikan oleh gerakan, menolak terhadap perubahan posisi, dan respons terhadap stimulasi ; berorientasi terhadap tempat, waktu dan orang, 2) adanya atau tidak adanya gerakan *volunteer* atau *involunter* ekstremitas; tonus otot, postur tubuh, dan posisi kepala, 3) kekakuan atau fleksiditas leher, 4) pembukaan mata, ukuran pupil dan reaksi pupil terhadap cahaya dan perubahan okular, 5) warna wajah dan ekstremitas suhu dan kelembaban kulit, 6) kualitas dan frekwensi nadi dan pernafasan, 7) kemampuan untuk

berbicara, 8) volume cairan yang diminum dan volume urine yang dikeluarkan selama 24 jam.

Setelah tahap akut terlewati, pengkajian keperawatan dilanjutkan dengan mengkaji fungsi – fungsi berikut: 1) status mental (memori, lapang perhatian, persepsi, orientasi, afek, dan bicara/bahasa), 2) sensasi/persepsi (biasanya terjadi penurunan kesadaran terhadap nyeri dan suhu), 3) kontrol motorik (gerakan ekstremitas atas dan bawah), dan 4) fungsi kandung kemih. Pengkajian keperawatan berlanjut untuk memfokuskan pada kerusakan fungsi pada aktifitas sehari – hari pasien, karena kualitas hidup setelah stroke sangat berkaitan dengan status fungsi pasien.

2.3.2 Diagnosis keperawatan

Smeltzer dan Bare (2002: 2137-2138), *The North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) tahun 2007 dan Doengoes (2000: 293 - 307) mengidentifikasi beberapa diagnosis keperawatan yang mungkin ditemukan pada pasien stroke yaitu perubahan perfusi jaringan serebral, kerusakan mobilisasi fisik, nyeri, inkontinensia urine dan alvi, resiko bersihan jalan nafas tidak efektif, perubahan proses pikir, kerusakan komunikasi verbal, perubahan sensori persepsi, kurang perawatan diri, gangguan harga diri, risiko tinggi terhadap kerusakan menelan, koping keluarga tidak efektif, serta kurang pengetahuan terhadap kondisi dan pengobatan.

Diagnosis keperawatan koping keluarga tidak efektif: ketidakmampuan, digunakan jika perilaku dari satu anggota keluarga atau lebih, menjadikan keluarga tidak mampu (anggota keluarga secara individu) secara terapeutik menyesuaikan diri dengan tantangan kesehatan yang ada (McFarland, 1989, dalam Friedman, 1998: 472).

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Smeltzer & Bare (2002: 2139) menyebutkan intervensi keperawatan dititik beratkan pada pasien dan keluarga dengan tujuan untuk 1) mempertahankan tingkat kesadaran yang meningkat/stabil, 2) perbaikan mobilitas, 3) menghindari nyeri bahu, 4) mendapatkan kontrol kandung kemih, 5) perbaikan proses pikir, 6) pencapaian beberapa bentuk komunikasi, 7) pemeliharaan integritas kulit, 8) terhindar dari komplikasi, dan 9) mempertahankan coping individu yang efektif.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki perfusi jaringan serebral dan menurunkan resiko peningkatan tekanan intrakranial adalah dengan cara : 1) monitoring adanya bradikardia, peningkatan tekanan darah, status neurologis dan tanda – tanda peningkatan TIK, 2) mempertahankan kepala dalam posisi netral, 3) elevasi kepala $15^0 - 30^0$ untuk membantu *drainase* vena, 4) menghindari rotasi dan fleksi ekstrim leher, fleksi ekstrim panggul yang dapat menimbulkan peningkatan TIK, 5) pencegahan valsava manuver dengan cara memberikan pelunak feses, memberikan diet tinggi serat bila memungkinkan, menarik nafas saat bergerak, 6) kolaborasi untuk pemberian trombolitik, anti koagulan, neuroprotektor, serta 7) pemberian edukasi pada pasien dan keluarga untuk menghindari stress emosi, mempertahankan suasana yang tenang dan meminimalkan rangsangan lingkungan seperti kebisingan dan percakapan yang berlebihan.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk memperbaiki mobilitas dan mencegah deformitas adalah dengan : 1) pemberian posisi yang benar untuk mencegah penekanan dan mempertahankan kesejajaran tubuh, 2) penggunaan papan kaki untuk mencegah *foot drop*, 3) mencegah adduksi bahu dengan meletakkan bantal di aksila, 4) penggunaan *roll trokhanter* untuk mencegah rotasi panggul, 5) meletakkan jari pada posisi fleksi dan tangan ditempatkan agak supinasi, 6) perubahan posisi tidur

pasien setiap 2 jam, 7) melakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif, serta 8) melatih sesegera mungkin pasien untuk ambulasi.

Pencegahan nyeri bahu dapat dilakukan dengan cara : 1) menghindari mengangkat pasien pada bahunya yang flaksid atau menarik lengan/bahu yang sakit, 2) meletakkan lengan yang flaksid diatas meja atau bantal saat pasien duduk, 3) latihan rentang gerak, 4) menghindari gerakan – gerakan yang berat, serta 5) kolaborasi untuk pemberian analgesik

Pencapaian kemampuan dalam perawatan diri dapat dilakukan perawat dengan cara 1) mengikut sertakan sisi yang sakit dalam melakukan aktifitas sehari – hari, dan tidak mengabaikan sisi yang sakit, 2) kolaborasi dengan bagian okupasi terapi, serta 3) edukasi pada keluarga untuk memberikan support pada pasien

Intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk mendapatkan kontrol kandung kemih adalah dengan cara menganalisa pola berkemih dan memberikan urinal/ *bedpan* selama melaksanakan pola ini. Sedangkan untuk mempertahankan integritas kulit pasien, intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat dan keluarga yaitu 1) membuat jadwal alih baring, 2) mempertahankan kulit pasien agar tetap bersih dan kering, 3) melakukan *massage* pada area kulit yang sehat, 4) mempertahankan masukan nutrisi *adequate*.

Memperbaiki proses fikir dapat dilakukan dengan cara membuat program latihan persepsi-kognitif, kesan penglihatan dan orientasi realita. Dalam hal ini peran perawat bersifat suportif dengan cara memberikan umpan balik positif serta menyampaikan sikap percaya dan pengharapan. Intervensi yang dilakukan menggunakan kekuatan dan kemampuan pasien, sambil terus memaksimalkan dan meningkatkan kinerja fungsi bagian tubuh yang sakit.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi pasien dilakukan dengan cara membuat lingkungan yang kondusif dalam komunikasi dengan cara sensitif terhadap reaksi dan kebutuhan pasien, dan berespon terhadap pasien dengan cara yang tepat. Perawat dapat bersama sama dengan pasien dan keluarga membuat jadwal mengenai kegiatan rutinitas harian, berkas informasi pribadi, atau meletakkan benda – benda yang dikenal pasien untuk menentramkan hatinya.

Penyuluhan kesehatan adalah intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan koping keluarga. Keluarga perlu diberikan informasi mengenai harapan realistis yang dicapai pasien, tehnik manajemen stress dan metoda untuk mempertahankan kesehatan pribadi. Informasi yang tidak kalah pentingnya adalah pemberian dorongan kepada keluarga untuk melakukan perawatan dan latihan agar pasien dapat mencapai kemandirian yang optimal.

2.4 Dukungan Sosial bagi Pasien Stroke Paska Akut

2.4.1 Pengertian

Saranson (1991) menerangkan bahwa dukungan sosial merupakan suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya. Sedangkan menurut Gonallen dan Bloney (dalam As'ari, 2005) dukungan sosial adalah derajat dukungan yang diberikan kepada individu, khususnya saat dibutuhkan oleh orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat dengan orang tersebut. Dukungan sosial ini dapat bersumber dari keluarga, teman atau sahabat, dokter, perawat atau siapapun yang memiliki hubungan berarti bagi individu tersebut.

Keluarga sangat memegang peranan penting selama perawatan tahap paska akut pasien stroke di rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan

perawatan sehari – hari dan rehabilitasi. Merawat pasien dengan stroke merupakan suatu hal yang serius. Keluarga, berapapun usia dan keadaan mereka, memerlukan informasi, edukasi dan dukungan sosial untuk dapat melaksanakan perawatan pasien dan dapat beradaptasi dengan peran baru mereka

2.4.2 Aspek Dukungan Sosial

Peterson dan Brewon (2004) berpendapat bahwa ada empat aspek dukungan sosial yaitu :

2.4.2.1 Emosional

Aspek ini melibatkan kekuatan jasmani dan keinginan untuk percaya pada orang lain, sehingga individu yang bersangkutan menjadi yakin bahwa orang lain tersebut mampu memberikan cinta dan kasih sayang kepadanya. Stroke dapat menyebabkan gangguan psikologis bagi penderitanya. Hal ini disebabkan karena kondisi fisik dengan kecacatan, kehilangan konsentrasi atau inisiatif, gangguan pada memori jangka pendek, mudah tersinggung, marah dan perasaan frustrasi. Dukungan yang diberikan kepada keluarga pasien dengan stroke bertujuan untuk :

a. Pengendalian emosi

Stroke dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengendalikan emosi. Bila muncul masalah depresi pada pasien, bantuan medis mungkin diperlukan. Keluarga juga harus mendorong pasien untuk dapat belajar mengendalikan emosi dan waspada akan hal yang mungkin terjadi. Selain itu penting untuk memberikan kesempatan pada pasien untuk mencoba dan berlatih melakukan aktifitas ringan, sehingga dapat meningkatkan harga diri dan kepercayaan pasien.

b. Efek kognitif

Stroke akan mempengaruhi proses kognitif pasien seperti kemampuan untuk memahami apa yang dilihatnya, menilai ruang dan jarak, memusatkan perhatian atau mengenali benda – benda yang ada

dilingkungan sekitarnya. Hilangnya kemampuan tersebut dapat menimbulkan kecemasan, takut dan depresi. Oleh sebab itu penting bagi keluarga untuk selalu mendampingi pasien dan bila diperlukan merujuknya ke bagian psikoterapi.

c. Perubahan kepribadian

Stroke dapat merubah suatu aspek dan karakter seseorang. Pada tahap ini, sangat diperlukan kesabaran dan penerimaan keluarga terhadap kondisi pasien.

2.4.2.2 Informasional

Aspek informasional ini terdiri dari memberikan nasehat, pengarahan atau keterangan yang diperlukan oleh individu yang bersangkutan serta untuk mengatasi masalah pribadinya. Informasi yang dapat diberikan oleh perawat untuk mengatasi kebutuhan – kebutuhan fisik pada pasien stroke paska akut yaitu :

a. Mengatur rutinitas harian

Membangun rutinitas harian bertujuan untuk dapat memenuhi kebutuhan pasien agar dapat sesegera mungkin melakukan tindakan pemenuhan kebutuhan dasar secara mandiri. Kegiatan ini dimulai dengan membuat daftar langkah – langkah yang akan dilakukan seperti latihan pergerakan atau melakukan tugas – tugas ringan secara mandiri. Dianjurkan untuk mendorong penggunaan waktu istirahat jika pasien stroke merasa lelah. Dorong pula pasien untuk melakukan kegiatan – kegiatan yang mereka inginkan seperti menyalurkan hobi sederhana.

b. Rehabilitasi

Penting untuk memulai rehabilitasi sesegera mungkin sejak pasien masih berada dirumah sakit. Keluarga dapat dilibatkan untuk belajar latihan bersama sehingga dapat memahami apa yang dibutuhkan dan mendorong untuk dapat melakukan latihan secara teratur

c. Mobilisasi dan ambulasi

Keluarga harus diajarkan bagaimana cara melakukan mobilisasi dan ambulasi yang aman sehingga tidak menimbulkan cedera baik pada diri pasien atau pada keluarga yang melakukan perawatan.

d. Refleks menelan

Proses menelan melibatkan banyak otot dan syaraf yang berbeda. Jika lesi mengenai area tersebut, maka akan berpengaruh pada proses makan dan minum. Jika masalah ini tidak ditangani dengan baik, maka akan berdampak pada timbulnya masalah lain seperti dehidrasi atau konstipasi sebagai akibat dari kekurangan cairan. Jika masalah tersebut masih ada pada pasien, pemasangan selang *naso gastric* masih sangat diperlukan untuk memastikan kecukupan akan cairan dan nutrisi *adequate*. Pada waktu keluarga akan memberikan makanan, pastikan bahwa pasien dalam kondisi duduk atau dalam posisi tegak, dengan kepala miring kebawah dan dagu sedikit terselip masuk. Gunakan bantal untuk menyangga bahu, bila diperlukan.

e. Penanganan inkontinensia

Stroke dapat menyebabkan hilangnya kontrol kandung kemih (*urinary incontinentia*) dan inkontinensia feses atau bahkan keduanya. Tetapi hal ini bukan berarti bahwa inkontinensia bersifat permanen. Untuk beberapa orang, hal ini hanyalah masalah waktu, dimana masalah akan berkurang atau bahkan hilang sesuai dengan berlalunya waktu. Tetapi bagi beberapa individu, mungkin diperlukan penanganan khusus, sehingga masalah dapat diperbaiki atau lebih mudah untuk dikelola. Sangat penting keterlibatan keluarga untuk melakukan pelatihan kandung kemih dan latihan untuk meningkatkan mobilitas. Selain itu yang tidak kalah pentingnya adalah memastikan ketersediaan peralatan yang aman dan mudah digunakan, tetap kering dan nyaman, serta sesuai dengan kondisi pasien.

f. Gangguan komunikasi

Bila pasien telah mengalami gangguan dalam berkomunikasi akibat penyakit yang dialami, penting untuk melibatkan terapis bicara. Yang

tidak kalah pentingnya juga keterlibatan keluarga, kerabat dan teman dalam proses pemulihan pasien.

2.4.2.3 Instrumental

Aspek ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau sarana pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamnya adalah memberikan peluang waktu. Pada pasien stroke dengan kecacatan, alat bantu akan sangat menolong mempermudah pasien stroke dalam melakukan ambulasi dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari.

2.4.2.4 Dukungan Penilaian (*appraisal support*)

Aspek ini terdiri dari dukungan peran sosial yang meliputi umpan balik, perbandingan sosial dan afirmasi (persetujuan). Perawatan paska stroke biasanya memerlukan waktu yang lama. Hal tersebut bukan hanya akan merubah gaya hidup pasien, tetapi juga akan merubah gaya hidup dan kebiasaan keluarga, dan dapat menimbulkan kejenuhan dan stress tersendiri bagi keluarga yang merawat pasien stroke. Keluarga dapat mengambil langkah positif untuk mengurangi kejenuhan dan stress dengan meluangkan waktu beberapa saat untuk berkumpul dengan teman. Perkumpulan penderita stroke tidak hanya akan memberikan kesempatan bagi pasien stroke untuk bersosialisasi, tetapi juga memungkinkan keluarga-keluarga pasien untuk bertemu dan berbaur sehingga dapat saling bertukar pikiran tentang keluhan-keluhan yang sama. Pertemuan dengan keluarga-keluarga lain dan bersama-sama mencari cara pemecahan masalah adalah salah satu cara untuk melawan rasa kejenuhan.

2.5. Konsep spiritual dalam asuhan keperawatan

Spiritualitas berasal dari bahasa latin ”spirare” yang berarti nafas kehidupan”. Wensley (1995) menyatakan spiritulitas sebagai suatu nilai dan keyakinan tentang diri, kemanusiaan, kehidupan dan Tuhan. Lebih jauh Wensley (1995) menjabarkan spiritualitas sebagai suatu perjalanan,

penemuan dan respons terhadap kehidupan, pencarian makna hidup, keterlibatan dalam hubungan, menjadi utuh dalam kekudusan, pengembangan kapasitas dalam iman, harapan dan kasih. Agama sendiri tidak selalu dapat diartikan sebagai bagian dari spiritualitas seseorang (Wensley, 1995). Sedangkan Murray & Zenter (1989, dalam Wensley, 1995) menggambarkan spiritualitas sebagai kualitas dari suatu proses menjadi religius, yang merupakan sumber inspirasi, kehormatan dan kekaguman, serta arti dan tujuan, bahkan pada mereka yang tidak percaya pada Tuhan sekalipun. Dimensi spiritualitas membuat seseorang berusaha untuk selaras dengan alam semesta, berusaha untuk menjawab tantangan yang ada, dan digunakan sebagai fokus ketika seseorang menghadapi stress emosional, penyakit atau ancaman kematian.

Perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, harus memberikan perawatan yang holistik, yang meliputi seluruh aspek fisiologi psikososial, spiritual dan budaya. Hamner (1991, dalam Wensley, 1995) menyatakan bahwa banyak perawat mengartikan spiritualitas berkaitan dengan aspek psikososial. Namun Piles (1990, dalam Wensley, 1995) menjelaskan bahwa dimensi psikososial melibatkan hubungan manusia dengan dirinya sendiri, orang lain atau lingkungan. Sementara dimensi spiritual berkaitan dengan hubungan manusia dengan aspek yang lebih tinggi, atau Tuhan, tergantung bagaimana seseorang tersebut mendefinisikannya.

Jacik (1989, dalam Wensley, 1995) menyatakan dukungan spiritual yang dapat diberikan oleh perawat dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti membacakan Kitab suci, berdoa, atau meyakinkan pasien bahwa Tuhan mendengar, penuh kasih dan perhatian. Selain pentingnya aktif mendengar dan hadir, dukungan spiritual juga dapat diberikan dalam bentuk duduk bersama pasien selama ritual keagamaan, bergabung dalam doa, membaca, atau menyediakan literatur inspirasional. Sedangkan Cassidy (1988, dalam

Wensley, 1995) menjabarkan dukungan spiritual dapat diberikan dengan cara mendampingi pasien, membantu, berbagi, atau mungkin hanya duduk disisi pasien. Makna spiritualitas menjadikan perawat bersedia duduk disisi pasien, masuk kedalam penderitaan mereka, berbagi rasa sakit, kesedihan dan kebingungan mereka.

2.6. Peran keluarga sebagai *caregiver* pada pasien stroke tahap paska akut

2.6.1. Definisi keluarga

Burgess, dalam Friedman (1998:11) mendefinisikan keluarga sebagai sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, dan ikatan adopsi. Para anggota keluarga biasanya hidup bersama – sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka. Anggota keluarga berkomunikasi dan berinteraksi satu sama lain dalam peran – peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, serta anak – anak. Keluarga menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

2.6.2. Interaksi rentang sehat sakit keluarga dengan pasien stroke

Neuman (1990) menyatakan sehat adalah suatu keadaan dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan pada lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, spiritual yang sehat. Sedangkan sakit merupakan proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya. Perilaku sakit adalah perilaku orang sakit yang meliputi cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami, melakukan upaya penyembuhan, dan menggunakan sistem pelayanan kesehatan. Perilaku sakit ini akan berdampak pada pasien, peran keluarga, citra tubuh, konsep diri, serta dinamika keluarga.

Hickey (2003) mengatakan bahwa pada gangguan neurologis, tidak hanya akan menimbulkan konsekuensi pada pasien, tetapi juga pada keluarga pasien itu sendiri. Potter (2005) menyebutkan ada lima tahap perilaku sakit yang dialami individu. Pada tahap awal (tahap mengalami gejala), pasien merasakan “ada sesuatu yang salah pada dirinya”. Bila gejala tersebut dirasakan dapat mengancam kehidupan, maka pasien akan mencari pertolongan. Pada pasien stroke yang sebelumnya tidak mengalami gejala apa-apa atau dengan penurunan kesadaran secara tiba-tiba, keluarga sangat berperan penting dalam pemantauan gejala, sehingga dapat segera mencari pertolongan kesehatan.

Tahap kedua adalah asumsi tentang peran sakit, tahap ini terjadi bila gejala menetap atau semakin berat. Pada tahap ini individu biasanya mengkonfirmasi pada keluarga atau orang terdekat bahwa ia benar – benar sakit dan harus beristirahat dari kewajiban normalnya. Keluarga harus mengambil alih peran tersebut dan melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan. Pada tahap ketiga adalah kontak dengan pelayanan kesehatan. Pada tahap ini pasien dan keluarga mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari kejelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab penyakit dan implikasi penyakitnya terhadap kesehatan dimasa yang akan datang. Tahap keempat yaitu peran ketergantungan, adalah tahap dimana pasien menerima keadaan sakitnya, dan bergantung pada pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada. Pada tahap ini, perawatan, dukungan, dan perlindungan dari berbagai tuntutan harus diberikan oleh keluarga. Tahap kelima (tahap pemulihan dan rehabilitasi) merupakan tahap akhir dari sakit. Pada pasien stroke, tahap pemulihan ini membutuhkan waktu yang lebih lama sebelum dapat berfungsi optimal.

2.6.3. Konsep *caregiver* keluarga

Hill (2002) mengartikan *caregiver* sebagai seseorang dalam anggota keluarga yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan kesehatan nonmedik kepada individu yang menderita penyakit kronis. Sedangkan Elsevier (2009) menyatakan *caregiver* sebagai seseorang yang memberikan bantuan medis, sosial, ekonomi, atau sumber daya lingkungan kepada seseorang individu yang mengalami ketergantungan baik sebagian atau sepenuhnya karena kondisi sakit yang dihadapi individu tersebut. Mifflin (2007) menyatakan *caregiver* sebagai seseorang dalam keluarga, baik itu orang tua, orang tua angkat, atau anggota keluarga lain yang membantu memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang mengalami ketergantungan.

2.6.4. Keluarga sebagai *caregiver* pasien stroke tahap paska akut

Orem menganggap individu (klien) sebagai penerima asuhan keperawatan yang utama, sedangkan keluarga dianggap sebagai faktor/syarat dasar bagi anggota keluarga. Orem (1983, dalam Friedman, 1998: 81) mengatakan keluarga sebagai pemberi perawatan bagi anggota keluarga lain yang tidak mandiri (anggota keluarga dewasa yang merawat individu yang tidak mandiri) dan dalam melaksanakan tugas ini, mereka dianggap sebagai individu dalam sebuah keluarga atau subsistem keluarga. Tujuan utama dari tindakan ini adalah untuk mencapai kesejahteraan yang optimal dan memungkinkan individu serta keluarga mereka dapat mempertahankan kontrol atas kesehatan mereka sendiri.

Friedman (1998) menyebutkan tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarga. Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan ini sejalan dengan lima tahap perilaku sakit individu yang telah dijabarkan oleh Potter (2005). Tugas pertama keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya yaitu mengenali gangguan perkembangan kesehatan seluruh anggota keluarga. Stroke seringkali menyerang individu tanpa didahului oleh gejala yang khas, sehingga peran keluarga sangat penting dalam mengenali gangguan kesehatan yang

dirasakan oleh salah satu anggota keluarga. Peran keluarga yang kedua adalah peran pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, dimana keluarga harus dapat memutuskan tindakan apa yang paling tepat diberikan pada salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit dan mengambil alih sementara kewajiban yang melekat pada diri pasien. Peran ketiga yaitu memberikan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau karena usianya yang masih terlalu muda. Tahap keempat ini, keluarga pasien stroke biasanya membawa pasien ke pusat pelayanan kesehatan untuk mencari pengobatan yang diperlukan. Tahap keempat yaitu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. pasien biasanya sudah menerima kondisi sakitnya dan peran keluarga dalam memberikan dukungan sangat diharapkan oleh pasien, terutama dalam kondisi kecacatan. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga – lembaga kesehatan merupakan tahap terakhir tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga harus dapat menunjukkan pemanfaatan dengan baik terhadap fasilitas – fasilitas kesehatan yang ada.

Rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi perubahan pemeliharaan kesehatan dan perilaku mencari kesehatan dititik beratkan pada modifikasi gaya hidup/tingkah laku (Carpenito, 1989, dalam Friedman, 1998: 428). Strategi yang dapat dilakukan oleh perawat dalam memodifikasi gaya hidup yaitu konfrontasi dengan diri sendiri, restukturisasi kognitif, pembentukan model, *operant conditioning*, dan pengendalian stimulus. McFarland (1989, dalam Friedman, 1998: 472) menyebutkan rencana intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah koping keluarga tidak efektif : ketidakmampuan diatas yaitu dengan strategi management stress, *refresing kognitif* atau penilaian ulang, perubahan gaya hidup dan penggunaan kelompok bantuan diri dan latihan keasertifan.

2.6.5. Adaptasi dan Koping Keluarga dengan Pasien Stroke Paska Akut

Stroke merupakan salah satu pemicu timbulnya stressor dalam keluarga. Stressor merupakan agen pencetus/penyebab yang mengaktifkan proses stress (Chrisman dan Fowler, 1980 dalam Friedman, 1998: 437). Agen pencetus yang mengaktifkan stress dalam keluarga adalah kejadian yang cukup serius yang menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga (Hill, 1945, dalam Friedman, 1998: 437). Kejadian yang dipandang keluarga secara objektif dan sebagai sebuah tantangan, dipandang oleh keluarga yang sedang dalam kondisi krisis sebagai hal yang mengancam dan besar sekali. Dalam hal ini keluarga akan mengalami stress yang meluas dan menekan adaptasi keluarga.

Stress adalah respon atau keadaan ketegangan yang dihasilkan oleh stressor atau oleh tuntutan – tuntutan nyata yang belum ditangani (Antonovsky, 1978 dan Burr, 1973 dalam Friedman, 1998: 437). Sedangkan Burgess (1978, dalam Friedman, 1998 : 437) menyebutkan stress adalah ketegangan atau tekanan didalam diri seseorang atau sistem sosial (individu atau keluarga) dan merupakan suatu reaksi terhadap situasi yang menghasilkan tekanan.

Krisis terjadi karena sumber – sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi ancaman stressor. Krisis keluarga merujuk pada suatu keadaan atau kekacauan dalam kehidupan keluarga ketika suatu kejadian yang penuh dengan stress atau rentetan kejadian yang menuntut sumber – sumber keluarga dan kemampuan koping, tanpa adanya penyelesaian masalah. Keterampilan pemecahan masalah yang efektif menjadi berkurang atau tidak bermanfaat dalam keadaan darurat yang bersifat psikososial. Kuss dan Peterson (1988, dalam Friedman, 1998: 439) mengkonseptualisasikan sebuah krisis keluarga sebagai akibat dari ketidakseimbangan antara permintaan dan sumber – sumber atau upaya – upaya

koping. Keluarga biasanya merasa tidak nyaman dan membutuhkan bantuan lebih dari pada masa normal, dan anggota keluarga bersifat reseptif terhadap informasi dan nasehat yang diberikan (Wallace, 1978, dalam Friedman, 1998: 439).

Adaptasi adalah suatu proses penyesuaian terhadap perubahan (Friedman, 1998: 437). Adaptasi ini merupakan hasil dari suatu keadaan keseimbangan yang berubah atau homeostatis. Adaptasi dapat menjadi positif atau negatif, yang menyebabkan meningkatnya atau menurunnya keadaan sehat keluarga (Burgess, 1978, dalam Friedman, 1998: 438). White (1974, dalam Friedman, 1998: 438) mengidentifikasi tiga strategi untuk adaptasi individu yaitu mekanisme pertahanan, koping dan penguasaan. Mekanisme pertahanan merupakan cara yang dipelajari, kebiasaan, dan otomatisasi untuk berespons. Mekanisme pertahanan merupakan taktik untuk menghindari masalah yang dimiliki stressor dan biasanya digunakan bila tidak ada penyelesaian yang ditemukan dan tidak dapat diakses keluarga. penyangkalan merupakan salah satu contoh mekanisme pertahanan dan akan diklasifikasikan sebagai disfungsi jika mekanisme ini merupakan cara yang sudah biasa digunakan keluarga untuk mengatasi masalah – masalahnya.

Strategi koping merupakan strategi positif dari adaptasi. Koping terdiri dari upaya – upaya pemecahan masalah seorang individu yang dihadapkan pada tuntutan yang berkaitan dengan keadaan kesejahteraannya, tetapi benar – benar menekankan sumber – sumber dari individu tersebut (Lazarus et al, 1974, dalam Friedman, 1998: 438). Tipe strategi koping keluarga yaitu strategi koping internal atau intrafamiliar (dalam keluarga inti) dan dan eksternal atau ektrafamiliar (diluar keluarga inti).

Prinsip intervensi krisis keluarga dan penguatan perspektif dapat dilakukan untuk mengatasi koping keluarga yang tidak efektif. Intervensi ini terdiri

dari 1) mendefinisikan kejadian stressor pencetus dan kejadian yang membahayakan hidup, 2) mengkaji interpretasi terhadap kejadian – kejadian, 3) mengkaji sumber – sumber dan metoda yang digunakan keluarga untuk mengatasi stressor dan 4) mengkaji keadaan fungsi keluarga. Dengan model ini, pendekatan supportif yang berfokus pada pemecahan masalah untuk membantu keluarga memobilisasi sumber – sumbernya sendiri dan sumber – sumber komunitas yang digunakan untuk memecahkan krisis dan mengatasi pengalaman stress (Kus, 1985, dalam Friedman, 1998: 473).

Boss (1988, dalam Friedman, 1998: 473) mengemukakan intervensi untuk mengatasi coping keluarga yang tidak efektif yaitu dengan memberikan kewenangan pada keluarga. Pemberian kekuasaan datang dari rasa percaya diri dan harga diri anggota keluarga dan kebanggaan dalam keluarga sebagai sebuah tim, dengan mengontrol apa yang terjadi pada keluarga secara kolektif dan individual, memahami apa yang terjadi, dan mengungkapkan dengan anggota keluarga yang lain.

2.7. Pendekatan fenomenologi pada penelitian kualitatif

Penelitian kualitatif yaitu suatu penelitian yang menggunakan pendekatan yang berfokus pada pemahaman suatu fenomena dan lingkungan sosial (Pollit & Hungler, 1999). Miles & Huberman (1984, dalam Creswall, 1998) menyebutkan penelitian kualitatif merupakan suatu proses sosial dengan membedakan, membandingkan, meniru, mengkatalogkan dan mengelompokkan objek studi. Penelitian kualitatif ini digunakan peneliti untuk memahami sudut pandang partisipan secara mendalam, dinamis dan menggali berbagai faktor (Creswall, 1998). Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami situasi sosial, peristiwa, peran, kelompok atau interaksi tertentu. Creswall (1998) membagi desain penelitian kualitatif yang terdiri dari *case study*, *fenomenology*, *ethnografi* dan *grounded theory*.

Desain fenomenologi merupakan cara terbaik untuk menggambarkan dan memahami perasaan manusia (Streubert & Carpenter, 2003). Penelitian kualitatif fenomenologi merupakan penelitian yang digunakan untuk menggali sesuatu hal yang ingin diketahui dengan cara menginterpretasikan sesuatu untuk mendapatkan gambaran mengenai suatu peristiwa yang sedang diteliti. Creswell (1994) menyebutkan penelitian kualitatif fenomenologi menghasilkan interpretasi, membangun suatu esensi, mengurung dan menginduksi intuisi dalam menganalisa data.

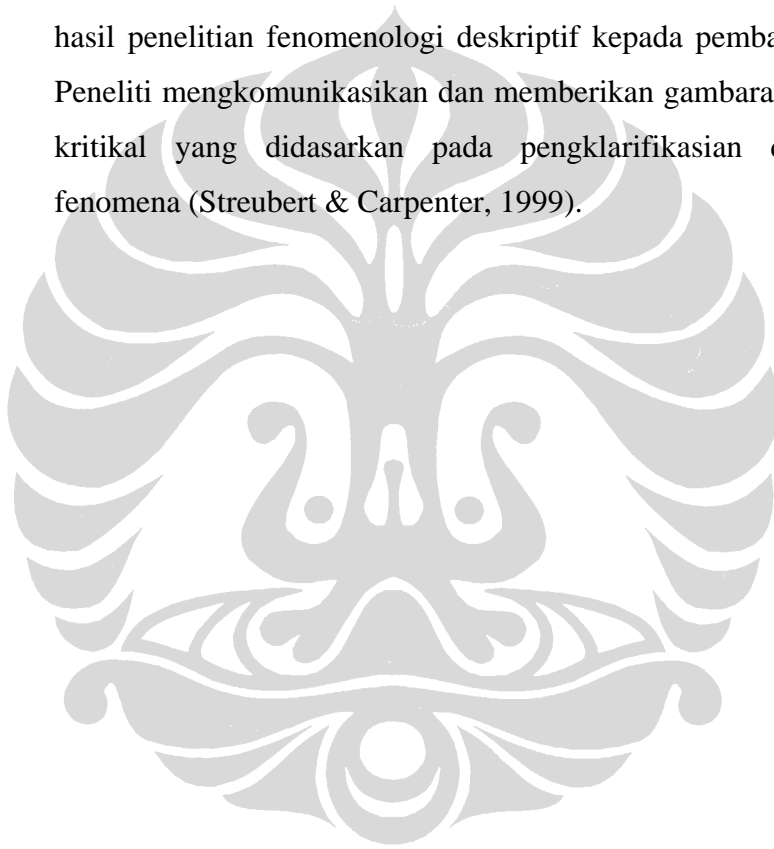
Penelitian kualitatif fenomenologi menggambarkan riwayat hidup seseorang dengan cara menguraikan arti dan makna hidup serta pengalaman mengenai suatu peristiwa yang dialaminya. Spiegelberg (1975 dalam Streubert & Carpenter, 1999) mengemukakan ada tiga tahapan dalam studi fenomenologi deskriptif, yaitu tahap *intuiting*, tahap *analyzing*, dan tahap *describing*.

Tahap *intuiting*, peneliti mengumpulkan data dengan cara mengeksplorasi pengalaman partisipan tentang fenomena yang diteliti (Streubert & Carpenter, 1999). Peneliti menggali data lebih dalam dengan menerapkan batas-batas penelitian, mengumpulkan informasi melalui pengamatan, wawancara, dokumen, bahan-bahan visual serta menerapkan aturan untuk mencatat informasi (Locke, Spirduso, dan Silverman, 1987, dalam Creswall, 1994).

Tahap kedua yaitu *analyzing*, dimana peneliti akan mengidentifikasi pengalaman yang akan diteliti. Collaizi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999) membagi langkah-langkah dalam analisis penelitian kualitatif dalam beberapa tahap, yaitu 1) menggambarkan fenomena yang akan diteliti, 2) mengumpulkan data tentang fenomena dari partisipan, 3) membaca semua gambaran fenomena yang telah dikumpulkan dari partisipan, 4) membaca ulang gambaran fenomena dan memilih kata kunci, 5) mengidentifikasi arti dari beberapa kata kunci yang telah teridentifikasi, 6) mengelompokkan

beberapa arti yang teridentifikasi kedalam tema, 7) menuliskan pola hubungan antar tema kedalam suatu narasi, 8) mengembalikan hasil narasi kepada partisipan untuk divalidasi, 9) memasukan data hasil validasi dan menuangkannya dalam suatu narasi.

Describing, merupakan tahap ketiga, dimana peneliti menuliskan laporan data yang digunakan. Penulisan ini bertujuan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian fenomenologi deskriptif kepada pembaca (Creswall, 1998). Peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritical yang didasarkan pada pengklarifikasian dan pengelompokan fenomena (Streubert & Carpenter, 1999).



BAB 3 METODOLOGI

Bab ini menjelaskan tentang penelitian, cara pemilihan populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, rancangan pengumpulan data dan keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan metoda penelitian kualitatif, yaitu suatu penelitian yang menggunakan pendekatan yang berfokus pada pemahaman suatu fenomena dan lingkungan sosial (Pollit & Hungler, 1999). Dengan menggunakan metoda kualitatif, peneliti dapat membuat sebuah gambaran kompleks, meneliti kata – kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami (Creswell, 1998: 15).

Peneliti telah berupaya untuk mengungkapkan makna konsep atau fenomena pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut berdasarkan kesadaran atau persepsinya. Pendekatan fenomenologi ini digunakan untuk memahami, menjelaskan dan memberi makna secara mendalam terhadap pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati berdasarkan perspektif mereka pada saat penelitian ini dilakukan. Penelitian ini dilakukan dalam situasi yang alami, sehingga tidak ada batasan dalam memaknai atau memahami fenomena yang dikaji (Arfianti, 2009). Peneliti memulai penelitian pada *caregiver* keluarga selama masih merawat pasien yang mengalami stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.

3.2 Partisipan

Pada penelitian ini, partisipan yang dipilih adalah *caregiver* keluarga yang berpartisipasi dalam perawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati. Perekrutan partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling*,

yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan cara memilih calon partisipan berdasarkan tujuan tertentu yang dibuat oleh peneliti (Creswell, 1998). Semua partisipan yang terpilih memiliki karakter sebagai berikut : 1) *caregiver* keluarga pasien stroke tahap paska akut, yang telah melakukan perawatan selama pasien stroke dirawat di RSUP Fatmawati, 2) berusia antara 17 tahun hingga 60 tahun, 3) mampu berkomunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia dengan baik, dan 3) bersedia menjadi partisipan, 4) mampu menceritakan pengalamannya dengan baik dan lancar.

Proses perekrutan partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama pasien stroke tahap paska akut yang dirawat di RSUP Fatmawati. Nama – nama pasien stroke tersebut didapatkan dari data rekam medis yang ada diruang rawat neurologi lantai VI Selatan RS Fatmawati. Peneliti kemudian menemui keluarga pasien stroke tahap paska akut yang memenuhi kriteria inklusi. Partisipan yang memenuhi kriteria, ditemui secara langsung oleh peneliti untuk meminta ijin dan kesediaannya menjadi partisipan dalam penelitian ini. Jika partisipan bersedia, maka peneliti akan membuat kesepakatan tentang kapan dan dimana peneliti dapat bertemu untuk melakukan wawancara dengan partisipan.

Jumlah partisipan yang diambil sebanyak 7 orang. Hal ini sesuai dengan jumlah partisipan yang ditetapkan dalam rencana penelitian yaitu kurang dari 10, dimana hal ini mengacu pada pendapat Pollit & Hungler (1998) yang menyatakan bahwa prinsip dasar dalam penelitian kualitatif adalah saturasi data, yaitu sampling sampai pada suatu titik jenuh dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan telah terjadi pengulangan informasi dari partisipan. Pollit dan Beck (2006) sendiri menyatakan bahwa penelitian fenomenologi biasanya dapat mengandalkan jumlah partisipan yang sangat kecil yaitu 10 atau kurang. Jumlah ini ditetapkan karena telah tercapai saturasi data, yaitu situasi dimana informasi yang diberikan oleh partisipan ke tujuh sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang fenomena yang diteliti. Tujuh

partisipan tersebut mengikuti secara keseluruhan dari awal hingga akhir proses penelitian dan tidak ada partisipan yang mengundurkan diri.

3.3 Tempat dan waktu

Penelitian ini diawali dengan persiapan dan penyusunan proposal yang dimulai sejak bulan Februari 2010. Seminar proposal dilaksanakan pada bulan Mei 2010. Pengumpulan dan analisa data dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2010. Penelitian ini dilakukan di RSUP Fatmawati Jakarta pada keluarga pasien stroke tahap paska akut yang terlibat dalam perawatan pasien dan telah memenuhi kriteria penelitian yang telah ditetapkan.

3.4 Etika Penelitian

Dalam mengembangkan penelitian ini, peneliti mentaati prinsip – prinsip legal atau aspek formal yang berhubungan dengan peraturan akademik tentang prosedur penyusunan tesis dan prosedur perizinan penelitian. Prosedur penyusunan tesis diawali dengan penyusunan proposal penelitian yang telah diseminarkan dihadapan penguji. Proses perizinan dilakukan dengan cara mengajukan surat permohonan melakukan penelitian dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kepada Direktur RSUP Fatmawati melalui kepala bagian pendidikan dan latihan, dengan melampirkan proposal penelitian.

Untuk partisipan sendiri, pada dasarnya penelitian ini tidak menimbulkan resiko, namun peneliti tetap memperhatikan etika penelitian ketika melakukan penelitian fenomenologi ini. Campbell (2005) menjelaskan bahwa interaksi yang terjadi antara peneliti dengan partisipan selama proses penelitian dapat menyebabkan terjadinya masalah etika. Masalah etika dalam penelitian terjadi akibat bertemunya dua atau lebih kepentingan yang berbeda pada saat yang bersamaan.

Penelitian ini menggunakan prinsip – prinsip etika penelitian, sehingga tidak menimbulkan dampak negatif. Pertimbangan etika dalam penelitian yang dilakukan merujuk kepada Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2006), yang menerapkan tiga hal yaitu menghormati harkat derajat manusia dan bebas paksaan (*autonomy*), kemanfaatan (*beneficience*), dan keadilan (*justice*).

Prinsip pertama yaitu menghormati harkat derajat manusia dan bebas paksaan. Partisipan memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, serta bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan yang diambilnya. Partisipan juga berhak untuk mengetahui apa yang akan dilakukan terhadap dirinya dan mengontrol bagaimana informasi tersebut dibagikan kepada orang lain. Untuk memenuhi hak tersebut, sebelum melakukan penelitian, peneliti telah memberikan penjelasan kepada calon partisipan tentang tujuan dan prosedur penelitian, dan hanya melakukan proses wawancara sesuai dengan waktu dan tempat yang telah disepakati partisipan. Dalam penelitian yang dilakukan, peneliti memenuhi hak – hak partisipan tersebut dengan memberikan *informed consent* yang memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan partisipan untuk berpartisipasi terhadap penelitian yang dilakukan (Streubert dan Carpenter, 1999). Maksud dari *informed consent* ini adalah agar partisipan dapat membuat keputusan yang dipahami dengan benar berdasarkan informasi yang tersedia dalam dokumen *informed consent* (Macnee, 2004). Selain itu sebelum melakukan wawancara dengan menggunakan alat perekam (MP4), peneliti terlebih dahulu menanyakan kesediaan keluarga untuk direkam. Partisipan juga mempunyai hak untuk mengundurkan diri sewaktu – waktu tanpa sangsi apapun. Hal ini sesuai dengan pernyataan Streubert dan Carpenter (1999) yang mengatakan partisipan mempunyai kebebasan untuk menentukan pilihan dan keikutsertaan dalam penelitian. Peneliti juga menginformasikan kepada partisipan mengenai kebebasan untuk tidak menjawab pertanyaan selama wawancara yang

mungkin dapat menimbulkan rasa malu dan tidak ingin diketahui oleh orang lain.

Peneliti menjaga kerahasiaan informasi dengan menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, kaset rekaman dan transkrip hasil wawancara dalam tempat khusus yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Kaset rekaman diberikan kode tanpa nama, dan selanjutnya ditransfer kedalam komputer dan disimpan didalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data yang diperoleh, hanya digunakan untuk keperluan proses analisa data sampai penyusunan laporan penelitian selesai dilakukan. Identitas partisipan ini tidak diungkapkan dalam laporan penelitian yang peneliti buat (*anonymous*).

Prinsip kedua yaitu kemanfaatan, dimana peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian, agar dapat bermanfaat bagi partisipan. Untuk memenuhi hak tersebut, peneliti menjelaskan manfaat yang diterima oleh partisipan. Peneliti meminimalkan timbulnya dampak yang merugikan bagi partisipan (*nonmaleficence*), dengan cara memberikan jaminan adanya kebebasan dari bahaya dan eksploitasi, dan apabila penelitian yang dilakukan berpotensi mengakibatkan cedera atau timbulnya stress, maka partisipan akan dikeluarkan dalam kegiatan penelitian.

Prinsip ketiga yaitu keadilan, dimana peneliti memperlakukan setiap partisipan secara jujur, pantas, serta memberikan haknya. Hak terhadap penanganan yang adil ini memungkinkan partisipan mendapatkan hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati. Semua partisipan dalam penelitian yang dilakukan mempunyai hak yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti melalui proses wawancara, komunikasi terapeutik antara peneliti-partisipan merupakan hal yang sangat penting. Teknik komunikasi terapeutik yang dilakukan dalam wawancara meliputi teknik mendengarkan dengan aktif, teknik pembukaan yang luas, pengulangan pernyataan, klarifikasi, teknik refleksi, teknik pemusatan/*focusing*, teknik berbagi persepsi, pengidentifikasian tema, teknik diam, dan teknik humor. Teknik – teknik tersebut terkait didalam tahap – tahap komunikasi terapeutik mulai dari tahap pra interaksi sampai dengan tahap terminasi (Stuart dan Sunden, 1998).

Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini melalui tiga tahap, yaitu :

3.5.1 Tahap Persiapan

3.5.1.1 Prosedur administrative

Peneliti mengurus ijin pelaksanaan penelitian dari pembimbing di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan dilanjutkan dengan pengurusan ijin penelitian kepada direktur RSUP Fatmawati melalui bidang pendidikan dan pelatihan. Peneliti juga mendatangi bagian rekam medis ruang rawat lantai VI Selatan RSUP Fatmawati untuk mengidentifikasi daftar nama pasien stroke tahap paska akut dan keluarga yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.

3.5.1.2 Prosedur teknis

Peneliti memulai dengan menetapkan kriteria inklusi partisipan yang layak diteliti. Dengan membawa daftar nama partisipan yang memenuhi kriteria inklusi, peneliti mendatangi partisipan langsung diruang perawatan pasien dan meminta kesediaan partisipan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan. Jika partisipan bersedia, peneliti melakukan pendekatan serta memberikan *informed consent* kepada partisipan untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti melakukan kontrak tempat dan waktu pengumpulan data, serta topik wawancara. Pengaturan waktu dan tempat, disesuaikan dengan keinginan partisipan dimana wawancara akan dilakukan. Peneliti kemudian mendatangi partisipan sesuai dengan tempat dan waktu yang telah disepakati.

3.5.2 Tahap proses

3.5.2.1 Persiapan

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam secara semistruktur dengan menggunakan pedoman wawancara. Penelitian dilakukan dengan mengajukan pertanyaan terbuka (*open-ended question*) dan observasi kepada partisipan. Streubert dan Carpenter (1999) mengatakan pertanyaan terbuka dapat memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menjelaskan pengalaman mereka tentang fenomena yang sedang diteliti. Sebelum penelitian ini dilakukan, peneliti telah melakukan uji coba pedoman wawancara terhadap dua orang *caregiver* keluarga yang melakukan perawatan pasien stroke tahap paska akut. Pertanyaan-pertanyaan yang diajukan pada uji coba pedoman wawancara dapat dijawab seluruhnya oleh dua orang *caregiver* keluarga dalam uji coba pedoman wawancara yang dilakukan. Pada awal pelaksanaan uji coba pedoman wawancara, peneliti masih menemukan beberapa kesulitan dalam mengembangkan pertanyaan penelitian. Selain itu ada beberapa pernyataan partisipan dalam uji coba wawancara yang kurang dimengerti oleh peneliti, sehingga memerlukan beberapa klarifikasi. Klarifikasi ini dilakukan untuk lebih memperjelas pernyataan partisipan dalam uji coba wawancara, sehingga maksud yang ingin disampaikan sesuai dengan pernyataan partisipan.

3.5.2.2 Proses

Wawancara dimulai dengan mengajukan pertanyaan yang bersifat umum baru kemudian diarahkan kepada hal – hal yang lebih bersifat khusus, yaitu dengan mengajukan pertanyaan berupa “ dapatkan saudara

menceritakan perubahan yang dirasakan selama merawat pasien stroke di rumah sakit”. Selama proses wawancara, peneliti mengajukan pertanyaan sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dipersiapkan dan dikembangkan sesuai dengan pernyataan yang dikatakan oleh partisipan. Namun ada beberapa partisipan yang menyatakan kurang mengerti dengan pertanyaan yang diajukan peneliti, sehingga peneliti memodifikasi pertanyaan yang diajukan dengan tidak merubah maksud dari tujuan pertanyaan. Lamanya proses pelaksanaan wawancara berbeda-beda antara setiap partisipan. Rata – rata proses pelaksanaan wawancara berlangsung antara 30 menit hingga 1 jam. Selama wawancara berlangsung, peneliti menemukan hambatan ketika partisipan larut dalam perasaan sedih dan menangis, dimana peneliti harus menunggu beberapa saat hingga partisipan dapat menenangkan diri baru melanjutkan wawancara dengan partisipan. Peneliti tidak menemukan distraksi dari lingkungan sekitar, karena seluruh proses wawancara pada semua partisipan berlangsung diruangan tertutup, sehingga wawancara dapat berlangsung dengan lancar.

3.5.2.2 Terminasi

Sebelum mengakhiri wawancara, peneliti melakukan kontrak dengan partisipan untuk mengklarifikasi data hasil wawancara yang telah diverbatim. Waktu dan tempat pelaksanaan disesuaikan dengan keinginan partisipan. Sebelum, selama dan sesudah proses pengumpulan data yang dilakukan, peneliti membuat berbagai catatan lapangan untuk melengkapi dokumentasi rekaman.

3.5.3 Tahap terminasi

Wawancara diakhiri setelah tidak ditemukan kembali informasi baru dari hasil wawancara (saturasi data/*redundancy*) dan dilanjutkan pada tahap analisa data. Evaluasi dan klarifikasi setiap ungkapan yang bermakna dari partisipan dilakukan untuk menghindari kekeliruan. Klarifikasi kepada keluruh partisipan dilakukan pada saat dimana pernyataan partisipan dirasakan kurang jelas oleh peneliti. Tetapi evaluasi dan klarifikasi akhir

dilakukan pada tahap akhir proses wawancara, sehingga peneliti tidak menemukan informasi baru dari partisipan. Alasan kedua melakukan wawancara lebih dari sekali adalah untuk memenuhi kriteria *rigor* (ketepatan/ketelitian).

3.6 Alat Pengumpul Data

Peneliti merupakan alat utama dalam penelitian kualitatif, sedangkan alat pengumpul data merupakan alat bantu bagi peneliti untuk menghimpun data penelitian. Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah buku catatan lapangan, alat tulis dan alat perekam dari telepon genggam.

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti melakukan uji coba wawancara dengan dua orang *caregiver* keluarga pasien stroke tahap paska akut yang telah merawat pasien lebih dari 10 hari di rumah sakit. Pada tahap awal, peneliti merasakan adanya kesulitan untuk mengembangkan pertanyaan dari setiap pernyataan yang dikemukakan oleh partisipan. Hal ini disebabkan karena peneliti masih berpaku pada panduan wawancara dan merasa kurang dalam penulisan catatan lapangan, yang pada akhirnya menyebabkan tujuan penelitian tidak tercapai dengan baik. Pada ujicoba wawancara kedua yang dilakukan, peneliti mulai bisa mengembangkan pertanyaan penelitian. Hal tersebut dilakukan peneliti dengan cara membuat catatan-catatan kecil mengenai setiap ungkapan bermakna yang disampaikan partisipan, yang menjadi dasar peneliti untuk mengembangkan pertanyaan secara lebih mendalam. Pada ujicoba wawancara yang dilakukan, peneliti juga menemukan beberapa pertanyaan dalam pedoman wawancara yang tidak dipahami oleh partisipan. Hal ini dapat diatasi dengan memodifikasi pertanyaan, sehingga tujuan penelitian tetap tercapai. Ujicoba juga dilakukan pada alat perekam wawancara, dimana pada awalnya peneliti menggunakan alat perekam MP4, tetapi peneliti menemukan kendala berupa terjadinya kemacetan pada alat

perekam saat wawancara berlangsung, sehingga peneliti meneruskannya dengan menggunakan alat perekam pada telepon genggam peneliti. Pada ujicoba wawancara berikutnya, peneliti kembali menggunakan telepon genggam sebagai alat perekam pada wawancara kedua, dan tidak menemukan hambatan selama proses wawancara berlangsung.

3.7 Analisis Data

Tehnik yang digunakan dalam menganalisa data hasil penelitian yang dilakukan, menggunakan langkah – langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999), sebagai berikut ; 1) peneliti menggambarkan fenomena dari pengalaman hidup partisipan yang diteliti, yakni pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit, 2) peneliti mengumpulkan gambaran fenomena partisipan berupa pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, 3) peneliti membaca seluruh gambaran fenomena partisipan tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut dari transkrip yang telah dibuat, 4) peneliti mengintisarikan pernyataan yang signifikan dengan mengacu pada transkrip, 5) peneliti mengartikulasikan makna dari setiap pernyataan yang signifikan dengan memilih kata kunci, kemudian menyusun menjadi kategori berdasarkan pernyataan partisipan, 6) peneliti kemudian mengelompokkan makna-makna kedalam kelompok tema. Pengelompokkan ini dilakukan dengan penyusunan tabel kisi-kisi tema yang memuat pengelompokan kategori kedalam sub-sub tema, sub tema, dan tema, 7) peneliti menuliskan suatu gambaran yang mendalam dari tema-tema yang telah disusun, 8) peneliti mengunjungi kembali partisipan untuk memvalidasi gambaran yang telah disusun segera setelah proses verbatim dilakukan, dan 9) peneliti tidak menemukan data baru selama validasi.

3.8 Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan syarat penting dalam analisa data. Untuk menjamin kebenaran data, maka peneliti mengkonfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara kredibilitas (*credibility*), kebergantungan (*dependability*), kepastian (*confirmability*), dan keteralihan (*transferability*).

Kredibilitas bertujuan untuk menilai kebenaran dari temuan penelitian kualitatif. Kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema – tema penelitian memang benar – benar pengalaman yang dialami oleh dirinya sendiri. Dalam hal ini peneliti memberikan data yang telah ditranskripkan untuk dibaca ulang oleh partisipan. Jika partisipan mengatakan bahwa data tersebut sesuai dengan pengalaman dirinya sendiri, maka transkrip dianggap telah memenuhi kredibilitas. Peneliti akan meminta partisipan untuk membubuhkan tanda (√) jika data yang telah ditranskripkan sesuai dan dianggap cocok. Pada beberapa partisipan (P1,P2 dan P7), peneliti membantu membacakan hasil transkrip verbatim yang telah dibuat oleh peneliti, karena keterbatasan kemampuan partisipan untuk membaca transkrip.

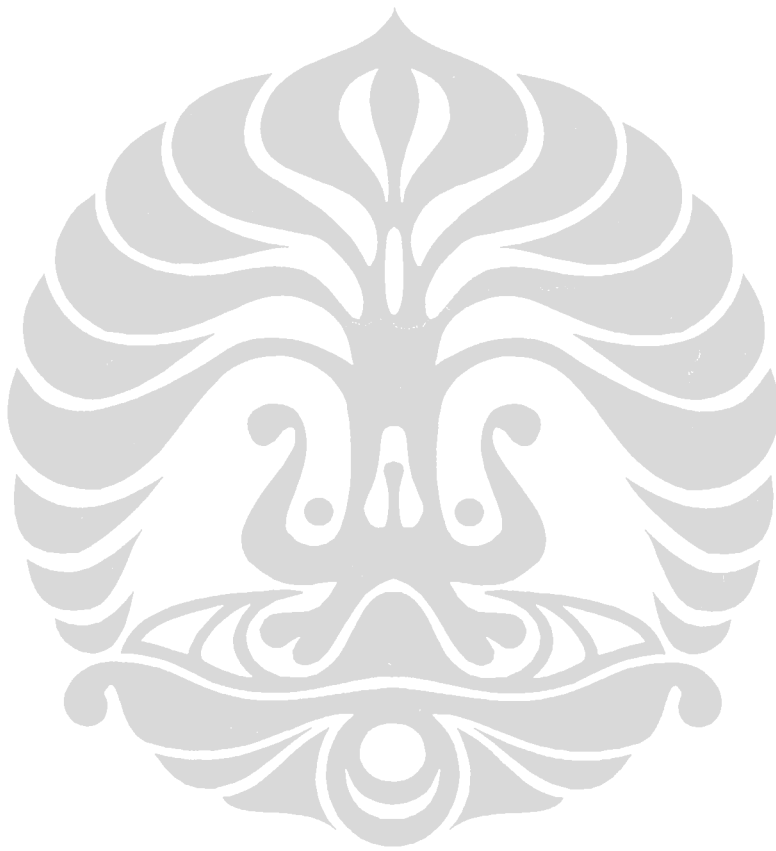
Kebergantungan bermakna sebagai reliabilitas atau kestabilan data dari waktu ke waktu. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen – dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing penelitian selama melakukan penelitian dan penyusunan tesis. Selama proses penulisan transkrip dan analisa tema, peneliti melakukan beberapa kali konsultasi, baik kepada pembimbing I maupun kepada pembimbing II. Pada tahap awal ujicoba wawancara, peneliti melakukan tiga kali proses bimbingan untuk melihat sejauh mana pertanyaan yang diajukan sudah dapat

menjawab tujuan dari penelitian dan bagaimana peneliti mengkategorikan setiap kata kunci yang diungkapkan oleh partisipan. Pada tahap proses wawancara, peneliti melakukan empat kali pertemuan dengan pembimbing dua untuk menelaah tema-tema yang ditemukan dalam transkrip verbatim. Selain itu peneliti juga melakukan dua kali pertemuan dengan pembimbing satu untuk menelaah tema-tema yang ditemukan dalam penelitian yang dilakukan.

Kepastian bermakna objektifitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Penelitian dikatakan objektif bila hasil penelitian yang akan dilakukan telah disepakati oleh partisipan. Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability*, sehingga pengujian dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan menunjukkan seluruh transkrip yang sudah dilengkapi dengan catatan lapangan, tabel pengkategorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian dan partisipan. Peneliti dan pembimbing bersama-sama menentukan analisis tematik hasil penelitian.

Keteralihan merupakan validitas eksternal, yang menunjukkan derajat ketepatan dan hasilnya dapat diterapkan kepada populasi dimana sampel tersebut diambil. Validitas tersebut menghasilkan deskripsi yang dapat digunakan pada setting lain dengan konsep yang sama. *Transferability* dilakukan peneliti dengan cara menanyakan respons 3 orang *caregiver* keluarga pasien lain yang telah melakukan perawatan pasien stroke tahap paska akut. *Caregiver* keluarga tersebut diminta untuk membaca transkrip lengkap dari partisipan yang ada. Peneliti kemudian menanyakan apakah pengalaman partisipan sama dengan pengalaman *caregiver* keluarga tersebut. Selain itu peneliti juga menanyakan apakah ada pengalaman lain yang ingin ditambahkan oleh *caregiver* keluarga. Hasil yang didapat,

menunjukkan bahwa 3 orang *caregiver* keluarga pasien lain tersebut menyatakan bahwa tema – tema yang telah teridentifikasi juga dirasakan oleh mereka.



BAB 4 HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan berbagai pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati. Penelitian ini menghasilkan 6 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena utama pengalaman *caregiver* keluarga yang merawat pasien stroke tahap paska akut. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi dua bagian. Bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien dengan stroke tahap paska akut.

4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 27 tahun sampai dengan 60 tahun. Jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 1 orang dan partisipan perempuan sebanyak 6 orang. Tingkat pendidikan partisipan bervariasi dari SD hingga SLTA. Semua partisipan adalah keluarga inti pasien stroke tahap paska akut yang telah melakukan perawatan di lantai VI Selatan RSUP Fatmawati. Hampir semua partisipan beragama Islam, hanya 1 orang yang beragama Kristen. Pekerjaan dari masing-masing partisipan bervariasi yaitu 3 orang ibu rumah tangga, 1 orang karyawan, 2 orang pedagang dan 1 orang guru. Status partisipan dalam keluarga inti pasien stroke tahap paska akut yaitu 4 orang partisipan berstatus sebagai istri pasien dan 3 orang partisipan berstatus sebagai anak pasien. Hampir semua partisipan telah menikah, dan hanya 1 orang partisipan yang belum menikah. Berkaitan dengan lamanya partisipan merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati bervariasi antara hari perawatan ke 10 hingga hari perawatan ke 22 pasien di rumah sakit.

4.2 Analisa Tematik

Bagian ini secara rinci menjelaskan uraian 6 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut adalah : (1) penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga, (2) penyesuaian fungsi keluarga, (3) perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual, (4) Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien, (5) perencanaan pulang belum terstruktur, (6) informasi, edukasi, dan perencanaan pulang yang dibutuhkan terkait pemenuhan kebutuhan dasar

Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkapkan makna atau arti dari berbagai pengalaman partisipan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati. Meskipun dibahas secara terpisah, namun tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi pengalaman para partisipan dalam studi ini.

4.2.1 Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga.

Mengalami perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar selama merawat pasien stroke tahap paska akut banyak diungkapkan oleh para partisipan dalam penelitian ini. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar yang dialami partisipan terlihat dari keempat sub tema berupa :

4.2.2.1 Perubahan fisik

Dalam hal perubahan fisik, *caregiver* keluarga mengemukakan timbulnya berbagai keluhan fisik seperti kelelahan dan perasaan pusing selama merawat pasien stroke di rumah sakit. Timbulnya keluhan lelah dirasakan oleh lima partisipan, dimana mereka mengatakan timbulnya rasa lelah selama menunggu pasien dirumah sakit. Sedangkan keluhan pusing, dirasakan oleh tiga partisipan sebagai perasaan sakit pada kepala. Berikut adalah ungkapan dari 2 partisipan mengenai hal tersebut :

“ Kalo sekarang, yang saya rasain paling capek aja ya selama ngejagain bapak yang lainnya sih engga ada apa-apa (P3).

“ ...Kaya kemaren, saya kepuskesmas, abis kepala saya pusing banget, eh engga taunya waktu ditensi, kata dokternya tensi saya rendah, cuman 80 gitu (P1).

Selanjutnya 2 partisipan mengemukakan perubahan yang terjadi pada kedua kakinya, dimana salah seorang partisipan menyatakan pembengkakan pada kaki yang dirasakan terjadi karena posisi kaki yang tergantung dalam waktu lama, sedangkan seorang partisipan lainnya menyatakan penyebab pembengkakan kakinya sebagai akibat duduk yang terlalu lama, atau berdiri terlalu lama. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut :

“ Kalo lagi kebanyakan diri, kaki saya jadi bengkak, makanya saya suka duduk dibawah, nyelonjor, supaya kaki saya engga bengkak,...kalo duduk begini aja nih nungguin bapak, kan kakinya ngegantung, bengkak, sandalnya sampe sempit...(P2).

Sebagian besar partisipan juga menambahkan cerita mereka mengenai cara penyesuaian yang mereka lakukan terhadap keluhan fisik yang muncul selama merawat pasien stroke dirumah sakit. Penyesuaian terhadap keluhan fisik, mereka lakukan dengan berbagai cara, seperti minum obat, atau pergi kepusat pelayanan kesehatan. Berikut adalah ungkapan dari kedua partisipan diatas :

“ Iya, kalo lagi pusing saya kepuskesmas, tapi Alhamdulillah, obatnya sudah habis, kan udah dua hari apa tiga hari tuh,pusingnya udah ilang, disuruh balik lagi sih, tapi saya belum sempet, nunggu orang tua disini (P1).

”..Ya minum obat paramex, itu aja, ya udah, agak mendingan deh tuh (P7).

Beristirahat juga merupakan salah satu respons adaptif yang dilakukan partisipan untuk mengatasi keluhan fisik yang mereka rasakan. Partisipan tujuh mengemukakan untuk mengatasi pusing kepalanya, ia akan beristirahat

dahulu beberapa saat. Sedangkan partisipan dua menyatakan membatasi aktifitas yang menyebabkan keluhan bertambah berat. Berikut adalah ungkapan kedua partisipan:

“ Ya kalo saya lagi pusing, ya saya istirahat sebentar, ya tiduran. Kalo engga ilang juga, saya minum obat aja, ya beli disini aja, dikoperasi, ya minum obat paramex, itu aja, ya udah agak mendingan aja deh tuh (P7).

“ Ya engga bisa cukup, ini aja saya dari semalem, ya kayanya meriang, dari tadi pagi engga berani mandi pagi saya, pala pusing, pilek, badan engga enak, ya kayanya emang kondisinya udah gini (P2).

Partisipan dalam penelitian ini juga mengeluhkan adanya perubahan pola tidur antara saat sebelum berada dirumah sakit dengan keadaan setelah partisipan merawat pasien stroke dirumah sakit. Perubahan pola tidur yang dialami partisipan bervariasi mulai dari berkurangnya waktu tidur karena harus menunggu keluarga yang sakit, adanya gangguan saat tidur, hingga perubahan dalam lingkungan saat partisipan akan tidur. Berkurangnya waktu tidur dinyatakan oleh seluruh partisipan, seperti yang dikatakan oleh partisipan keenam, yang menyatakan waktu tidur yang berkurang menjadi dua jam dan merasa tidak pulas saat sedang tidur. Dibawah ini adalah ungkapan yang dikemukakan partisipan keenam terkait berkurangnya waktu tidur mereka :

“ Engga tau, dikucek-kucek mungkin, kan jarang tidur, kadang tidur tuh cuman dua jam, bangun, tidur, jadi kaya tidur-tidur ayam gitukan, engga bisa pules, ya kalo dirumahan udah tidur less (P6).

Gangguan tidur juga dirasakan oleh seluruh partisipan sebagai sesuatu yang menyebabkan pola tidur mereka berubah. Salah seorang partisipan menyatakan bahwa tidurnya terganggu karena pasien yang sebentar-sebentar meminta minum. Sedangkan partisipan yang lain mengeluhkan tidurnya terganggu karena suasana ruang perawatan yang ramai, sehingga menyulitkan

mereka untuk tidur. Hal ini diungkapkan oleh tiga orang partisipan, sebagai berikut :

“ Kalo malam juga tidurnya terganggu ya, kan bapak sebentar-sebentar minta minum, sebentar minta kencing (P2).

“ Iya, makanya tidurnya jadi engga tenang, jadi bangun lagi untuk benerin,..., kadang-kadang infusnya, gitu (P5)

“ Kalo dirumah biasanya tidur siang, kalo disini engga bisa, soalnya rame banget (P1).

Lingkungan tidur yang kurang nyaman dirasakan oleh lima partisipan sebagai perubahan yang dialami selama merawat keluarga pasien mereka dirumah sakit. Salah seorang partisipan yang berusia tua menyatakan tidak terbiasa untuk tidur dibawah, sehingga pola tidurnya berubah. Partisipan enam mengatakan keluarga pasien lain yang berlalu lalang ke kamar mandi pun cukup dirasakan menggangu untuk dapat tidur. Berikut ini ungkapan yang diceritakan oleh partisipan kelima yaitu :

“ Ya terutama karena itu, ya suasananya, ya tempatnya, ya namanya tidur diruangan gitukan, engga biasa, kita emang engga biasa tidur dibawah (P5).

Selain adanya perubahan pola tidur yang terjadi, dua orang partisipan menyatakan bagaimana penyesuaian yang mereka lakukan terhadap perubahan pola tidur yang mereka alami, seperti diungkapkan oleh salah satu partisipan enam berikut ini :

“ Paling kalo lagi gantian nih, paling kalo ada sodara yang dateng, dia gantiin jaga, kita sebentar tidur dulu (P6)

Perubahan pola makan selama merawat pasien stroke tahap pasca akut dirumah sakit dirasakan oleh lima partisipan. Perubahan pola makan yang dialami partisipan berupa perubahan dalam frekwensi makan dari sebelum berada di rumah sakit dengan saat partisipan berada dirumah sakit. Perubahan pola makan yang lainnya yang dikeluhkan partisipan yaitu berbagai hal yang

menyebabkan perubahan pola makan diantaranya gangguan saat partisipan akan makan, seperti adanya pasien lain yang BAB, menu makanan yang tidak cocok dengan selera makan partisipan, atau bahkan disebabkan perasaan mereka yang terbagi karena memikirkan keluarga dirumah. Berikut adalah ungkapan dari 3 partisipan mengenai hal tersebut yaitu:

“ ...Untuk makan yang biasanya sepiring, sekarang jadi setengah, ya porsiya jadi berkurang sedikit (P6).

“ Sering engga nafsu makan sus, selama disini, gimana mau nafsu makan...eh, ada yang buang hajat.. (P1).

“ Iya, engga nafsu makan karena banyak pikiran, siapa nanti yang ngurus anak dirumah, siapa yang ngurus suami disini, kalo dirumah itukan, dua-duanya kekontrol (P4).

Penyesuaian pola makan juga telah dilakukan oleh *caregiver* keluarga terhadap perubahan yang terjadi selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Respons adaptif yang dilakukan partisipan dengan cara menjaga kesehatan diri *caregiver* itu sendiri, serta upaya meningkatkan kesehatan pasien. Seorang partisipan dalam penelitian ini melakukan penyesuaian kebutuhan nutrisi dengan cara diingatkan oleh anaknya agar menjaga keteraturan pola makan. Berikut ini ungkapan kedua partisipan menyangkut hal diatas :

“ ...Sekarang suami saya ngingetin,...”makan dulu, biar besok engga begitu lagi (P1).

Respons adaptif lainnya yang dilakukan partisipan untuk mengatasi keluhan penurunan nafsu makan yaitu dengan cara mengatur variasi makanan. Pengaturan variasi makanan ini dilakukan partisipan kelima dengan cara mencari alternative makanan pengganti sesuai dengan selernya saat itu. Ungkapan yang dinyatakan partisipan kelima yaitu :

” Makan ya kadang-kadang anak dateng, ya udah. Jadi kalo kita engga napsu makan nasi, apa ajalah yang bisa dimakan, kata anak-anak gitu, apa roti, apa kueh, apa buah giu, yang seininya kita, seseleranya (P5).

Perubahan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* dikeluhkan oleh 2 orang partisipan. Perubahan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene* yang terjadi disebabkan karena tidak adanya sarana yang menunjang pelaksanaan *personal hygiene* seperti tidak tersedianya pakaian ganti saat partisipan selesai mandi, merasa tidak bebas untuk berlama-lama mandi, karena kamar mandi yang digunakan bergantian oleh pasien dan penunggu yang lain. Sedangkan partisipan ketiga menyatakan perubahan suasana lingkungan seperti kamar mandi yang tidak dilengkapi dengan kunci pengaman menyebabkan dirinya enggan untuk mandi. Hal ini dinyatakan oleh salah seorang partisipan wanita muda yang menyatakan kekawatirannya mengenai pintu kamar mandi yang tidak dilengkapi dengan kunci. Hal ini diungkapkan oleh 2 partisipan, berupa:

“ Ya kalo mandi, disini engga bisa lama-lama, gantiaan sama yang lain, terus kadang engga ganti pakaian dalam, abis keponakan suka lupa mbawainnya, yang dibawa cuman baju doangan, mklum anak laki sus (P1).

“ Ya engga tau kenapa ya, mungkin karena waktu itu lupa bawa baju ganti, atau kadang suka kepikiran kunci engga ada, jadinya takut, entar lagi mandi ada yang masuk, gitukan, pasti malu (P3).

4.2.2.2 Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis, pola interaksi sosial dan spiritual dirasakan partisipan selama merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Perubahan psikologis yang dialami oleh partisipan berupa munculnya perasaan negatif, perasaan positif dan perasaan ambigu selama merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Perasaan negatif yang dirasakan partisipan berupa timbulnya perasaan sedih, khawatir, kesal, bingung, takut, banyak pikiran, dan perasaan tidak percaya dengan takdir. Perasaan sedih dirasakan oleh tiga

partisipan, dimana kesedihan yang mereka rasakan disebabkan karena keluarga yang mereka sayangi menderita penyakit yang tidak terduga-duga dan kesedihan karena memikirkan anak-anak selama mereka dirumah sakit. Perasaan khawatir diungkapkan oleh 6 orang partisipan dimana salah satu dari mereka menyatakan kekhawatiran mengenai kondisi yang dialami pasien dimasa yang akan datang. Beberapa partisipan lain mengeluhkan memikirkan keadaan dirumah sementara mereka harus mengurus pasien dirumah sakit. Sedangkan 4 orang partisipan lain menyatakan rasa ketidakpercayaan mereka terhadap takdir yang diterima secara tiba-tiba. Berikut ungkapan 2 partisipan :

“ Ya, saya khawatir sus, apa dia bisa kaya dulu lagi, emang sih umurnya udah tua, tapi kalo sakitnya engga bisa disembuhin, kita ngurusinnya kan repot juga ya sus, udah kaya bayi lagi, engga bisa ngapa-ngapain (P1)

“ Khawatirnya ya mikir gini ya, kemarin juga saya bengong, ya Alloh, seandainya engga ada bapak, saya bagaimana gitu ya, kalo ikut anak engga enak kan ya, enakan sama bapak,...ya mikir saya jauh kesana (P2).

Beberapa partisipan lain mengeluhkan memikirkan keadaan dirumah sementara mereka harus mengurus pasien dirumah sakit. Sedangkan 4 orang partisipan lain menyatakan rasa ketidakpercayaan mereka terhadap takdir yang diterima secara tiba-tiba. Berikut ungkapan 2 partisipan :

“ Disitu yang saya bingung, namanya engga ada yang nyari. Dia ngajar ngaji juga, ya seiklasnya anak muridnya ngasih. Tapi sekarang dia begini kan kita yang bingung, anak-anak bagaimana, terus apa dia bisa sembuh kembali (P4).

” Sekalinya kena penyakit, langsung berat kayak gini, engga siaplah kita menerimannya (P2)

Perasaan positif juga dirasakan oleh beberapa partisipan selama merawat pasien stroke tahap paska akut. Perasaan positif yang timbul berupa rasa senang, adanya humor-humor, dan bercanda antara sesama keluarga pasien yang lain. Perasaan senang diungkapkan oleh 2 orang partisipan yang

menyatakan adanya perasaan senang yang ditimbulkan oleh tingkah laku pasien lain yang ada dalam satu kamar perawatan dengan keluarga mereka. 3 partisipan menyatakan suka mengobrol dan tertawa bersama dengan keluarga pasien lain bila menemukan hal-hal yang dianggap lucu. Salah satu pernyataan yang diungkapkan oleh seorang partisipan yaitu:

“ Iya sus, walaupun kadang seneng juga disini, abis pasien yang disebelah orang tua saya lucu sih, jadi kita yang nunggu suka pada ngetawain (P1).

Perasaan positif lainnya yang dirasakan oleh beberapa partisipan selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit terjadi karena humor-humor yang dilakukan oleh sesama penunggu pasien, dimana mereka saling bercanda dan tertawa bersama, baik karena tingkah laku para pasien ataupun karena lelucon-lelucon yang mereka buat. Berikut ungkapan yang dikemukakan oleh 3 partisipan:

“ Rasa seneng pasti ada. bapak biar gitu, biar dalam keadaan sakit, kadang sering humor gitu. Iya, kita jadi yang aturannya sedih, jadi ketawa bareng bareng, ya ngobrol juga (P5).

“ He-eh, malah jadi pengen ketawa, abis bilang yang aneh-aneh, kepengen kencing dibawah pohon pisang lah,...saya bilang dimana ada pohon pisang, disini engga ada... (P7).

“ Ya kalo lagi pada bercanda, ngegodain pasien yang disebelah ibu saya, trus kali pas dokter terapi yang ngajarin ibu saya ngomong dateng, itu penunggu pasien lain pada ngegodain juga, ya ada hiburan juga (P1).

Selain timbulnya perasaan negatif dan perasaan positif, beberapa partisipan juga mengatakan adanya perasaan ambigu. Perasaan ambigu ini diungkapkan oleh dua partisipan, dimana mereka mengatakan selain merasakan kesedihan karena kondisi pasien saat ini, tetapi mereka juga mengatakan ada perasaan senang karena dapat tertawa dan bercanda bersama keluarga pasien lain dalam ruang perawatan, dimana mereka mengungkapkan :

“ Iya, makanya, tuh sebelah saya juga tuh ketawa terus kalo ngeliat dia. Jadi walaupun sedih, tapi ada hiburannya juga (P7).

Penyesuaian terhadap perubahan psikologis dilakukan partisipan dengan cara melakukan berbagai strategi koping. Tertawa, dilakukan oleh kedua orang partisipan untuk melakukan penyesuaian adaptif terhadap rasa sedih yang dirasakan. Kegiatan tertawa dilakukan partisipan bersama-sama dengan keluarga pasien dalam satu kamar perawatan, seperti yang dikemukakan partisipan satu berupa :

“ Ya saya suka ketawa-ketawa aja disitu, sama yang nunggu-nunggu tuh. Ya cerita-cerita yang lucu deh, itu pasien yang pendek kan lucu, dia suka ngomong melulu, saya jadi suka ketawa, jadi ilang deh sedihnya, ya itu satu ruangan ada yang lucu-lucu, ya pasien yang jantung itu, yang didepan ibu saya, dia kan lucu juga, ya itu satu ruangan ada yang lucu-lucu, jadi ilang aja udah,...(P1).

Selain tertawa, dua orang partisipan mengemukakan, biasanya mereka membagi perasaan mereka dengan orang lain sebagai respon adaptif psikologis mereka selama merawat keluarga yang mengalami stroke tahap paska akut dirumah sakit. Berbagi perasaan dilakukan oleh partisipan yang berusia relatif muda kepada adik atau teman mereka. Berikut adalah ungkapan partisipan mengenai masalah tersebut :

“ Ya saya cerita keadik-adik saya, ketemen juga ada, ya paling temen kasih masukan, ya harus sabar, semuanya begitu, ya palingkan kalo udah cerita begini kan kita udah enak begitu (P3)

“ Ya udah, paling dukungan teman aja (P6).

Beberapa partisipan mengemukakan strategi koping yang mereka lakukan untuk mengatasi perubahan perasaan yang terjadi selama mereka merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Strategi koping yang mereka lakukan dengan mengihlaskan segala cobaan yang diberikan, tenang, tabah dan membebaskan pikiran. Iklas, dinyatakan dua partisipan sebagai suatu sikap

yang memang sudah seharusnya aka pada seorang istri saat mengurus suaminya. Seorang partisipan mengatakan sifat tenang merupakan hal yang harus dilakukan agar pasien tidak panik dengan kondisi penyakitnya. Partisipan empat mengatakan akan tetap tabah terhadap cobaan yang diberikan, karena merasa semua manusia tidak akan luput dari rasa itu. Berbagai pernyataan tersebut diungkapkan seseorang partisipan seperti dibawah ini:

“...Kalo itu saya bener-bener ihlas dalam mengurus suami saya. Engga, itu semua udah kewajiban (P4).

“ Ya mau bagaimana lagi, masa mau nangis (tertawa), ya udah, dibawa ini aja, dibawa tenang aja (P6).

“ Ya saya berusaha tabah, emang sih pikiran engga luput dari rasa itu ya, namanya sakit, tapi emang dari dulu, ibukan udah pengalaman anak kan semua sering dirumah sakit, gitu ya, tapi dalam keadaan begini tuh berusaha tabah (P5).

“ Kalo perasaan saya susah, sedih, saya buang begitu aja, sesaat aja...sesudah itu saya bebasin, kan saya pikir engga ada untungnya (P4).

Strategi koping lain diceritakan oleh partisipan sebagai suatu cara penyesuaian terhadap perubahan yang terjadi. Berserah diri kepada Tuhan dilakukan partisipan dengan cara pasrah, berdoa, bersabar dan percaya akan takdir. Sikap pasrah dinyatakan oleh kelima orang partisipan, dimana mereka mengatakan bahwa semua yang terjadi merupakan ketentuan dari Allah, sebagai suatu cobaan yang harus mereka jalani. Berdoa juga merupakan salah satu aktifitas keagamaan yang dilakukan partisipan, yaitu oleh partisipan kesatu dan ke enam. Sikap sabar dikemukakan oleh dua orang partisipan, yang menyatakan sabar sebagai salah satu sikap dalam menghadapi ujian yang berikan oleh Tuhan. Satu orang partisipan mengemukakan bahwa percaya kepada takdir sebagai suatu perintah atau cobaan dari Allah yang harus

mereka jalani. Berikut adalah ungkapan yang dikemukakan empat orang partisipan sebagai berikut :

“...Semua manusia juga pasti punya masalah, punya penderitaan, punya cobaan ya dari Allah ya, ya dicoba, diuji, tuh pasti punya, tapi kita jangan larut...(P2).

“...Ya berdoa aja sih, supaya penyakitnya lekas sembuh. Itu aja, cuman begitu doang (P6).

“ Ya emang udah jalannya kali ya, emang lagi dikasih cobaan (P4)

“ Ya Alhamdulillah sih, yang penting saya kudu sabar aja ya gitu. Ya sabar, namanya lagi dikasih ujian ya (P4).

4.2.2.3 Perubahan pola interaksi sosial

Pola interaksi sosial dirasakan berubah oleh sebagian besar partisipan. Kehidupan sosial dan kekerabatan yang erat masih dirasakan oleh sebagian besar partisipan. mereka menyatakan, walaupun selama ini mereka harus berada di rumah sakit karena kondisi sakit keluarga mereka, mereka menyatakan hubungan kekerabatan mereka dengan orang lain masih dirasakan baik, seperti diungkapkan oleh salah seorang partisipan :

“Kalo itu mah engga masalah sus, tetangga pada rajin ngebesuk kesini, apalagi sodara-sodara pada suka nemenin saya jaga disini (P1).

Dilain pihak, sebagian besar partisipan menyatakan aktifitas merawat yang mereka lakukan selama dirumah sakit, menimbulkan perubahan dalam kegiatan aktifitas sosial yang mereka lakukan sebelum mereka merawat keluarga mereka dirumah sakit. Berikut adalah ungkapan dua orang partisipan:

“ Iya, emang engga ikut ngaji jadinya. Kan biasanya Sabtu, Jumat, Selasa kan pengajian, terus arisan. Jadi engga ikut arisan, ya arisan keluarga, arisan RT, ya, jadi karena nungguin bapak, ya gimana (P2).

” Iya ibu tuh dirumah kegiatannya tuh ngajar ngaji (P5).

Hospitalisasi juga berdampak pada hubungan sosial keluarga dengan orang lain. Partisipan mengungkapkan cara mereka menyesuaikan diri dengan perubahan hubungan sosial yaitu dengan menggunakan alat komunikasi telepon genggam. Partisipan mengungkapkan dengan adanya telepon genggam, ia tetap bisa berkomunikasi dengan orang lain, terutama untuk mengabarkan kondisi suaminya. Lain halnya yang dialami oleh partisipan keenam, dimana teman – teman partisipanlah yang mendatangi partisipan ke rumah sakit untuk tetap bersosialisasi. Hal ini diungkapkan dalam pernyataan dibawah ini:

“ Ya itu aja, melalui,.. Sekarangkan banyak inian, saya megang HP, kalo ada sodara nanya, gimana kondisi bapak, gitu (P4)

“ Ngerti sih temen-temen semua, temennya yang kesini ya (P6).

4.2.2.4 Perubahan spiritual

Perubahan pola aktifitas spiritual diungkapkan oleh sebagian partisipan. Suasana beribadah menjadi penyebab perubahan yang dirasakan partisipan, dimana sebagian dari partisipan merasakan sarana peribadahan yang tidak memadai seperti ruangan tempat peribadahan yang kecil, sehingga mereka harus menunggu saat akan melaksanakan ibadah dan merasakan tidak bisa berlama-lama menjalankan ibadah. Hal ini diungkapkan oleh seorang partisipan yaitu:

“ Ya itu sus, kalo mau sholat ngantri, tempat sholatnya kan kecil, jadi gantian, sholatnya jadi cepet-cepet, engga khusuk, karena ditungguin orang lain, engga bisa ngezikir lama-lama, engga enak aja sama yang lain (P1).

Untuk penyesuaian dalam kegiatan beribadah, enam orang partisipan melakukannya dengan cara memodifikasi lingkungan yang dilakukan dengan menunggu sepi ketika akan melaksanakan ibadah, melakukan ibadah secara

bergantian serta menginformasikan kepada orang lain untuk turut mendoakan kesembuhan keluarga mereka. Berikut ungkapan ketiga partisipan mengenai hal tersebut :

“ Ya baca Al-Quran kaya tadi tuh, ya mungkin sambil menunggu, kita kerjain ya disembahnya, sesempetnya ya (P4)

“ Ya bilang aja orang tua sakit, jadi minta doanya aja, gitukan (P6)

“ Ya engga ada masalah, saya gantian sama adeknya, ya kalo saya sholat duluan, dia sholat belakangan, gantian nungguin bapak, gitu (P7)

4.2.2 Penyesuaian fungsi keluarga

Perubahan fungsi keluarga dirasakan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Partisipan menyatakan adanya perubahan fungsi keluarga yang terlihat dalam sub tema dibawah ini :

4.2.2.1. Perubahan tanggung jawab.

Perubahan tanggung jawab dirasakan partisipan, dimana mereka menyatakan merawat keluarga yang sedang sakit merupakan suatu kewajiban mereka. Empat orang partisipan yang berstatus istri pasien menyatakan bahwa merawat suami yang sedang sakit merupakan kewajiban mereka sebagai seorang istri, seperti yang diungkapkan oleh partisipan keempat yaitu :

” ... Namanya ama suami ya emang kewajiban ya, kewajiban seorang istri ya, gitu harus nurut...(P4).

Perubahan tanggung jawab juga disebabkan karena adanya perubahan fungsi peran mereka, dimana seluruh partisipan mengemukakan adanya perubahan peran mereka dalam keluarga selama mereka berada dirumah sakit, dimana mereka menyatakan peran mereka sebagai ibu bagi anak-anak mereka terganggu selama mereka berada dirumah sakit. Perubahan fungsi peran ini, seperti diungkapkan oleh dua orang partisipan yaitu :

“ Iya, gitu, bagaimana, mana anak saya ada yang sakit tuh yang satu, bagaimana kalo lupa kasih obat dia ngamuk (P2).

“ Perasaan ya emang terbagi-bagi, ya mikirin anak juga dirumah ya...(P5).

Lain lagi yang dikemukakan oleh salah partisipan ke tiga yang mengatakan adanya perubahan fungsi peran, karena menganggap mengurus orang tua merupakan kewajibannya sebagai seorang anak untuk membalas budi orang tua yang selama ini telah membesarkannya. Hal senada juga dikatakan oleh partisipan keenam, karena kewajibannya sebagai seorang anak untuk merawat orang tuanya, maka bagaimanapun kondisi yang dihadapinya, partisipan akan melaksanakan tugasnya kepada orang tua. Hal ini diungkapkan oleh dua orang partisipan berikut ini :

“ Ya inget waktu kecil aja dulu,(tertawa), abis dulukan waktu saya kecil ya bapak saya kan pasti dikencingin, pasti dia juga ngurusin saya buang air juga, ya itung itung namanya dia dulu pernah ngurusin saya kecil, yah sekarang untuk ngebales budi orang tua, gitu aja sih yang saya pikirkan (P3).

” Ya walaupun saya saya ngantuk, capek, tapi tetep aja saya laksanakan (P6).

4.2.2.2.Perubahan finansial keluarga

Penambahan biaya selama pasien dan partisipan berada dirumah sakit terjadi karena adanya perubahan peran dalam keluarga. Meningkatnya kebutuhan merupakan penyebab perubahan finansial yang dirasakan pada sebagian besar partisipan. Penambahan biaya selama mereka berada dirumah sakit dikeluhkan oleh enam orang partisipan dalam penelitian ini. Salah seorang partisipan mengatakan besarnya kebutuhan selama dirumah sakit yang disebabkan karena partisipan harus membeli segala kebutuhan selama ia berada dirumah sakit. Sedangkan partisipan lain mengatakan biaya yang ia keluarkan untuk makan sendiri dirumah sakit, sama besarnya seperti apabila dia mengeluarkan biaya untuk seluruh keluarga dirumah. Berikut adalah ungkapan yang dikemukakan oleh kedua partisipan diatas :

“ Ya yang jelas nambah, karena kita ada dirumah sakit, ya kita, keperluan bapak juga, keperluan kita juga ya keperluan makan, ya namanya dirumah sakit kan semuanya harus beli, gitukan (P5.).

” Ya kalo dirumah, dua puluh ribu udah bisa buat makan ama anak-anak bareng, disini dua puluh ribu saya buat makan sendiri (P7).

Keterbatasan biaya pengobatan juga dikeluhkan oleh hampir seluruh partisipan, dimana rata-rata dari partisipan merupakan ibu rumah tangga yang menggantungkan harapan pada suami mereka. Selain itu, banyak dari mereka merasakan kekhawatiran tentang nasib mereka dan anak – anak selanjutnya. Selanjutnya tiga orang partisipan menyatakan bahwa biaya perawatan juga merupakan kendala bagi mereka untuk dapat merawat pasien stroke tahap paska sakit, seperti pernyataan partisipan keempat dan kedua yang menyatakan :

“ Saya sih pengennya rawat jalan gitu ya, satu dari segi biaya ya, dua punya anak kecil, ya namanya engga ada yang nyariin gitu ya,...(P4)

“ Dulukan waktu bapak belum kena sakit, kan saya jualan di pasar,... saya jualan, cukup deh buat dimakan. Sekarangkan bapak kena struk, kan sebelumnya bapakkan bawa bakso pake sepeda, sekarangkan lumpuh, engga bisa naik sepeda (P2)

Sedangkan berkurangnya penghasilan diungkapkan partisipan sebagai akibat karena tidak adanya lagi pencari nafkah dalam keluarga. Mereka mengatakan suami yang bertugas sebagai pencari nafkah utama menderita kecacatan, sehingga tidak adanya penghasilan yang bisa didapatkan. Perubahan finansial ini seperti diungkapkan oleh kedua partisipan berikut :

“ Iya, karena bapak yang selama ini mencari nafkah, sekarang bapak kondisinya sakit (P4).

” Karena selama ini bapak yang mencari nafkah, sekarang bapak kondisinya sakit (P2).

4.2.2.3. Penyesuaian finansial

Penyesuaian finansial dilakukan partisipan untuk beradaptasi dengan kondisi menurunnya penghasilan. Empat orang partisipan mengatakan untuk meringankan biaya perawatan, mereka mengurus surat jaminan keringanan kepada rumah sakit dan pemerintah setempat. Hal ini seperti dikemukakan oleh partisipan keempat berikut ini :

“ Ya adek saya sih ngupayain caranya, untuk urusan disini sih gimana aja caranya nanti, ya ngurus surat keringanan (P4)

Mendapatkan dukungan finansial dari keluarga juga menjadi salah satu cara partisipan beradaptasi untuk menyesuaikan dampak finansial yang diakibatkan karena kondisi sakit pasien. Empat orang partisipan yang telah berkeluarga dan mempunyai anak mengatakan mereka mendapatkan bantuan keuangan dari anak-anak mereka. Sedangkan tiga orang partisipan yang lainnya mengungkapkan mereka merasa tertolong, karena mendapatkan bantuan keuangan dari orang lain yang membesuk pasien. Berikut adalah ungkapan dua partisipan dibawah ini

“ Ya jadi pengangguran dah dirumah, tapi masalah biaya dibantu anak sih, he-eh, ada yang ngasih, yang berumah tangga tiga, tapi yang satu engga bisa ngasih (tertawa), ..., ya udah, kalo emang engga ada mah, yang ada aja ngebantu (P2)

“ Ya dari sodara-sodara yang besuk aja, ya untuk kebutuhan anak-anak (P4)

Lain halnya dengan ketiga orang partisipan yang diwawancarai, mereka mengatakan berhemat sebagai cara yang mereka lakukan sebagai dampak dari meningkatnya kebutuhan selama merawat pasien stroke dirumah sakit. Salah seorang partisipan mengatakan berhemat dengan cara mengurangi jatah uang jajan harian anaknya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan keempat :

“ Ya iu kita bingung ya, namanya anak masih pada kecil, ya Alhamdulillah sih anaknya pada ngerti gitu ya, tadinya yang biasanya jajan lima ribu apa

berapa, ya sekarang dikurangi, namanya ayahnya lagi begitu. Alhamdulillah sih anaknya pada ngerti, bisa diginiin (P4).

4.2.3 Perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual

Perubahan kemampuan merawat dirasakan oleh partisipan mengalami beberapa perubahan. Hal ini hal tersebut tergambar dalam tiga sub tema berikut :

4.2.2.1. Keterbatasan fungsi fisik *caregiver* keluarga

Keterbatasan fisik, diungkapkan partisipan sebagai penyebab menurunnya kemampuan mereka dalam merawat anggota keluarga mereka yang mengalami stroke. Perubahan fisik *caregiver* keluarga dinyatakan oleh beberapa partisipan disebabkan karena kelemahan fisik yang telah mereka alami selama mereka merawat pasien stroke dirumah sakit. Hal ini diungkapkan dua partisipan sebagai berikut :

“ Kalo buang air besar dia turun, engga mau ditempat tidur. Iya megang belakang saya. Kalo nuntun begini ibu engga kuat, tapi kalo megang belakang baru ibu kuat, begitu (P5).

“ Ya kan badan lemes, saya engga kuat, diakan berat kalo nuntun ke kamar mandi (P2)

Keterbatasan fisik *caregiver* juga merupakan salah satu hambatan yang dialami *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Riwayat penyakit yang diderita partisipan sebelumnya merupakan salah satu sebab keterbatasan fisik *caregiver* dalam melakukan merawat pasien stroke tahap paska akut. Beberapa partisipan mengatakan karena kondisi penyakit yang dialaminya menyebabkan mereka melakukan perawatan sesuai dengan kemampuan mereka. Dua orang partisipan yang berusia diatas 50 tahun mengeluhkan adanya pembengkakan pada kedua kaki sebagai akibat penyakit asam urat yang mereka derita. berikut adalah ungkapan tiga partisipan terkait masalah diatas :

“ ...Fisiknya juga udah lemes...jalan juga udah engga bisa cepet...kakinya udah pegel, kaku, pegel kalo lagi ini. Kata dokter itu akibat dari gulanya tinggi, jadi sekarang begitu, kaki ibu jadi sering pegel, makanya jangan sampe tinggi gulanya, makannya, diit begitu (P2).

“ Ibukan punya penyakit ini, abis kelamaan duduk sih,iya terus kakinya juga bengkak, coba suster lihat deh (menunjukkan kedua kakinya yang bengkak). Iya, kan kurang istirahat ya kalo siang, entar kalo malamnya tidur, ya kempes ya, ilang, tapi asal siang ya begini lagi. iya asam urat (P5).

“ Kalo lagi kebanyakan diri, kaki saya jadi bengkak, makanya saya suka duduk dibawah, nyelonjor, supaya kaki saya engga bengkak. Kalo duduk begini aja nih, nungguin bapak (menegakkan posisi duduk) kan kakinya ngegantung, bengkak, sandalnya sampe sempit, makanya saya e... duduk dibawah (P2)

4.2.2.2.Ekspresi psikologis

Beban psikologis selama merawat pasien stroke dirumah sakit juga dirasakan oleh partisipan dalam penelitian ini. Berbagai ekspresi psikologis terungkap dari beberapa partisipan. Salah seorang partisipan menyatakan terkadang timbul perasaan kesal selama merawat pasien stroke. Perasaan kesal dinyatakan partisipan disebabkan karena kondisi pasien yang gelisah dan tidak bisa diam. Partisipan tersebut menyatakan perasaan kesal hanya disimpannya didalam hati dan tidak ia ungkapkan kepada pasien. Berikut ungkapan yang dinyatakan partisipan tiga berikut ini :

“ Ya, perasaan tuh memang, jujur aja tuh, kondisi bapak kayak gini tuh saya kesal, soalnya gimana yah, bapak kan engga bisa anteng, engga bisa diem, yang bikin kesal, ya kalo sebentar-bentar miring kekiri, kan belon ada setengah jam, baru lima menit aja dia udah minta, kadang saya juga kesal, kan baru miring sebentar, miring belum bener, udah minta terlentang (P3).

“ Engga, engga ada, tetep, kesalnya cuman dihati doang, tapi abis itu,...ya contohnya kayak kemarin, itukan, bapakkan minta, saya engga tau dia minta apa,...dia agak marah gitu (P3)

Beban pikiran menjadi salah satu ekspresi psikologis yang diungkapkan oleh sebagian besar partisipan selama merawat anggota keluarga mereka yang

mengalami stroke tahap paska akut. Beberapa dari mereka mengeluhkan pikiran yang terbagi karena memikirkan kondisi sakit pasien, tetapi dilain pihak juga memikirkan keadaan dirumah. Berikut ini ungkapan yang dinyatakan oleh dua orang partisipan :

“Cuman kayaknya kepikiran yang dirumah aja, perasaan terbagi dua gitu (P5)

“Kalo misalnya bapak kondisinya kaya gini, saya tuh juga mikir, aduh nanti anak saya gimana, gitu...(P3)

Ekspresi psikologis lainnya yang dirasakan partisipan selama merawat pasien stroke tahap paska akut yaitu bersikap pasrah karena menganggap semua ini merupakan cobaan yang diberikan oleh Tuhan. Sikap pasrah menghadapi cobaan dilakukan oleh sebagian besar partisipan dalam penelitian ini. Ekspresi psikologis dengan menyimpan perasaan dalam hati juga dilakukan oleh seorang partisipan, dimana partisipan menganggap memikirkan kesedihan merupakan suatu hal yang tidak menguntungkan dan berusaha untuk membebaskan pikirannya. Sedangkan satu orang partisipan lainnya mengatakan bahwa menyimpan kekesalan dalam hati merupakan ekspresi psikologis yang dilakukannya selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit seperti yang diungkapkan oleh ke dua partisipan berikut ini :

“ Engga ada sus, ya saya pasrah aja, itu semua kan cobaan dari Alloh, ya harus kita jalani dengan ihlas kan sus (P1).

“ Ah, saya mah, kalo perasaan saya susah, sedih, saya buang begitu aja, sesaat aja. Cuman sesaat, sesudah itu saya bebasin, kan saya pikir engga ada untungnya, malah saya nanti tambah sakit, gitukan, kalo mikir terus-terusan, sesaat kalo lagi mikir yang susah, ya segitu aja, udah gitu saya lepas, biar lega ini dada saya gitu (P2)

4.2.2.3. Penurunan aktifitas spiritual

Merawat salah satu anggota keluarga dirumah sakit juga menyebabkan penurunan aktifitas spiritual partisipan. mereka menyatakan tidak dapat

menjalankan ibadah dengan tenang, karena terfikir dengan kondisi pasien. Sedangkan salah satu partisipan yang beragama Kristen menyatakan selama merawat anggota keluarganya dirumah sakit, tidak dapat mengikuti kebaktian di Gereja. Selain itu, kondisi pasien yang mengalami ketergantungan total menyebabkan partisipan tidak dapat meninggalkan pasien untuk menjalani aktifitas ibadah. Pernyataan ini dikemukakan oleh salah dua orang partisipan :

“ Ya kalo sekarang, udah dua minggu engga kegereja, biasanya sih rajin bu, Iya, kadang waktunya gitu ya, kita mau pulang juga engga ada waktunya (P6)

“ Ya kita kuatir aja, takut ada apa-apa gitu, jadi sholatnya cepet-cepet (P5)

4.2.4 Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien

Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien dinyatakan oleh partisipan mengalami perubahan, dimana perubahan yang terjadi teridentifikasi dalam sub tema dibawah ini :

4.2.2.1. Keterbatasan fungsi fisik pasien

Keterbatasan fisik pasien, status emosional yang labil dan adanya alat-alat kesehatan pada diri pasien menjadi tantangan partisipan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Keterbatasan fisik pasien yang menjadi kendala *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut diantaranya yaitu adanya keterbatasan melakukan ambulasi dan mobilisasi, keterbatasan kemampuan berkomunikasi, keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi, keterbatasan kemampuan eliminasi, serta keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan personal higiene. Kelumpuhan pasien dikeluhkan oleh empat orang partisipan sebagai tantangan mereka dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, sebagaimana yang dinyatakan oleh partisipan satu dan dua sebagai berikut

“ Kan ibu saya lumpuh sus, jadi berat banget kalo miring-miringinnya, Ya mau ngelapin belakangnya kan harus dimiringin dulu, kalo saya lagi kurang enak badan, ya saya engga elap belakangnya (P1)

“ Iya kan berat, karena lumpuhnya ya, makanya saya sulit banget. Kadang saya nelpon mantu saya, mantu saya datang, dingkat aja ama mantu saya. Nih mantu saya lagi sibuk dirumah, jadi tetangga disebelah bapak tuh, ada sayu tuh anak laki, jadi minta tolong ama dia (P2)

Empat orang partisipan menyatakan melakukan penyesuaian untuk memenuhi kebutuhan ambulasi pasien dengan cara dibantu oleh orang lain, misalnya meminta bantuan kepada saudara atau penunggu pasien yang lainnya. Sedangkan tiga partisipan lainnya melakukan penyesuaian untuk memenuhi kebutuhan ambulasi pasien dengan cara memberitahukannya secara langsung kepada pasien, misalnya mengajak pasien untuk mau memiringkan badanya kekiri dan kekanan. Hal ini terungkap dari pernyataan partisipan satu dan partisipan empat berupa :

“ ...Dibantu ama kaka saya yang laki, sama orang yang lebih kuat, kalo sendirikan engga mungkin lah (P1).

“ Ya kemarin kan belon tau kiri kanan ya, sekarang saya bilang, miring kanan yah, trus kan dia suka kekiri, saya kasih tau bukan ini kiri, dia ngebalik, kalo disuruh kekanan, ya kekanan gitu, ya Alhamdulillah deh (P4).

Gangguan bicara/afasia dinyatakan oleh empat orang partisipan sebagai suatu tantangan yang mereka temukan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Mereka menyatakan kesulitan untuk dapat mengerti apa yang diungkapkan oleh pasien stroke karena apa yang diungkapkan tidak jelas terdengar, kata-kata terdengar kurang jelas saja atau terdengar tanpa makna. Hal ini dikemukakan dua orang partisipan yaitu :

“ Kalo ngomong juga waktu baru-baru kurang jelas, pas abis dipijat ama abang saya, abang ipar tuh, sekarang ngomongnya udah mulai jelas (P4)

“ Kalo lagi sadar, ngomongnya bener gitu, kalo lagi engga sadar, ngomongnya kemana-mana, ngaco (P7).

Penyesuaian kebutuhan komunikasi dilakukan partisipan dengan banyak cara, yaitu menggunakan alat komunikasi, berbicara dengan keras, berbicara dengan lambat, hingga menanyakan terlebih dahulu apa yang dibutuhkan pasien. Penggunaan alat komunikasi dilakukan oleh partisipan tiga dengan menuliskan abjad-abjad yang akan dibacakan kepada pasien. Berikut adalah ungkapan yang dilakukan partisipan tiga :

“ Engga sih kalo untuk ngomong, eh, bapak kan responnya (mengangkat ibu jari), misalnya kalo saya bener-bener kesulitan, paling saya kasih abjad aja, A sampe Z, kita tulis, dia mau kita bacain, apa gitu misalnya, dia masih ngerti. Jadi walau bapak engga bisa bicara, saya engga ada masalah (P3).

Lain lagi upaya yang dilakukan oleh partisipan empat, dimana partisipan menganjurkan kepada pasien untuk tidak memaksakan diri saat berkomunikasi. Berikut adalah ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan empat.

“Ya paling kalo lagi kurang jelas,...saya bilang jangan suka dipaksain dulu, pelan-pelan, jangan maksa, entar dikit-dikit pasti saya ngerti, begitu (P4).

Upaya partisipan lima agar dapat berkomunikasi dengan pasien cukup unik dan bertentangan dengan ungkapan partisipan lima, dimana partisipan ini menganjurkan kepada pasien untuk berbicara dengan intonasi suara keras agar dapat terdengar. Hal ini diungkapkan partisipan kelima :

“ Ya kadang-kadang aja, abis bicaranya kurang jelas begitu, ya ngomongnya kenceng, gitu aja (P5).

Partisipan empat mengemukakan untuk mengetahui kebutuhan apa yang saat ini diperlukan pada pasien, partisipan menanyakan terlebih dahulu apa saja yang dibutuhkan pasien, walaupun pasien belum memintanya, seperti yang dikatakan partisipan empat berikut ini:

“ Ya disana sih, lagi belon ngerti, dia ngomongnya laper, diunjukin nasi, bukan, Makanya sekarang saya suka nanya, walaupun dia belon ngomong, mau pipis engga yah (P4).

Gangguan makan/disfagia yang biasanya dialami pasien stroke, juga dirasakan sebagai suatu tantangan dalam merawat pasien stroke oleh empat partisipan. Partisipan mengatakan masih merasakan ketakutan saat memberikan makan bagi pasien stroke dengan disfagia karena mereka belum terbiasa dengan kondisi tersebut. Dua partisipan lain mengemukakan kegagalan pada saat-saat awal proses pemberian makan melalui selang nasogastrik. Berikut ini ungkapan yang dinyatakan oleh tiga partisipan terkait pernyataan diatas :

“Cuman yang jelas agak ngeri aja kalo ngasih makan aja gitu, karenakan belum terbiasa, ngeri kalo selangnya kecabut,...saya masalah kalo cuman ngasih makan, kadang aja suka ngeri, suka ketakutan juga kalo ngasih makan (P3).

“ Tangannya diiket, karena dia mau nyabut ini terus (menunjuk kearah hidung). Iya, selang makannya, itu yang saya rasa berabe, kayanya gimana, gitu (P1).

“ Ya pas sekali dua kali ya liat, gitu ya, sesudah itu sendiri. kadang waktu pertama ya kesemprot, trus keluar separo, ya gagal-gagal awalnya, udah gitu mah, bisa lah (P6)

Penyesuaian kebutuhan nutrisi, terutama bagi pasien-pasien yang menggunakan selang nasogastrik, dilakukan partisipan dengan cara melihat perawat bekerja pada saat memberi makan pasien. Partisipan tiga mengatakan baru melihat sekali perawat saat memberi makan melalui selang nasogastrik, sehingga dibutuhkan tissue yang lebih banyak saat partisipan akan melakukannya sendiri. Hal ini diungkapkan partisipan

“ Dengan banyak tissue, jadi ya, kalo ngeliat suster tuh kayanya enak aja gitu ya tissue paling satu dibawah, kalo saya pasti belepetan, makanya eh, saya pengen banget ngeliatin suster waktu ngasih makan bapak, saya pengen merhatiin, karena saya baru ngeliatin sekali aja suster itu ngelakuin, eh

nyuapi bapak makan, ya saya ikutin, tapi itu juga pun saya engga tau, itu salah apa bener (P3).

“ Ya kan udah ngeliatin. Yang penting jangan kena udaranya aja gitu, langsung dipencet, gitu doang. Ya pas sekali dua kali ya liat, gitu ya, sesudah itu sendiri, kadang waktu pertama, ya kesemprot, trus keluar separo, ya gagal-gagal awalnya...(P6).

Gangguan eliminasi pada pasien stroke juga dikeluarkan oleh partisipan sebagai tantangan yang mereka hadapi dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Kondisi kelumpuhan pada satu sisi ekstremitas menyebabkan pasien stroke tidak dapat berjalan ke kamar mandi dan harus dibantu oleh *caregiver* keluarga dalam pemenuhan kebutuhan eliminasinya. Sedangkan dua partisipan lainnya mengeluhkan kondisi inkontinensia yang dialami pasien, sehingga pasien terpaksa menggunakan kateter. Hal ini seperti diungkapkan dua partisipan berikut ini :

” Kemarin kan bapak pake kateter. Kateternya kan dilepas, sebenarnya bapak tuh untuk buang air kecilnya tuh masih engga terasa (P3).

” Ya kan ituannya kan di pempers, trus saya elapin aja tuh pakai inian, pakai tissue basah, saya elapin. Terus saya miringin, saya elapin pake anduk, saya sabunin pake anduk kecil, gitu aja saya bersihin (P7)

Penyesuaian kebutuhan eliminasi dilakukan sebagian besar partisipan dengan menggunakan alat bantu BAB. Partisipan empat mengemukakan menggunakan alat-alat yang dapat digunakan untuk pelaksanaan membantu BAB pasien. Sedangkan partisipan ketujuh mengatakan biasanya menggunakan pempers untuk mempermudah saat membersihkan BAB pasien, hal ini diungkapkan partisipan berupa :

“ Ya kita usahain, selagi bisa pake alat kalo dia pengen buang air, ... kalo untuk ceboknya kita ambilin botol, atau apalah gitu (P4).

“ Ya kan ituannya kan di pempers, trus saya elapin aja tuh pakai inian, pake tissue basah, saya elapin, terus saya miringin, saya elapin pake handuk, saya sabunin pake handuk kecil, gitu aja saya bersihin (P7)

Sedangkan partisipan kelima mengemukakan, bahwa pasien tidak mau untuk BAB di atas tempat tidur, sehingga walaupun aktivitas BAB mengakibatkan timbulnya keluhan fisik, pasien tetap melakukannya dikamar mandi.

“ Ya kalo dia pusing, suruh duduk dulu di WC itu, kan dia bisanya kan WC duduk, jadi kalo pusing, duduk, entar kalo udah selesai ya udah, kalo mau kedalem, belum sampe ke tempat tidur udah pusing, ya suruh duduk lagi, ya caranya gitu aja supaya jangan jatuh (P5).

Kelemahan fisik yang dialami oleh pasien stroke menyebabkan mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan personal hygiene secara mandiri. Hal ini diungkapkan oleh seluruh partisipan, dimana mereka menyatakan harus memandikan pasien diatas tempat tidur karena kondisi kelumpuhan yang dialami. Lain halnya dengan partisipan empat dimana kondisi kecacatan pasien tidak memungkinkan pasien untuk dibawa ke kamar mandi, seperti yang diungkapkannya berikut ini :

” Dia pengen gosok gigi,...sambil nunjuk-nunjuk begitu (menggerakkan tangan seperti orang sedang menggosok gigi),...iya ayah belum bisa ke kamar mandi, kalo disini berantakan, kata saya (P4).

Untuk tetap memenuhi kebutuhan dasar pasien, seluruh partisipan melakukan penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien dengan membantu memandikan pasien sesuai dengan kemampuan mereka, seperti diungkap partisipan dua berikut ini :

” Ya saya elapin aja, yang elapin mukanya, badannya, terus saya miringin, belakangnya, tangan, terus yang sebelah lagi saya miringin, ini semua nih, kakinya, saya bersihin, gitu (P2).

4.2.2.2. Status emosional pasien labil

Status emosional pasien yang labil juga dirasakan menjadi kendala oleh lima partisipan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Peningkatan emosi pasien dirasakan oleh empat orang partisipan. Dua orang partisipan menyatakan pasien marah saat mereka tidak mendengarkan oleh pasien. Salah seorang partisipan lain mengemukakan harus selalu ada disamping pasien dan melakukan suatu hal terhadap diri pasien pada saat pasien terjaga, agar pasien tidak marah. Berikut pernyataan dua orang partisipan :

“ Ya engga sih, cuman agak, ya, orangnya suka emosional, kalo kita engga denger gitu, omongan dia, kadang-kadang suka marah gitu (P5).

“ Emang kalo bangun, ada aja, harus bergerak, kalo engga, entar marah marah (tertawa), iya pokoknya kalo lagi bangun, kasih minum kek, apa kek, dibelai-belai kek, ya begitu (P6).

Salah seorang partisipan justru mengeluhkan adanya penurunan emosional pasien. Partisipan mengatakan kekhawatirannya karena pasien cenderung menangis terus, terutama bila diingatkan mengenai penyakit yang dideritanya, seperti yang diungkapkan berikut :

“Apalagi bapak, kalo saya, ya walaupun nangis tapi engga keluar air mata, bapak yang nangis terus, setiap kali diomingin penyakitnya, dia nangis, saya jadi makin sedih, tapi air mata saya sih engga bisa keluar kalo saya sih (P2).

4.2.2.3. Pemenuhan kebutuhan pasien yang menggunakan alat kesehatan.

Penggunaan alat-alat kesehatan pada diri pasien, merupakan tantangan tersendiri yang dirasakan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Penggunaan kateter urine, dikeluhkan oleh dua orang partisipan, dimana mereka mengeluhkan perasaan takut selang kateter menjadi terlepas saat mereka melakukan ambulasi terhadap pasien, seperti dikemukakan oleh partisipan satu yaitu:

“ Ya berat kan orang setruk, maksudnya waktu mau mandiin kan susah, guling gulingin dia kesana, kesini, ada itunya...kalo digulingin kesini, ada

itunya, ada alat pipisnya, kalo digulingin kesebelah sana, tangannya diiket (P1).

Sedangkan sebagian besar partisipan lainnya mengeluhkan adanya infus yang terpasang pada diri pasien stroke, dimana mereka menyatakan karena pemasangan infus yang dilakukan pada diri pasien, menyebabkan partisipan merasakan kesulitan saat akan melakukan perawatan diri kepada pasien. Hal ini seperti dikemukakan partisipan keenam berupa :

“ Ya abiskan inikan jarum nih, (menunjuk kearah pergelangan tangan kirinya), miring kan tangannya gitu, kita abis paling takut ama jarum, ngerinya kan entar kelepas, kan kasian entar disuntik lagi. Iya, ganti baju gitu, takutnya jarumnya kelepas, entar kasian kan kalo disuntik, yang sehat aja sakit, apalagi yang sakit disuntik lagi (P6).

Disphagia yang biasanya dialami pasien stroke, menyebabkan para pasien memperoleh nutrisi oral melalui selang nasogastrik. Tiga partisipan mengeluhkan penggunaan selang nasogastrik pada pasien menimbulkan ketakutan tersendiri bagi mereka. Rasa takut yang dialami partisipan disebabkan karena belum terbiasanya mereka menggunakan alat kesehatan tersebut dan rasa takut tercabutnya selang nasogastrik disaat mereka sedang melakukan tindakan. Salah satu pernyataan ini diungkapkan oleh partisipan tiga, yaitu :

“ Cuman yang jelas agak ngeri aja kalo ngasih makan aja gitu, karena kan belum terbiasa, ngeri kalo selangnya kecabut (P3).

4.2.5 Perencanaan pulang belum terstruktur

Tema ini merupakan jawaban atas salah satu tujuan penelitian yaitu gambaran informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang telah diterima oleh *caregiver* keluarga, dimana perencanaan pulang yang diberikan kepada *caregiver* keluarga pasien stroke tahap paska akut selama ini dirasakan belum terstruktur. Sub tema yang didapatkan pada tema ke lima ini adalah :

4.2.2.1. Metoda pemberian informasi

Informasi, edukasi dan perencanaan pulang sendiri, selama ini telah diterima oleh partisipan baik dari perawat, maupun dari orang lain. Partisipan mengatakan informasi yang mereka dapatkan diperoleh dari perawat melalui metoda demonstrasi, melihat perawat bekerja, dan diberitahu oleh perawat. Dua orang partisipan mengatakan mereka telah diberikan demonstrasi oleh perawat cara memberikan makan bagi pasien yang menggunakan selang nasogastrik, seperti diungkapkan oleh partisipan kesatu berikut ini :

“ Ya dia yang ngajarin, saya yang ngeliatin, cara ngasih makannya, ya makannya gini, masukin selang, masukin itunya, apanya namanya tuh, sedotannya, terus ditarik dulu, entar kalo ada kotorannya warna hitam, didiemin dulu, katanya, baru kasih makan (P7).

Lain halnya yang diungkapkan oleh kedua partisipan, dimana mereka memperoleh pengetahuan merawat dengan melihat perawat itu sendiri bekerja. Partisipan ini mengatakan mereka melihat saat perawat sedang memberi makan kepada pasien yang menggunakan selang nasogastrik, seperti yang diungkapkan oleh dua orang partisipan dibawah ini :

“ Ngeliatin susternya ngasih makan, engga ada, ngeliatin aja gitu (P6).

“ Kalo ngasih makan, kan itu juga saya baru ngeliatin sekali, itupun juga saya yang ngelakuin, tau salah, tau bener (P3).

Untuk memenuhi kebutuhan informasi mengenai cara merawat pasien, sebagian besar partisipan mengatakan telah mendapatkan informasi dari perawat. Beberapa partisipan mengatakan perawat telah memberitahukan mengenai pentingnya ambulasi dilakukan, tetapi hanya sebatas menginformasikan dan tidak mendemonstrasikan, hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan kesatu dan partisipan keenam berikut ini :

“ Iya, ada sih suster yang ngasih tau, sering-sering miringin ya ibunya ya bu, tapi cuman ngasih tau doang, engga ngajarin caranya (P1).

“ Nanti jangan terlalu miring mulu, nanti giniannya panas, gitu, apanya tuh, punggungnya ya, trus punggungnya sering diginiin (P6).

Informasi yang diterima partisipan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, selain bersumber dari perawat, juga bersumber dari orang lain. Satu partisipan mengatakan bahwa keluarga pasien lain turut memberikan informasi mengenai cara melakukan latihan pergerakan tangan dan kaki, seperti yang dikemukakan oleh partisipan kesatu berikut ini :

“ Ya waktu itu, tetangga ibu saya penunggu pasien yang disebelah ibu saya ngebilangin, bang-bang, itu kata dokter itu, harusnya tangannya digituin, kakinya diginiin, gitu dikasih taunya sama ibu yang udah tua, yang sakit jantung, eh, yang sakit darah tinggi, dia yang kasih tau...(P1).

Selain informasi yang bersumber dari perawat dan orang lain, *caregiver* keluarga menggunakan pengalaman pribadinya untuk memberikan perawatan bagi pasien stroke tahap paska akut. Berbagai respon adaptasi, diungkapkan oleh partisipan telah dilakukan dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Semua partisipan yang diwawancara mengakui bahwa belajar dari pengalaman merupakan cara mereka untuk dapat membantu memenuhi kebutuhan pasien. Untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* memandikan bagi pasien, tiga partisipan mengatakan mereka belajar dari pengalaman ketika memandikan anak mereka saat sedang sakit dan saat mengurus mertua di rumah sakit. Berikut adalah sebuah pernyataan yang dikemukakan oleh partisipan keempat :

“ Kalo itu mungkin dari pengalaman kali ya, waktu itukan anak saya sakit melulu ya, terus waktu ikut ngerawat mertua dirumah sakit, ya ngeliatin yang udah-udah gitu (P4)

Lain lagi dengan pengalaman partisipan ketiga dimana partisipan mengatakan mendapat pengalaman untuk memenuhi kebutuhan *personal hygiene* pasien secara tidak sengaja, saat seorang perawat memintanya untuk membantu, ketika perawat tersebut membersihkan pasien sehabis BAB. Partisipan

mengatakan dengan sendirinya, ia mendapatkan pengalaman tersebut. Berikut adalah ungkapan partisipan mengenai hal tersebut :

“ Untuk buang air besarnya, kemarinkan waktu bapak di haiker kan ada susternya saya disuruh bantuin, ya akhirnya dari situ saya dapet pengalaman dong, jadinya saya bisa praktekin ke bapak langsung, gitu (P3).

Belajar dari pengalaman untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien juga dikemukakan oleh empat orang partisipan. salah seorang partisipan malah mengatakan teringat ketika harus memberikan makan bayinya dulu, dimana ia mengatakan saat memberi makan kepada bayinya dengan mengatur posisi tidur sedikit ditinggikan, seperti yang diungkapkan partisipan keempat berikut ini :

“ Ya pengalaman aja, ngeliat yang udah-udah, takut bebalik, kan kata orang tua juga, kalo lagi ngasih makan bayi, ya harus ditinggin sedikit, jangan terlalu celentang, kata orang tua dulu, ya gitu aja saya sih (P4).

Respons adaptasi lain yang dilakukan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut juga dilakukan dengan cara memenuhi kebutuhan pasien. Partisipan dua mengatakan ketika ia akan memandikan pasien, ia hanya memperkirakan urutan melakukan tindakan dimulai dari bagian yang bersih, seperti yang diungkapkannya berikut ini :

“ Engga, engga dari pengalaman, saya mikir aja sendiri, kira-kiralah, dari muka dulu, muka kan yang bersih, masa dari bawah keatas ya, jadi ya muka dulu, terus leher, badan, perut, terus kebelakang, baru kebawah, kekaki. Tapi saya engga ada yang ngajarin itu (P2).

Tiga orang partisipan lain yang merawat pasien dengan stroke tahap paska akut mengatakan, ketika mereka melakukan suatu tindakan sesuai dengan keinginan mereka saja. Seperti yang dikemukakan oleh partisipan keempat, dimana partisipan berprasangka bila pasien sudah lelah tidur dalam satu posisi tertentu, baru partisipan akan mengatur posisi yang lain. hal ini seperti diungkapnya oleh dua partisipan berikut :

“ Kurang tau berapa jam berapa jamnya, saya engga ini, sesuai dengan keinginan aja, kalo prasangkanya udah pegel, ya saya miringin aja (P4).

“ Tapi kita inisiatif sendiri, ngasih minumnya dua gelas, emang kalo bangun ada aja (P6).

4.2.2.2. Hambatan dalam memperoleh informasi

Dalam memperoleh informasi mengenai cara merawat pasien dengan stroke, partisipan menemukan beberapa hambatan. Salah seorang partisipan mengatakan informasi yang diberikan oleh perawat tidak jelas. Partisipan lain mengatakan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan terkesan terburu-buru. Sedangkan satu orang partisipan lainnya mengatakan tidak pernah diberikan informasi sama sekali oleh petugas kesehatan selama merawat keluarga yang mengalami stroke tahap paska akut. hal ini diungkapkan oleh tiga partisipan berikut :

“ Ya cuman, ada juga ya dokter, kalo kita nanya, kayanya kurang jelas gitu (P5)

“ Ya pengennya sih diberikan penjelasan yang jelas, ya contohnya dokter jantung ya, kalo kita nanya, kayanya terburu-buru mau jalan aja, gitu (P5).

“ Engga pernah ngasih tau, cuman ngeliatin doang (P6)

4.2.6 Informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang dibutuhkan terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar.

Informasi, edukasi dan perencanaan yang sesuai dengan kebutuhan, sangat diperlukan oleh *caregiver* keluarga sebagai persiapan awal mereka untuk merawat pasien dirumah. Informasi – informasi yang diperlukan partisipan terungkap dalam dua sub tema berikut :

4.2.6.1. Edukasi terkait fisik

Karena kondisi fisik yang diderita pasien stroke, sebagian besar partisipan mengungkapkan pentingnya pemberian informasi oleh perawat terkait dengan

kebutuhan mereka. Tiga orang partisipan menyatakan pentingnya pemberian edukasi mengenai cara pemberian makan melalui selang nasogastrik yang benar, efek samping, posisi tidur yang dianjurkan saat pemberian makan, cara pengaturan menu makanan, hingga cara pembuatan makanan untuk pemberian makan melalui selang selang nasogastrik, seperti yang diungkapkan oleh salah seorang partisipan berikut ini :

“ Ya, kepengennya sih dikasih tau cara ngasih makan, apa kalo tiduran engga apa apa, cara duduk yang bener gitu, efek sampingnya kalo makan sambil tiduran apa boleh apa engga, trus apa posisinya harus duduk, pengen taunya gitu aja (P1).

Sedangkan salah seorang partisipan mengatakan perlunya diberikan informasi mengenai cara pemakaian alat bantu BAB seperti pempers, seperti diungkapkannya berikut ini :

“ Ya caranya makein pempersnya nih yang saya belum bisa (P6).

Ambulasi dan mobilisasi juga menjadi salah satu edukasi yang dirasakan perlu oleh partisipan. Beberapa partisipan mengatakan perlunya diajarkan mengenai cara latihan berjalan dan sejauh mana tongkat dapat digunakan. Sedangkan partisipan lainnya menyatakan ketidak tahuan mereka tentang cara melakukan alih baring dan mobilisasi yang betul. Hal ini diungkapkan oleh tiga orang partisipan dibawah ini :

“ Ya, pengen tau juga, apa kalo tidur tangannya boleh ketindihan apa engga, boleh apa engga lama-lama kita miringin (P1)

“ Gimana ya, kalo mau jalan gitu ya, dibantu, jalannya bagaimana? (P7).

“ Cara latihan jalan aja yang saya rasa paling penting ya. Kalo dirumah itu lebih baik pake tongkat apa pake kursi roda itu sus? (P2).

Pemberian edukasi dengan cara demonstrasi dinyatakan oleh hampir semua partisipan. Partisipan keenam menyatakan bahwa selama merawat pasien stroke dirumah sakit, hanya melihat cara perawat melakukan tindakan, tetapi

tidak diajarkan cara melakukannya. Berikut itu ungkapan dua partisipan mengenai hal tersebut :

“ Ya saya cuman pengennya tuh, ya cara latihan kaki atau tangan itu saya belum pernah lihat sama sekali (P2).

“ Paling cuman ngeliatin doang sih taunya, ya harusnya dijelasin,..., caranya bagaimana, kitakan selama ini bukannya diajarin, tapi ngeliatin doang (P6).

4.2.6.2. Edukasi terkait psikologis

Perencanaan pulang yang diberikan kepada pasien stroke seharusnya bukan hanya berupa dorongan fisik, tetapi dorongan psikologis. Hal tersebut diungkapkan oleh salah seorang partisipan yang menyatakan bahwa pemberian semangat kepada pasien dan anjuran untuk bersabar sangat diperlukan bagi pasien karena kondisi emosionalnya yang tidak labil, seperti dikemukakan oleh partisipan keempat berikut ini :

“ Ya dijelasin aja ya, supaya dia bisa semangat idup aja gitu (P4).

“ Ya ada sih yang ngajak ngomong bapak, ngebilangin untuk sabar, gitu (P4)

Selain dukungan psikologis, semua partisipan menyatakan pentingnya pemberian edukasi oleh seluruh petugas kesehatan terkait dengan perencanaan pulang pasien stroke tahap paska akut. sebagian besar partisipan mengemukakan edukasi diperlukan sebagai bekal mereka dalam merawat anggota keluarga dirumah nantinya. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan :

“ Ya pengennya saya dibilangin kalo udah dirumah nih begini nih bu caranya, diajarin deh, ya untuk dokternya saya kepengennya dikasih tau ya waktu pulang, yang engga boleh yang ini bu, diingetin, saya pengennya gitu, engga boleh ini bu, seharusnya begini, pengennya sih begitu saja, jadi ada bekal dirumah cara ngerawat orang tua saya (P1)

“ Ya tentang ngurusin yang sakit, ya misalnya ngurusin makannya, mandinya, cara jalannya (P5)

BAB 5 PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil – hasil penelitian sebelumnya. Selain itu, berbagai konsep dan teori yang terkait dengan hasil penelitian ini juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari temuan penelitian dan implikasinya terhadap pelayanan, pendidikan dan pelayanan keperawatan.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Peneliti telah mengidentifikasi 6 tema yang merupakan hasil dari penelitian ini. Tema – tema tersebut teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian. Pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut teridentifikasi pada tema pertama dan kedua yaitu, penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga dan penyesuaian fungsi keluarga. Dampak stroke terhadap aspek fisik, psikologis dan spiritual *caregiver* keluarga teridentifikasi sebagai tema ketiga yaitu perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual. Tantangan yang ditemui *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut teridentifikasi pada tema keempat yaitu penyesuaian pemenuhan kebutuhan kesehatan pasien. Gambaran informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang telah diterima oleh *caregiver* keluarga teridentifikasi pada tema ke lima yaitu perencanaan pulang yang belum terstruktur. Sedangkan kebutuhan informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga teridentifikasi pada tema keenam yaitu, informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang dibutuhkan terkait pemenuhan kebutuhan dasar.

Pada saat proses analisa dari setiap pernyataan partisipan, jawaban-jawaban partisipan untuk menjawab tujuan penelitian keempat, ternyata menjawab tujuan penelitian pertama. Dimana pada tujuan penelitian pertama, peneliti akan melihat gambaran perubahan-perubahan yang dialami *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Pada tahap ini, partisipan menceritakan pengalaman mengenai perubahan yang terjadi selama merawat pasien di rumah sakit dan bagaimana mereka beradaptasi dengan pengalaman tersebut. Bila dilihat dari persamaan arti, perubahan bersinonim dengan modifikasi, variasi, transformasi atau penyesuaian, sehingga tujuan penelitian yang keempat dihilangkan dan menjadi satu kesatuan dengan tujuan penelitian pertama.

Karakteristik rumah sakit yang dijadikan tempat penelitian, merupakan rumah sakit tipe A pendidikan, dimana seluruh partisipan merupakan *caregiver* keluarga pasien stroke yang dirawat di ruangan khusus pasien dengan gangguan system persyarafan kelas III.

5.1.1 Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga

Maslow dalam teori hirarki kebutuhan manusia, menyatakan bahwa manusia mempunyai lima tingkat kebutuhan mulai dari kebutuhan fisiologis, rasa aman, kasih sayang, harga diri, hingga aktualisasi diri (Boeroe, 2006). Kebutuhan dasar manusia tersebut sangat kompleks, dalam artian tidak hanya pada kebutuhan fisik, tetapi juga kebutuhan psikologis, sosio spiritual bahkan finansial. Pada tema pertama dalam penelitian ini, ditemukan empat sub tema yaitu :

5.1.1.1. Perubahan fisik

Defisit neurologis yang terjadi pada pasien stroke, tidak hanya menimbulkan konsekwensi pada pasien itu sendiri, tetapi juga pada keluarga (Hickey, 2003). Berbagai perubahan pemenuhan kebutuhan dasar dapat dialami oleh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Ostwald (2009) dalam penelitiannya mengatakan, sejak awal pemulihan stroke diruang rawat inap, keterbatasan mobilitas dan ketidak mampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, menjadi salah satu sebab perubahan kemampuan fisik *caregiver* keluarga dalam pelaksanaan aktivitas sehari-hari bagi pasien. Perubahan fisik berupa

munculnya berbagai keluhan fisik seperti kelelahan, pusing dan pembengkakan pada kaki, dialami oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Selain itu partisipan juga merasakan adanya perubahan pola tidur, perubahan pola makan, dan perubahan dalam pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*

Kelelahan merupakan salah satu keluhan fisik yang dirasakan oleh partisipan. Kelelahan digambarkan sebagai kondisi yang dialami seseorang yang terjadi karena suatu distress, serta menimbulkan penurunan kemampuan berfungsi yang berkaitan erat dengan hilangnya energy tubuh. Sedangkan menurut Bhyllabus (2006), kelelahan merupakan kumpulan gejala subyektif yang ditandai dengan kelemahan, penurunan stamina, kekurangan energy, dan lain sebagainya, sehingga seseorang berpotensi kesulitan dalam menyelesaikan tugas. Kelelahan berkelanjutan yang terjadi pada *caregiver* keluarga dapat menimbulkan resiko kesehatan dan keselamatan pada *caregiver* keluarga itu sendiri (Fletcher., et al, 2009). Fletcher dan kawan-kawan (2009) dalam penelitiannya mengenai dampak *fatigue* terhadap *caregiver* keluarga mengatakan kelelahan yang terjadi pada *caregiver* keluarga berdampak pada kurangnya kemampuan mereka untuk mengasimilasi informasi baru yang diperlukan untuk perawatan pasien selanjutnya. Penurunan kemampuan beraktivitas, secara fisiologis menyebabkan terbatasnya aktivitas yang dapat dilakukan seseorang. Ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Fletcher dan kawan-kawan (2009) mengenai kelelahan yang dialami *caregiver* keluarga. Fletcher dan kawan-kawan (2009) menemukan hubungan antara kelelahan dan karakteristik lingkungan, dimana lamanya waktu merawat dan tingginya beban merawat berdampak pada munculnya kelelahan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana seluruh partisipan mengatakan munculnya keluhan lelah, letih dan pusing, disebabkan keterbatasan kondisi pasien yang menyebabkan tingginya beban merawat *caregiver* keluarga, selain dari lamanya waktu merawat menunggu dan merawat pasien dirumah sakit.

Beberapa partisipan juga mengatakan munculnya pembengkakan pada kaki, terutama bila mereka terlalu banyak berdiri atau duduk dikursi. Pembengkakan didefinisikan

sebagai pembesaran suatu bagian tubuh, umumnya lengan atau kaki, sebagai akibat dari retensi cairan (O'Connor, 2005). Pembengkakan dapat terjadi sebagai akibat dari gravitasi, terutama karena duduk atau berdiri disatu tempat yang terlalu lama. Air secara alami akan ditarik kedalam kaki, biasanya terjadi karena insufisiensi vena yang menyebabkan melemahnya katup dari pembuluh darah dikaki. Hal ini menyebabkan pembuluh darah sulit untuk mendorong darah kembali ke jantung, menyebabkan varises kaki dan penumpukan cairan pada kaki (O'Connor, 2005). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana beberapa partisipan yang berusia antara 50 – 60 tahun mengeluhkan adanya pembengkakan pada kaki yang terjadi akibat berdiri atau duduk terlalu lama. Salah seorang partisipan bahkan menceritakan mengenai alas kaki yang terasa mengecil karena pembengkakan kaki sebagai akibat posisi kaki yang tergantung karena duduk.

Perubahan yang dirasakan sangat signifikan oleh seluruh partisipan adalah perubahan pola tidur. Komite Klasifikasi Gangguan Tidur *American Academy of Sleep Medicine* (Walsleben, 2005) mengkategorikan empat gangguan tidur utama, yaitu gangguan memulai dan mempertahankan tidur, gangguan siklus tidur bangun, disfungsi yang berhubungan dengan tidur, dan gangguan dari sifat tidur berlebihan. Kondisi stress dapat mempengaruhi pola tidur, dimana seseorang akan merasakan kesulitan untuk tidur dan sering merasa tidak tenang saat tidur. Penelitian yang dilakukan oleh Savard dan kawan-kawan (2005) mengenai gangguan tidur, mengemukakan bahwa hospitalisasi berdampak pada pola tidur pasien dan keluarga, dimana jadwal pengobatan, rutinitas rumah sakit, serta teman sekamar mengubah siklus tidur bangun pasien dan keluarga.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana seluruh partisipan mengatakan berkurangnya waktu tidur, disebabkan karena munculnya gangguan saat tidur dan lingkungan tidur yang tidak sesuai. Gangguan yang muncul saat tidur bervariasi antara setiap partisipan, dimana mereka mengatakan sering terbangun karena pasien meminta minum, atau kekhawatiran akan infus pasien. Selain itu suasana lingkungan menjadi salah satu penyebab perubahan pola tidur partisipan,

dimana mereka menyatakan suasana yang ribut, ruangan yang terlalu dingin, bunyi air dikamar mandi ataupun suara langkah sesama penunggu pasien dalam satu kamar mempengaruhi pola tidur mereka.

Perubahan pola makan juga dialami sebagian besar partisipan, dimana partisipan mengeluhkan adanya perubahan pola makan yang diakibatkan karena penurunan nafsu makan dan perubahan frekwensi makan. Perubahan pola nutrisi dapat terjadi bila seseorang tergantung pada satu jenis makanan tertentu, atau akibat perubahan suasana saat akan makan (David dan Key , 2003). Hal ini dikemukakan oleh partisipan yang mengatakan terbiasa dengan makanan orang tuanya karena lebih enak, dan tidak menyukai makanan pedas, sedangkan partisipan lain mengatakan terjadi gangguan saat akan makan karena bau yang ditimbulkan akibat buang air besar (BAB).

Stress dan kekhawatiran harus meninggalkan pasien saat hendak makan juga menjadi salah satu penyebab perubahan pola makan ini (Meadows, 2010). Beberapa partisipan menyatakan sebenarnya makanan yang ada sesuai dengan selera mereka, hanya saja, kekhawatiran meninggalkan keluarga mendorong penurunan nafsu makan. Diet adalah pola konsumsi makanan seseorang, yang dipengaruhi oleh factor-faktor seperti status sosio-ekonomi, preferensi pribadi, dan pertimbangan kesehatan (David dan Key, 2003). Untuk dapat mempertahankan hidup, semua makanan harus memiliki sejumlah energi penting seperti protein, asam lemak assensial, vitamin dan mineral.

Perubahan pemenuhan kebutuhan personal hygiene dirasakan oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini. Perubahan suasana dan tidak tersedianya sarana pendukung untuk melakukan personal hygiene, seperti tidak adanya kunci pengaman, menyebabkan partisipan enggan untuk mandi. Westin (1967, dalam kamus *Standford Encyclopedia of Philosophy*, 2006) mengemukakan bahwa kerahasiaan pribadi (*privacy*) adalah kemampuan seseorang untuk menentukan sendiri kapan, bagaimana dan sejauh mana informasi tentang dirinya dikomunikasikan kepada orang lain. Partisipan dalam penelitian ini mengatakan rasa takutnya karena pintu kamar mandi

yang tidak ada kuncinya. Sedangkan partisipan lain mengatakan kondisi kamar mandi yang mengharuskan partisipan bergantian, membuatnya tidak leluasa untuk melakukan kegiatan.

Banyak cara dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan diri dan mengatasi tekanan emosi yang muncul. Fall (2007) menyebutkan beberapa cara yaitu tetap menjaga pola makan dan istirahat. Makanan dan istirahat tidur sangat penting bagi kelangsungan hidup. Hal ini dilakukan oleh beberapa partisipan, dimana mereka mencari pengganti makanan sesuai dengan keinginan mereka dan salah satu anggota keluarga mengingatkan tentang jadwal makan mereka. Minum obat dan pergi ke pusat kesehatan juga merupakan hal yang dapat dilakukan oleh *caregiver* keluarga untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka. Fall (2007) sendiri menyatakan para petugas kesehatan mengetahui bagaimana cara yang tepat untuk menganggapi reaksi yang muncul. Tiga orang partisipan dalam penelitian ini mengatakan bahwa mereka akan membeli obat atau mendatangi pusat pelayanan kesehatan, saat mereka merasakan adanya keluhan fisik. Pada penelitian Fall (2007) ada beberapa cara efektif yang tidak dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini, yaitu tehnik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan stress, berbagi pikiran dan perasaan dengan orang lain, serta menetapkan harapan yang realistis.

5.1.1.2. Perubahan psikologis

Munculnya perasaan negatif dinyatakan sebagai perubahan psikologis oleh seluruh partisipan. Perasaan negatif yang muncul berupa perasaan sedih, khawatir, kesal, bingung, takut, banyak pikiran dan perasaan tidak percaya dengan takdir. dampak hospitalisasi, bukan hanya dirasakan oleh pasien, tetapi juga akan dirasakan oleh *caregiver* keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Ostwald dan kawan-kawan (2009) mengenai pengalaman stress yang dirasakan oleh pasien stroke dan *caregiver* keluarga selama tahun pertama setelah perencanaan pulang dari ruang rehabilitasi rawat inap mengemukakan bahwa perasaan negatif dipengaruhi oleh karakteristik pasien stroke dan tingkat pemulihan mereka. Sedangkan perubahan mental, penurunan fungsi kognitif, depresi yang dialami pasien stroke, dan afasia, dapat

menyebabkan stress yang lebih berat lagi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana sebagian besar partisipan menyatakan kekhawatiran dan rasa takut mengenai kondisi kecacatan dan sejauh mana pemulihan terjadi pada pasien stroke.

Penelitian yang dilakukan oleh Drummond dan kawan-kawan (2007) mengenai persepsi pengalaman merawat suami dengan stroke, menjelaskan pengalaman negatif yang dialami oleh para istri yang merawat suaminya yang menderita stroke, dimana mereka mengatakan mengalami depresi dan stress karena berubahnya peran dan tanggung jawab mereka sebagai seorang istri dan ibu bagi anak-anak mereka, serta meningkatnya beban pengasuhan untuk mengurus suami dengan kecacatan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan, dimana partisipan mengatakan kesedihannya dan kebingungannya memikirkan anak-anak dan keluarga dirumah. Belum lagi kondisi kecacatan yang dialami pasien sebagai pencari nafkah utama, menimbulkan kekhawatiran tersendiri bagi keluarga. Hal ini akan menimbulkan stress dan menekan kemampuan beradaptasi keluarga

Penelitian lain yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) mengenai efek fisik dan mental *caregiver* keluarga pasien stroke, mendapatkan bahwa perawatan pasien stroke tahap paska akut menimbulkan dampak negatif pada *caregiver* keluarga. Stress primer ditimbulkan sebagai akibat dari lamanya durasi dan jenis perawatan yang diberikan oleh *caregiver* keluarga, serta jenis kecacatan fungsional dan gangguan kognitif pada pasien. Sedangkan stress sekunder ditimbulkan akibat adanya perubahan finansial dan konflik dalam keluarga. Selain hal tersebut diatas, usia *caregiver*, status hubungan, serta jenis kelamin mempengaruhi perasaan negatif yang dialami oleh *caregiver*. *Caregiver* keluarga yang berusia tua, relative lebih berpengaruh menimbulkan dampak negatif dari pada *caregiver* yang berusia muda. Hal ini disebabkan karena dengan bertambahnya usia, kemampuan fisik untuk dapat merawat seseorang dengan kecacatan fungsional juga menjadi semakin besar. Hubungan antara *caregiver* keluarga dan pasien juga turut mempengaruhi dampak negatif yang ditimbulkan, seperti hubungan suami-istri yang menimbulkan efek yang sangat baik.

Selain perasaan negatif, beberapa partisipan juga mengatakan munculnya perasaan positif seperti adanya perasaan senang, keinginan untuk tertawa dan bercanda serta mengungkapkan gurauan kepada sesama *caregiver* keluarga pasien yang lain. Penelitian yang dilakukan oleh Drummond (2007) menyebutkan, selain munculnya perasaan negative, *caregiver* keluarga juga menyatakan adanya perasaan positif, dimana mereka mengatakan semakin meningkatnya ikatan kekeluargaan dan perasaan keterhubungan antara sesama keluarga dan teman-teman. *Caregiver* keluarga mengalami aspek positif dari perawatan yang dilakukan, yaitu rasa kesetiaan, penerimaan, perasaan baik dan kepuasan dalam membantu orang lain. Pada penelitian yang dilakukan, rata-rata partisipan mengalami perasaan positif yang disebabkan karena adanya kebersamaan dan keterhubungan yang dirasakan antara sesama *caregiver* keluarga pasien yang lain.

Penyesuaian psikologis yang dilakukan oleh partisipan selama merawat pasien stroke tahap paska akut adalah penyesuaian strategi koping. Lazarus dan Folkman (dalam Safarino, 2006) menyatakan koping merupakan usaha seseorang untuk mengatur kesenjangan antara tuntutan dan sumber daya yang dimiliki dalam situasi yang penuh dengan tekanan. Usaha koping yang dilakukan dapat diartikan sebagai usaha untuk memperbaiki masalah, dan dapat membantu seseorang merubah pandangannya terhadap kesenjangan yang ada, menerima ancaman atau menerima situasi.

Stroke tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi pada *caregiver* keluarga William (2006) menyatakan umumnya *caregiver* keluarga memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi, timbulnya gejala fisik yang berkelanjutan, dan peningkatan tekanan emosional. Untuk mengatasi masalah yang timbul, semua partisipan mengatakan mempunyai cara untuk menyesuaikan dengan perubahan psikologis yang dialami. Penyesuaian terhadap perubahan psikologi yang dilakukan bervariasi diantaranya tertawa, mencurahkan perasaan kepada orang lain, bersikap iklas terhadap cobaan yang diberikan, menenangkan diri, tabah, membebaskan pikiran, pasrah terhadap cobaan

yang diberikan, berdoa, bersikap sabar dan percaya kepada takdir yang diberikan oleh Tuhan.

Mekanisme koping merupakan upaya atau mekanisme untuk mengatasi ancaman yang muncul yang akan merusak kelangsungan hidup orang yang bersangkutan (WHO, 1998). Mekanisme koping ini dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, lingkungan, struktur demografi masyarakat, sosial ekonomi, layanan yang tersedia, budaya serta kepercayaan seseorang. Seseorang dapat mengadopsi mekanisme pertahanan yang baru berdasarkan pelajaran atau pengalaman dimasa lalu.

5.1.1.3 Perubahan pola interaksi sosial

Friedman (1998) menyatakan tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya yang sakit, dimana salah satu tugas keluarga adalah mengambil alih sementara kewajiban yang melekat pada diri pasien. Dari tinjauan literature yang dilakukan, baik kualitatif maupun kuantitatif, penulis menemukan bahwa secara umum, sebagian besar *caregiver* keluarga adalah perempuan, utamanya istri atau anak perempuan. Seperti terbukti dalam penelitian yang dilakukan, dimana dari ketujuh partisipan, Lima orang partisipan berstatus sebagai istri pasien dan satu orang partisipan berstatus sebagai anak perempuan pasien. Pada penelitian yang dilakukan tidak ada partisipan yang berstatus suami pasien stroke. Ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Jullamete dan kawan-kawan (2006) mengenai siapa dan apa yang dibutuhkan *caregiver* keluarga pasien stroke di Thailan, yang menyatakan bahwa perempuan mendominasi peran pengasuhan. Hal ini dimungkinkan karena laki-laki biasanya bekerja diluar rumah untuk mendukung ekonomi anggota keluarga, sedangkan perempuan bertanggung jawab untuk tugas rumah tangga dan mengasuh individu yang sakit.

Perawatan paska stroke biasanya memerlukan waktu yang lama. Hal tersebut akan merubah gaya hidup, pola interaksi dan kebiasaan keluarga yang dapat menimbulkan kejenuhan dan stress tersendiri bagi keluarga yang merawat pasien stroke. Perubahan pola interaksi sosial dirasakan oleh sebagian partisipan, dimana mereka mengatakan

tidak dapat melakukan aktivitas yang biasa mereka lakukan selama merawat pasien stroke dirumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Pierce dan kawan-kawan (2007) mengenai sisi kehidupan *caregiver* keluarga pasien stroke menceritakan pengalaman *caregiver*, dimana mereka merasa terbebani, tidak punya cukup waktu untuk diri mereka sendiri dan mengalami gangguan psikososial. Pengalaman lain dirasakan oleh Gal (2010), yang menceritakan pengalamannya ketika merawat ibunya yang menderita stroke, dimana muncul perasaan bersalah dan khawatir ketika ia pergi keluar sebentar untuk menghilangkan stress dan kesepian.

5.1.1.3. Perubahan spiritual

Terbatasnya fungsi dalam pelaksanaan aktifitas spiritual dirasakan oleh sebagian besar partisipan. Mereka menyatakan adanya perubahan pola aktivitas spiritual, dimana mereka mengatakan tidak dapat menjalankan ibadah dengan tenang dan cenderung terburu-buru. Hal ini disebabkan karena perasaan khawatir karena meninggalkan pasien dan perasaan harus berbagi tempat dengan orang lain.

Tetapi dari segi keyakinan sendiri, seluruh partisipan mengatakan adanya perasaan pasrah, dimana menganggap penyakit yang dialami sebagai suatu cobaan dan percaya akan takdir dari Yang maha kuasa. Beberapa *caregiver* keluarga justru merasakan keihlasan karena dapat merawat pasangan hidup mereka. Hal ini sejalan dengan yang dikatakan Wensley (1995) yang menyatakan makna spiritualitas bukan hanya sekedar bagaimana seseorang berhubungan dengan Tuhan, tetapi juga bagaimana individu berespons terhadap kehidupan, mengembangkan keterlibatan dalam keluarga, dan menambah kapasitas keimanan mereka.

5.1.2 Penyesuaian fungsi keluarga

Orem (1983, dalam Friedman, 1998) menyatakan bahwa keluarga sebagai pemberi perawatan bagi anggota keluarga yang lain yang tidak mandiri. Penyesuaian fungsi keluarga ini digambarkan pada tiga sub tema dibawah ini yaitu :

5.1.2.1. Perubahan tanggung jawab

Perubahan tanggung jawab dalam keluarga menyebabkan perubahan fungsi peran yang dinyatakan oleh seluruh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Sebagian besar partisipan menyatakan bahwa merawat salah satu anggota keluarga mereka yang sakit merupakan salah satu kewajiban mereka, baik sebagai istri kepada suaminya ataupun sebagai anak kepada orang tua. Kewajiban yang dirasakan oleh keluarga disebabkan adanya peran pemeliharaan anggota keluarganya yang sakit, yaitu memberikan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat (Friedman, 1998). Penelitian yang dilakukan oleh Pierce dan kawan-kawan (2007) mengenai pengalaman merawat istri yang menderita stroke, menggambarkan bagaimana seorang suami melaksanakan peran pemeliharaan untuk merawat istrinya dan mengambil alih tanggung jawab merawat anak-anak mereka.

Stroke merupakan salah satu pemicu timbulnya stressor dalam keluarga. Stressor ini merupakan agen pencetus/penyebab yang mengaktifkan proses stress (Chrisman dan Fowler, 1980 dalam Friedman, 1998). Agen pencetus yang mengaktifkan stress dalam keluarga adalah kejadian yang cukup serius yang menyebabkan perubahan dalam system keluarga (Hill, 1945, dalam Friedman, 1998). Perubahan peran dalam keluarga diakui oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Perubahan peran dalam keluarga ini terkait dengan peran mereka sebagai istri dan sebagai ibu dari anak-anaknya. Selain itu, perubahan fungsi peran menyebabkan pikiran mereka terbagi antara pasien dirumah sakit dan keluarga dirumah.

Penelitian yang dilakukan oleh Drummond dan kawan-kawan (2007) mengenai pengalaman merawat suami yang mengalami stroke, menyebutkan pengalaman partisipan yang merupakan seorang istri yang harus merawat suaminya yang mengalami stroke. Mereka mengeluhkan munculnya perasaan depresi yang diakibatkan karena banyaknya peran dan fungsi mereka, baik sebagai pengasuh orang yang mengalami defisit fisik dan kognitif, tetapi juga sebagai ibu dan pengganti kepala keluarga yang mencari nafkah untuk kelangsungan hidup mereka. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hoyer dan Roodin (2003) yang

menyatakan istri yang menjadi *caregiver* bagi suami yang menderita stroke, sangat berpotensi mengalami gejala depresi daripada si suami sendiri. Hal ini disebabkan karena hilangnya kedekatan seperti saling bercerita dan melakukan aktivitas bersama seperti yang dilakukan sebelum suami menderita stroke.

5.1.2.2. Perubahan finansial keluarga

Perubahan finansial, merupakan perubahan yang dianggap paling besar pengaruhnya bagi *caregiver* keluarga. Perubahan finansial ini terjadi karena meningkatnya kebutuhan hidup selama merawat pasien stroke dirumah sakit dan biaya pengobatan untuk pasien itu sendiri. Hal ini diungkapkan oleh sebagian besar partisipan, dimana mereka mengeluhkan adanya peningkatan biaya selama mereka berada dirumah sakit. Selain itu berkurangnya penghasilan juga merupakan penyebab terjadinya perubahan finansial pada *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke dirumah sakit. Perubahan finansial berupa berkurangnya penghasilan, diakui oleh empat partisipan, disebabkan karena pencari nafkah utama dalam keluarga menderita penyakit. Selain itu beberapa partisipan juga mengatakan keberadaan mereka dirumah sakit, membuat mereka tidak dapat bekerja, walaupun mereka mengakui bukan sebagai pencari nafkah utama. Penelitian yang dilakukan oleh Jullamate dan kawan-kawan (2006) selaras dengan penelitian yang dilakukan, dimana *caregiver* mengeluhkan banyaknya pengeluaran untuk pengobatan dan kegiatan lainnya selama merawat seperti biaya transportasi, dan biaya-biaya untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

5.1.2.3. Penyesuaian finansial

Penyesuaian finansial dilakukan oleh seluruh *caregiver* keluarga dalam penelitian ini, dimana beberapa *caregiver* mengurus surat jaminan keringanan biaya pengobatan dari pemerintah melalui suku dinas kesehatan, sedangkan yang lainnya melakukan penyesuaian finansial dengan cara berhemat menggunakan uang pemberian keluarga untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya selama dirumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Ogungbo dan kawan-kawan (2005) mengenai bagaimana meningkatkan management stroke di Nigeria, menemukan bahwa kecacatan akibat stroke secara signifikan menempatkan beban keuangan yang besar pada layanan

kesehatan, dimana sebagian besar beban keuangan tersebut dibebankan pada masing-masing keluarga pasien stroke. Pada penelitian yang dilakukan, kendala biaya menjadi salah satu pemikiran pemikiran *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Sebagian besar partisipan mengeluhnya besarnya biaya perawatan dan tidak adanya sumber pencari nafkah utama keluarga.

5.1.3 Perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual

Perubahan kemampuan merawat yang dialami oleh *caregiver* keluarga teridentifikasi oleh tiga hal dalam sub tema berikut ini :

5.1.3.1. Keterbatasan fungsi fisik

Caregiver adalah seseorang dalam anggota keluarga yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan kesehatan nonmedik kepada individu yang menderita penyakit kronis (Hill, 2002). Peran *caregiver* keluarga untuk merawat pasien stroke merupakan kunci keberhasilan rehabilitasi pasien. Kesibukan yang dihadapi *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke dapat menyita waktu dan perhatian untuk memikirkan dirinya sendiri. Mereka cenderung mengabaikan kesehatan fisik, emosional dan rohani (Fall, 2007). Hal ini dapat menyebabkan kelelahan dan keputusasaan berkepanjangan. Fall (2007) menyatakan beberapa faktor penyebab kelelahan yang dialami oleh *caregiver* keluarga yaitu kebingungan peran, harapan tidak realistis, kurangnya kontrol dan tuntutan yang tidak wajar.

Perubahan kondisi fisik pasien stroke dengan berbagai defisit neurologis yang terjadi pada diri pasien, akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut. Pada penelitian yang dilakukan, sebagian partisipan mengeluhkan kondisi kelumpuhan yang dialami pasien, menyulitkan mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari bagi pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) mengenai efek fisik dan mental pada *caregiver* keluarga, menyebutkan bahwa kerusakan kognitif, kecacatan

fungsional dan durasi serta jumlah waktu penjagaan yang diberikan, berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan *caregiver* keluarga. Kondisi deficit dan kerusakan kognitif serta lamanya waktu merawat pasien, pada awalnya menimbulkan perasaan tertekan dan depresi pada *caregiver* keluarga. Hal ini dapat berpengaruh negatif terhadap kondisi fisik *caregiver*, yang pada akhirnya berpengaruh pada menurunnya kualitas merawat pasien. Sebagian besar partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan kelumpuhan pasien menyulitkan keluarga untuk melakukan sesuatu, seperti ambulasi dan memandikan, sehingga pada akhirnya mereka hanya melakukan sampai sebatas kemampuan mereka.

Fall (2007) menyatakan bahwa *caregiver* keluarga cenderung untuk mengabaikan kesehatan fisik, emosional dan rohaninya selama merawat salah satu anggota keluarga mereka yang sakit. Hal ini akan mengarah pada timbulnya masalah kelelahan dan keputusasaan yang berkepanjangan. Fall (2007) sendiri mengemukakan beberapa factor yang menyebabkan munculnya kelelahan yaitu kebingungan peran, harapan yang tidak realistis, kurangnya kontrol, adanya tuntutan yang tidak wajar dan beberapa faktor lainnya dimana *caregiver* keluarga sering kali tidak mengenali ketika mereka menderita kelelahan, hingga pada akhirnya sampai pada titik dimana mereka tidak dapat berfungsi secara efektif, bahkan mungkin menderita sakit.

5.1.3.2. Ekspresi psikologis

Kebingungan peran merupakan hal yang paling sering dialami oleh *caregiver* keluarga saat salah satu anggota keluarga mereka mengalami kondisi sakit. Kebingungan peran diakibatkan oleh kesulitan seseorang untuk memisahkan perannya sebagai anak, pasangan atau yang lainnya. Pada penelitian yang dilakukan, hal ini dinyatakan oleh seluruh partisipan, dimana mereka merasakan kekhawatiran dan pikiran yang terbagi antara peran sebagai istri dan sebagai orang tua yang mempunyai anak-anak. Salah seorang partisipan mengatakan tidak dapat makan karena memikirkan anaknya, yang pada akhirnya berdampak pada munculnya keluhan kelelahan.

Banyak *caregiver* keluarga mengharapkan dengan keterlibatan mereka, maka pasien akan memperoleh aspek positif pada kesehatan dan kebahagiaan pasien. Hal ini mungkin bukan sesuatu yang realistis untuk pasien. Rata-rata dari partisipan mengharapkan kesembuhan yang optimal dari pasien mereka. Kurangnya kontrol juga menjadi salah satu penyebab munculnya keluhan fisik yang dialami oleh *caregiver* keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Fall (2007) menyebutkan bahwa banyak *caregiver* keluarga merasakan frustrasi karena berkurangnya sumber penghasilan, sumber daya, dan kemampuan untuk secara efektif merencanakan, mengelola, dan mengatur hidup mereka. Pada penelitian yang dilakukan, sebagian besar partisipan mengeluhkan kesedihan dan kekhawatiran mereka, karena pencari nafkah dalam keluarga menderita stroke.

Perawatan pasien stroke tahap paska akut juga menimbulkan ekspresi psikologis yang berbeda-beda pada *caregiver* keluarga. Pada penelitian yang dilakukan, kondisi stroke menimbulkan perasaan pasrah pada *caregiver* keluarga. Mereka menerima keadaan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga mereka dengan pasrah dan menganggapnya sebagai suatu cobaan yang diberikan oleh Tuhan. Selain itu, dampak positif yang ditimbulkan selama merawat keluarga yang mengalami stroke tahap paska akut, membuat partisipan belajar untuk melupakan kesedihan dan menyimpannya dalam hati. Hal ini mereka lakukan karena labilitas emosi pasien yang masih terganggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) mengenai efek fisik dan mental *caregiver* keluarga pasien stroke menemukan sepertiga dari jumlah partisipan mengemukakan dampak positif *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke. Mereka menyatakan merawat salah satu anggota keluarga mereka yang sakit menimbulkan pengalaman positif pada diri mereka dan seolah-olah mereka dibutuhkan. Hal ini memberikan makna pada kehidupan mereka dan memungkinkan mereka untuk mempelajari keterampilan yang baru, serta memperkuat hubungan kekerabatan mereka dengan orang lain. Penelitian Brumm (2008) mengenai *caring for caregiver* menguatkan hal ini, dimana perasaan yang dilaporkan oleh partisipan

meliputi perasaan mencintai (96%), perasaan dihargai (90%), perasaan bangga (84%), perasaan khawatir (53%), perasaan sedih dan depresi (28%), dan kewalahan mengasuh pasien (22%).

5.1.3.3. Penurunan aktifitas spiritual

Sebagian besar partisipan dalam penelitian ini mengemukakan adanya penurunan aktivitas beribadah selama mereka merawat anggota keluarga yang mengalami stroke tahap paska akut dirumah sakit. Beberapa partisipan mengakui tidak dapat menjalankan ibadah keagamaan karena kondisi fisik pasien yang tidak memungkinkan untuk ditinggalkan. Sedangkan partisipan lainnya mengakui penurunan kualitas beribadah, dimana mereka merasakan tidak adanya kekhususan selama menjalankan ibadah karena situasi lingkungan yang ramai dan tidak dapat melaksanakan aktifitas lainnya selain sholat, seperti membaca Al'Quran dan berzikir.

Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Pierce dan kawan-kawan (2007) mengenai pengalaman merawat istri yang mengalami stroke, dimana partisipan malah memberikan dukungan kepada *caregiver* lainnya dengan berdoa. Partisipan menawarkan doanya kepada *caregiver* lain. Partisipan juga menekankan pentingnya doa untuk kesembuhan pasien dan dirinya sendiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dorongan yang diberikan partisipan bukan hanya dorongan spiritual kepada partisipan lainnya, tetapi juga rasa syukur dan dorongan untuk menumbuhkan semangat pasien menjadi lebih baik lagi.

5.1.4 Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien

Penyesuaian pemenuhan kebutuhan kesehatan pasien juga dialami oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini. Penyesuaian yang terjadi digambarkan dalam tiga sub tema berikut ini :

5.1.4.1. Keterbatasan fungsi fisik pasien.

The National Heart, Lung and Blood Institute's (NHLBI) Framingham Heart Study (Kelly-Hayes et al, 2003 dalam Ostwald., et al, 2008) melaporkan bahwa diantara

pasien stroke, 50% mengalami kelumpuhan satu sisi, 35% mengalami depresi, 30% tidak dapat berjalan tanpa bantuan, 25% pasien mengalami ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, dan 19% mengalami *aphasia*. Penelitian yang dilakukan oleh Grant (1996) mengidentifikasi empat masalah utama yang biasanya dihadapi pasien stroke tahap paska akut. Masalah-masalah ini termasuk hilangnya identitas penderita stroke dan perasaan keputusasaan serta depresi, perubahan status emosional pasien, rasa frustrasi karena kegagalan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti kesulitan untuk mandi, berpakaian, transfer, berjalan dan makan.

Kelumpuhan sebagai suatu hal yang dialami pasien stroke dinyatakan oleh sebagian besar partisipan sebagai suatu hal yang menyulitkan mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien, terutama saat akan melakukan ambulasi dan mobilisasi. Sebagian dari mereka menyatakan tubuh pasien terasa semakin berat karena kelumpuhannya dan munculnya perasaan takut pasien menjadi terjatuh saat mulai melakukan mobilisasi. Kelumpuhan diakibatkan karena kehilangan *control volunteer* terhadap gerakan motorik. Karena motor neuron atas melintas, gangguan *control motor volunteer* pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada motor neuron atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Pengalaman merawat pasien stroke dengan kelumpuhan diceritakan oleh Gal (2009) yang mengatakan sebagai *caregiver* keluarga pasien dengan stroke, ia membutuhkan banyak energy untuk menyediakan dukungan fisik bagi pasien. Kelemahan yang terjadi pada orang tuanya diakibatkan oleh kelumpuhan yang menyebabkan kekakuan otot, ketidak mampuan untuk meregangkan kaki, dan perasaan kram pada kaki.

Gangguan bicara /afasia adalah ketidak mampuan untuk berbicara dan atau memahami percakapan. Hal ini disebabkan karena defisit motorik adalah distria (kerusakan otot-otot bicara). Gangguan bicara yang dialami pasien stroke dapat berupa afasia motorik, afasia sensorik atau bahkan keduanya (afasia global). Pasien-pasien yang mengalami afasia, akan mengalami masalah ketidakmampuan dalam berkomunikasi dengan orang disekitar mereka, yang pada akhirnya menyebabkan timbulnya perasaan terisolasi. . Pada penelitian yang dilakukan, gangguan bicara

dialami oleh sebagian keluarga pasien stroke yang dirawat dirumah sakit. Afasia motorik terjadi pada keluarga pasien partisipan sebagian kecil keluarga pasien stroke yang dirawat dirumah sakit, dimana mereka mengatakan pasien terlihat ingin mengungkapkan sesuatu, tetapi tidak dapat melakukannya. Sedangkan afasia sensorik dialami keluarga partisipan empat, lima dan tujuh, dimana mereka mengatakan bahasa yang diucapkan oleh pasien terdengar tidak jelas dan sulit untuk dimengerti oleh mereka.

5.1.4.2. Status emosional pasien labil

Kondisi stress yang dialami oleh *caregiver* dapat mempengaruhi kesehatan mereka sendiri. Hal ini disebabkan karena menurunnya imunitas tubuh, meningkatnya hormon stress, yang pada akhirnya dapat meningkatkan angka kematian (Safarino, 2006). Hal senada dikemukakan oleh Scott (2009) yang mendefinisikan stress sebagai suatu perubahan fisik, emosi atau psikologik. Selama reaksi stress, hormon adrenalin dan kortisol dilepaskan, hal ini akan berefek pada meningkatnya detak jantung, memperlambat kerja pencernaan, meningkatnya aliran darah keotot-otot utama tubuh dan berbagai perubahan lain pada fungsi sistem syaraf otonom. Proses adaptasi yang dilakukan tubuh ini, memungkinkan tubuh secara fisik mampu melawan atau menghadapi masalah yang ada. Ketika ancaman hilang, tubuh kembali ke kondisi normal melalui respons relaksasi.

Stress kronis merupakan jenis stress yang tidak pernah berakhir dan tidak terelakkan, yang biasanya disebabkan karena adanya masalah berat dalam kehidupan atau pekerjaan fisik berat (Scott, 2009). Pada kondisi stress kronis, respons relaksasi tidak terjadi, yang pada akhirnya menimbulkan kerusakan pada tubuh itu sendiri. Gejala fisik yang ditimbulkan pada awalnya relatif ringan, seperti sakit kepala dan meningkatnya kerentangan seperti mudah terjadi influenza. Pada penelitian yang dilakukan, sebagian besar partisipan mengatakan penurunan kondisi fisik selama merawat anggota keluarga mereka dirumah sakit. Sedangkan sebagian kecil partisipan lainnya mengatakan akibat penyakit yang dialami sebelumnya, berpengaruh pada kemampuan mereka dalam merawat pasien stroke.

Stroke dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengendalikan emosi. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik pada pasien stroke muncul bila terjadi kerusakan pada lobus frontal cerebrum (Smeltzer & Bare, 2002: 2134). Disfungsi dapat ditunjukkan dengan lapang perhatian yang terbatas, peningkatan distraksibilitas (mudah buyar), kesulitan dalam pemahaman, kehilangan memori (mudah lupa), ketidakmampuan untuk menghitung, memberi alasan atau berpikir secara abstrak, ketidakmampuan untuk mentransfer pembelajaran dari satu situasi ke situasi yang lain, dan kurang motivasi yang menyebabkan pasien mengalami rasa frustrasi dalam program rehabilitasi yang dilakukan.

Disfungsi aktivitas mental dan psikologik yang umumnya terjadi pada pasien stroke, biasanya dimanifestasikan dengan labilitas emosional yang menunjukkan reaksi dengan mudah atau tidak tepat (Smeltzer & Bare, 2002). Selain itu, biasanya pasien stroke menunjukkan kehilangan kontrol diri dan hambatan sosial, penurunan toleransi terhadap stress, rasa ketakutan, permusuhan, frustrasi, dan mudah marah. Pada tahap lanjut dapat terjadi kekacauan mental, keputusasaan, menarik diri, isolasi dan depresi, dan disfagia. Bila muncul masalah depresi pada pasien, bantuan medis mungkin diperlukan. Pada penelitian yang dilakukan, partisipan mengatakan terjadinya peningkatan emosi pada keluarga mereka yang mengalamik stroke. Pasien stroke ini cenderung menjadi mudah marah dan tersinggung. Salah satu partisipan mengatakan pasien menjadi marah bila apa yang diungkapkannya tidak didengar. Partisipan lain mengungkapkan, dimana ia mengatakan penurunan emosi pada keluarganya yang mengalami stroke, dimana ia mengatakan pasien cenderung menjadi cenderung mudah sedih dan menangis, terutama bila mengetahui perubahan yang terjadi pada kondisi fisiknya.

5.1.4.3. Pemenuhan kebutuhan pasien yang menggunakan alat kesehatan

Disfagia atau kesulitan menelan, terjadi pada 27%-50% pasien stroke (JCAH, 2007 dalam Courtney, 2009). Sedangkan penelitian yang dilakukan Daniel (2006) mengenai gangguan neurologis yang mempengaruhi fungsi menelan, menyebutkan

65% dari seluruh pasien stroke mengalami disphagia, dan sekitar 58%nya mengalami aspirasi. Disphagia disebabkan karena kelemahan otot-otot dalam rongga mulut, lidah dan tenggorokan. Hal ini akan menimbulkan masalah berupa aspirasi makanan, cairan atau air liur yang masuk kedalam paru-paru sehingga beresiko tinggi terjadi pneumonia. Tanda dan gejala awal disphagia dapat dilihat dengan penurunan atau tidak adanya refleks menelan, batuk atau tersedak pada saat makan.

Pada pasien stroke dengan kecacatan, alat bantu akan sangat menolong mempermudah pasien stroke dalam melakukan pemenuhan kebutuhan sehari – hari seperti pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan. Pemasangan selang *naso gastric* diperlukan untuk memastikan kecukupan akan cairan dan nutrisi *adequate*. Dari seluruh partisipan yang diwawancara, beberapa orang partisipan mengakui adanya rasa takut dan kesulitan ketika harus merawat pasien stroke yang terpasang selang nasogastrik. Rasa takut yang dialami *caregiver* keluarga disebabkan karena kekhawatiran selang akan terlepas.

Stroke dapat menyebabkan hilangnya kontrol kandung kemih (*urinary incontinentia*) dan inkontinensia feses atau bahkan keduanya. Gebler dan kawan kawan (1993, dalam Addison & Dodd, 2001) mengklasifikasikan inkontinensia paska stroke kedalam tiga tahapan, yaitu : 1) inkontinensia urgensi yang disebabkan karena *hiperaktivitas bladder (detrusor hyper reflexia)*, 2) inkontinensia fungsional yang disebabkan karena gangguan kognitif atau komunikasi pasien, serta 3) *inkontinensia overflow* yang disebabkan karena *hiporefleksia* atau karena pemberian obat-obatan tertentu. Tetapi hal ini bukan berarti bahwa inkontinensia bersifat permanen. Untuk beberapa orang, hal ini hanyalah masalah waktu, dimana masalah akan berkurang atau bahkan hilang sesuai dengan berlalunya waktu. Tetapi bagi beberapa individu, mungkin diperlukan penanganan khusus, sehingga masalah dapat diperbaiki atau lebih mudah untuk dikelola. Pada penelitian yang dilakukan, beberapa pasien stroke menggunakan alat bantu kateter urine untuk mengatasi masalah inkontinensianya. Hal ini menimbulkan permasalahan tersendiri bagi *caregiver* keluarga, dimana beberapa partisipan mengeluhkan adanya perasaan takut terlepasnya selang kateter selama

mereka merawat pasien stroke dirumah sakit. Hal ini tentu saja akan berdampak terhadap kualitas merawat pasien stroke.

Penelitian yang dilakukan Addison dan Dodd (2001) mengenai rencana penanganan kateter dan konstipasi pada pasien stroke, menemukan bahwa dari 135 pasien stroke, 40% mengalami inkontinensia urine pada dua minggu pertama serangan stroke dan 24%nya mengalami inkontinensia urine hingga setahun setelah menderita stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Borrie et al (1986, dalam Addison & Dodd, 2001) yang menyatakan pada pasien stroke tahap paska akut, 60% mengalami inkontinensia.

5.1.5. Perencanaan pulang belum terstruktur

Perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan komponen sistem perawatan berkelanjutan pada klien dan membantu keluarga menemukan jalan pemecahan masalah yang baik, pada saat dan sumber yang tepat (Dongoes & Moorhause, 2002). Perencanaan pulang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Perencanaan pulang dimulai pada saat pasien masuk kerumah sakit dan secara periodik diperbaharui sesuai dengan kondisi pasien . pada penelitian yang dilakukan, ditemukan perencanaan pulang yang belum terstruktur, yang tergambar dalam dua sub tema berikut ini :

- 5.1.5.1. Pada penelitian yang dilakukan, sebagian besar partisipan mengatakan telah diberikan penjelasan mengenai cara merawat pasien stroke, tetapi penjelasan yang diberikan masih dirasakan belum mencukupi karena tidak dibarengi dengan demonstrasi dan evaluasi untuk melihat sejauh mana pemahaman partisipan akan informasi yang diberikan. Hal ini diungkapkan oleh sebagian besar partisipan, dimana mereka mengatakan bahwa perawat telah memberitahukan apa yang harus mereka lakukan, tetapi hanya sebatas memberitahu dan tidak memberi penjelasan mengenai cara melakukan hal tersebut. Selain itu beberapa partisipan mengatakan mereka mengetahui berbagai cara melakukan perawatan, dengan melihat perawat bekerja.

5.1.5.2. Hambatan dalam memperoleh informasi

Informasi dan edukasi yang diberikan kepada *caregiver* keluarga merupakan hal penting yang harus diberikan. Wiles dan kawan-kawan (1998) menyatakan bahwa memberikan informasi individual kepada pasien dan *caregiver* keluarga bukan merupakan hal mudah. Hal ini disebabkan karena sulitnya memprediksi waktu pemulihan stroke, yang dapat menimbulkan kekecewaan pada pasien dan keluarga, apabila waktu pemulihan stroke tidak sesuai dengan apa yang mereka harapkan. Penelitian yang dilakukan oleh Rodgers, dan kawan – kawan (2008), menemukan bahwa kurangnya informasi yang diberikan oleh perawat mengenai sifat, penyebab, dan konsekwensi dari stroke, serta ketersediaan layanan kesehatan yang konsisten menjadi kendala keluarga dalam merawat pasien stroke dirumah. Hal ini mungkin disebabkan karena informasi yang diberikan oleh perawat terlalu rumit, atau mungkin tidak relevan, informasi yang diberikan pun cenderung pasif, bukan aktif untuk memfasilitasi keluarga memperoleh keterampilan dalam pemecahan masalah dan menyesuaikan diri dengan peran baru mereka. Padahal kondisi ketergantungan pasien, lekas marah, gangguan kognitif, depresi dan kecemasan, dan perubahan perilaku yang dialami oleh pasien stroke, menimbulkan stress tersendiri bagi keluarga.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Shyu dan kawan-kawan (2008) mengenai program perencanaan pulang yang berorientasi pada keluarga untuk pasien stroke dan keluarganya, didapatkan bahwa keluarga – keluarga dari pasien stroke sering merasa tidak cukup siap untuk memenuhi kebutuhan fisik, kognitif, dan emosional pasien stroke. Mereka hanya mendapatkan sedikit informasi yang diperlukan untuk merawat pasien dirumah. Perawat kurang memberikan informasi mengenai hal – hal yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan pasien sehari – hari dan bagaimana keluarga dapat mengatasi masalah yang muncul.

Pada penelitian yang dilakukan ini, partisipan menyatakan beberapa hambatan yang mereka temukan saat memperoleh informasi. Salah satu partisipan menyatakan, informasi yang diberikan tidak jelas, dan cenderung terburu-buru, sedangkan partisipan enam mengatakan bahwa selama ini hanya melihat apa yang dikerjakan oleh

perawat. Perawat lebih terfokus pada memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan kurang memberdayakan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bruvol (2004) mengenai harapan, kesehatan dan kualitas hidup keluarga pasien stroke dilatarbelakangi karena kurangnya perhatian yang diberikan oleh perawat kepada keluarga pasien stroke. Hal ini berpengaruh kepada perilaku peningkatan kesehatan dan kualitas hidup keluarga, dimana perawat lebih berfokus pada pasien daripada keluarga. Padahal keluarga merupakan bagian terpenting untuk mensukseskan intervensi keperawatan.

5.1.6. Informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang dibutuhkan terkait pemenuhan kebutuhan dasar

Informasi, edukasi dan perencanaan pulang untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien stroke tahap paska akut sangat diperlukan oleh *caregiver* keluarga. Hal ini terlihat dalam kedua sub tema dibawah ini :

5.1.6.1. Edukasi terkait fisik

Berbagai defisit neurologis yang ditimbulkan sebagai akibat dari stroke, tidak hanya akan mempengaruhi kehidupan pasien, tetapi juga keluarga. *Caregiver* keluarga harus belajar mengenai tehnik rehabilitasi dan menyesuikannya terhadap perubahan dalam hubungan mereka dengan pasien stroke (Coombs, 2007 dalam Otswalld, 2008). Meningkatnya tuntutan pada keluarga untuk dapat memberikan perawatan diri kepada pasien stroke mendasari perlunya pendidikan kesehatan dan perencanaan pulang yang terstruktur.

Peran perawat selain sebagai beri perawatan langsung, juga meliputi pemberian informasi, edukasi dan ketrampilan yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga. Pemberian informasi, edukasi dan keterampilan ini dilakukan oleh perawat bertujuan agar keluarga memahami tentang penyakit stroke dan mengetahui cara perawatan yang benar (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, 2008). Pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga yang baik dalam merawat pasien stroke, akan mendorong kemandirian pasien secara berangsur – angsur. Stuart (1998), menyatakan bahwa

perawatan kesehatan dirumah sebagai bagian dari proses keperawatan dirumah sakit. Peran perawat spesialis medikal bedah sangat besar dalam perencanaan pulang (*discharge planing*) yang sesuai dengan kondisi pasien. Warholac (1980) menyebutkan perawat spesialis berperan untuk merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat spesialis memberikan asuhan keperawatan langsung dan mengevaluasi asuhan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Perawat spesialis medikal bedah sangat berperan dalam merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga. Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa pemberian informasi / *discharge planning* yang bermanfaat secara signifikan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke dirumah, utamanya pada bulan - bulan pertama setelah pulang dari rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Ostwalld (2008) mengemukakan bahwa pasien stroke dan *caregiver* keluarga menemukan kesulitan untuk mendapatkan informasi tentang kondisi mereka, bagaimana cara menangani masalah-masalah kognitif dan gangguan perilaku tanpa bantuan, dan kesulitan mendapatkan akses kembali kemasyarakat dan pelayanan kesehatan. Dalam sebuah survei yang dilakukan oleh National Stroke Association , 38% penderita stroke jangka panjang melaporkan kurangnya informasi tentang komunitas dan sumber daya rehabilitasi (Jones, 2006, dalam Ostwalld, 2008). Lebih lanjut Ostwalld (2008) menyebutkan bahwa edukasi mengenai cara pengelolaan faktor resiko seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes, kolesterol tinggi, dan merokok penting diberikan untuk mencegah terjadinya stroke berulang.

Sedangkan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Wiles dan kawan-kawan (1998) menemukan bahwa pasien stroke dan *caregiver* keluarga membutuhkan informasi dalam tiga aspek utama, yaitu klinis yang menyangkut masalah pemulihan dan prognosis penyakit, praktis, yang menyangkut cara memberikan perawatan dari hari-kehari, serta perawatan yang berkelanjutan dan sumber daya yang ada dimasyarakat. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Pierce, Finn dan Steiner (2004)

menyebutkan bahwa *caregiver* keluarga secara khusus mengatakan memerlukan lebih lanjut mengenai pencegahan jatuh, mempertahankan gizi yang memadai, mempertahankan gaya hidup aktif, dan beradaptasi dengan perubahan emosional dan *mood*.

Pada penelitian ini, seluruh partisipan menyatakan pentingnya pemberian pendidikan kesehatan oleh tenaga kesehatan mengenai segala aspek yang menyangkut kondisi keterbatasan fisik pasien. Empat partisipan dalam penelitian ini menyatakan pentingnya pendidikan kesehatan mengenai pemberian makan menggunakan selang nasogastrik pada pasien dengan disphagia. Seorang partisipan menyatakan pentingnya pemberian pendidikan kesehatan mengenai cara perawatan pada pasien dengan gangguan eliminasi. Empat partisipan menyatakan pentingnya pemberian pendidikan kesehatan terkait cara melakukan ambulasi dan latihan berjalan. Sedangkan dua partisipan lainnya menyatakan pentingnya pemberian pendidikan kesehatan untuk meningkatkan coping adaptif pasien

Edukasi dan demonstrasi mengenai cara mobilitasi dan ambulasi yang aman dinyatakan oleh 57% partisipan sebagai suatu kebutuhan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Orem (2001, dalam Cook et al, 2008). Menurut Orem, pemeliharaan integritas manusia dicapai melalui upaya pencegahan bahaya yang berfokus pada kontrol individu terhadap lingkungan internal dan eksternal. Keterbatasan fisik yang dialami oleh pasien stroke, mengharuskan *caregiver* keluarga untuk mampu mengidentifikasi, menghilangkan dan melindungi mereka dari bahaya baik yang aktual maupun bahaya potensial negatif yang dapat mempengaruhi kesejahteraan fungsional pasien stroke.

Teknik transfer aman sangat diperlukan oleh pasien stroke untuk mencegah terjadinya cedera. Hal ini konsisten dengan temuan Pierce dan kawan-kawan (2004, dalam Cook., et al, 2008) yang menyatakan 71% *caregiver* keluarga merasakan perlunya pemberian informasi mengenai langkah-langkah keamanan dan pencegahan jatuh. Kebutuhan ini didukung oleh pernyataan Grant (1996, dalam Cook et al, 2008) yang

menyatakan masalah utama yang paling sering dihadapi oleh *caregiver* keluarga adalah kesulitan dalam mobilisasi dan transfer yang aman.

Salah seorang partisipan dalam penelitian ini juga menyatakan pentingnya penjelasan mengenai penggunaan alat bantu yang sesuai dengan kondisi pasien stroke. Orem sendiri menyatakan membantu *caregiver* keluarga dan pasien sendiri dalam penggunaan alat bantu yang tepat mendorong pasien menjadi lebih mandiri, yang pada akhirnya akan berpengaruh secara fisik dan emosional terhadap fungsi merawat. Wiles et al dan O'Mahony et al (1998, dalam Cook, 2008) bahkan menyatakan bahwa pasien stroke dan *caregiver* keluarga menginginkan informasi lebih lanjut mengenai pelayanan keperawatan yang tersedia serta sumber daya yang ada dimasyarakat seperti cara untuk memperoleh alat bantu yang diperlukan.

Informasi mengenai pemberian makan yang aman juga dirasakan sebagai suatu kebutuhan oleh sebagian besar partisipan. Mereka mengatakan pentingnya pemberian informasi tentang cara pemberian makan yang aman, posisi yang memungkinkan untuk pemberian makan serta diet yang dianjurkan untuk pasien stroke. Hal ini kontras dengan penelitian yang dilakukan oleh Pierce dan kawan-kawan (2004, dalam Cook et al, 2008) yang menyatakan pencegahan aspirasi sebagai informasi utama yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga, sedangkan yang lainnya menyatakan memerlukan informasi mengenai cara mempertahankan asupan gizi yang memadai.

5.1.6.2. Edukasi terkait psikologi

Edukasi yang bertujuan untuk meningkatkan coping individu yang mengalami stroke juga dirasakan perlu oleh beberapa partisipan dalam penelitian ini. Orem (200, dalam Cook et al, 2008) sendiri menyatakan upaya promosi kesehatan berfokus pada keinginan individu untuk menjadi normal dan beradaptasi dengan perubahan yang dialaminya. Belajar untuk beradaptasi dengan perubahan gaya hidup bukan hanya menjadi tantangan pasien stroke, tetapi juga keluarga yang merawatnya.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan proses penelitian yang dilakukan, beberapa keterbatasan yang teridentifikasi antara lain :

- 5.2.1 Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Karena dalam penelitian kualitatif, peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka pengalaman dan kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara akan sangat mempengaruhi hasil penelitian yang didapatkan. Banyak data yang mungkin dapat lebih dalam tergali bila peneliti dapat meningkatkan kemampuan mengembangkan pertanyaan saat melakukan wawancara mendalam seperti saat mengeksplorasi aspek seksualitas. Penulis pada awalnya merasa kesulitan untuk mengembangkan pernyataan partisipan menjadi lebih detail, sehingga dapat digali fenomena yang lebih mendalam. Untuk mengatasi hal tersebut, peneliti membuat catatan-catatan kecil mengenai inti dari setiap pernyataan partisipan, agar dapat ditanyakan lagi sehingga dapat diperoleh gambaran secara mendalam.
- 5.2.2 Keterbatasan lainnya yaitu tempat dan waktu penelitian. Tempat penelitian dilakukan disuatu ruang khusus (ruang konsultasi dokter) yang letaknya tidak jauh dari kamar perawatan pasien. Waktu dan tempat pelaksanaan wawancara sebelumnya telah disepakati oleh semua partisipan. Hal tersebut sebenarnya menguntungkan bagi peneliti, karena tidak adanya hambatan dan distraksi selama proses wawancara berlangsung. Tetapi pada beberapa partisipan, ditemukan kesan terburu-buru untuk segera kembali ke kamar perawatan pasien pada tahap akhir wawancara berlangsung. Untuk mengatasi masalah tersebut, peneliti menawarkan untuk mengakhiri wawancara atau tetap melanjutkan proses wawancara. Pada akhirnya, sampai pada akhir wawancara tidak ada satu partisipan pun yang mengundurkan diri dan proses wawancara dapat diselesaikan dengan baik.

5.3 Implikasi Dalam Keperawatan

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi lahan praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam mengenai

bagaimana pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Permasalahan yang timbul disebabkan karena kurangnya informasi dan edukasi mengenai perawatan pasien stroke tahap paska akut dan bagaimana perencanaan pulang dirumah. Penting bagi *caregiver* keluarga untuk memperoleh gambaran atau informasi yang jelas mengenai cara merawat pasien stroke tahap paska akut, yang bisa digunakan oleh *caregiver* keluarga untuk dapat memberikan perawatan dan menghadapi masalah-masalah yang mungkin ditemukan selama merawat pasien stroke tahap paska akut baik dirumah sakit ataupun setelah pulang kerumah.

5.3.1 Bagi praktek keperawatan

Penelitian ini memberikan implikasi terhadap asuhan keperawatan, khususnya dalam edukasi dan persiapan pulang bagi pasien stroke tahap paska akut. Tema-tema yang muncul dalam penelitian ini dapat digunakan oleh perawat untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga akan informasi dan edukasi agar dapat merawat anggota keluarga yang mengalami stroke tahap paska akut sesuai dengan kondisi pasien. Selain itu penelitian ini juga memberikan implikasi bagi praktek keperawatan agar lebih menggali seluruh aspek yang dibutuhkan oleh pasien dan *caregiver* keluarga, bukan hanya dari aspek fisik, tetapi juga psikososial dan spiritual.

5.3.2 Bagi pendidikan keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan untuk lebih mengembangkan konsep perencanaan pulang yang dapat dijadikan panduan dalam pemberian edukasi kesehatan tentang perawatan lanjutan dirumah.

5.3.3 Bagi penelitian keperawatan

Implikasi dalam penelitian keperawatan juga terkait dengan penelitian ini. Penelitian lebih lanjut membahas isu gender untuk melihat sejauh mana pengalaman suami dalam merawat pasangan hidup yang mengalami stroke perlu dilakukan. . Penelitian ini juga menyisakan beberapa hal yang belum ter gali secara mendalam seperti aspek emosional dan seksualitas, serta pengaruh budaya terhadap kemampuan *caregiver* merawat pasien stroke. Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan metoda yang berbeda. Penelitian dengan metoda etnography dapat dilakukan untuk mengeksplorasi budaya *caregiver*

keluarga dalam memberikan perawatan lanjutan di rumah pada pasien stroke tahap paska akut. Selain itu penelitian-penelitian dengan pendekatan kuantitatif juga dapat dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penyesuaian *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut selama di ruma



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam mengenai pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa merawat pasien stroke tahap paska akut menimbulkan berbagai perubahan fisik, psikososio spiritual dan finansial pada *caregiver* keluarga dan berdampak pada kemampuan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Perubahan yang dialami *caregiver* keluarga, menimbulkan tantangan tersendiri bagi *caregiver* keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien stroke tahap paska akut. Dengan pemberian informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang terstruktur, *caregiver* keluarga dapat menghadapi tantangan yang ada selama merawat pasien stroke.

6.1 Simpulan

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

- 6.1.1 Selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit, *caregiver* keluarga mengalami penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar berupa perubahan fisik, psikologis, perubahan pola interaksi sosial dan perubahan spiritual.
- 6.1.2 *Caregiver* keluarga mengalami penyesuaian fungsi keluarga dengan adanya tuntutan merawat sebagai suatu kewajiban, perubahan peran dalam keluarga dan perubahan finansial keluarga
- 6.1.3 Perubahan kemampuan merawat yang dialami *caregiver* keluarga disebabkan karena keterbatasan fisik *caregiver*, beban psikologis dan menurunnya aktivitas spiritual .

- 6.1.4 *Caregiver* keluarga melakukan penyesuaian pemenuhan kebutuhan kesehatan pasien. Ini disebabkan karena keterbatasan fisik pasien dan status emosional yang labil, serta penggunaan alat bantu pada pasien, akibat defisit neurologis yang dialami.
- 6.1.5 Perencanaan pulang yang ada belum terstruktur, hal ini merupakan gambaran dari informasi dan edukasi yang telah diterima oleh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Perencanaan pulang yang diberikan juga menemukan beberapa hambatan seperti informasi yang tidak jelas dan terburu-buru.
- 6.1.6 Informasi, edukasi dan perencanaan pulang tentang pemenuhan kebutuhan dasar pasien dibutuhkan oleh *caregiver* keluarga pasien stroke tahap paska akut. Edukasi yang diberikan mencakup pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual dan finansial.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah.

Diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik terutama dalam hal pendidikan kesehatan dan perencanaan pulang, bukan hanya kepada pasien tetapi juga kepada *caregiver* keluarga. Informasi yang diberikan harus lengkap dan informatif, memberikan gambaran menyeluruh mengenai kondisi pasien saat dirawat, dan perawatan yang dibutuhkan selama di rumah sakit. Panduan tatacara perawatan lanjutan dirumah pada pasien stroke dirumah perlu dikembangkan dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh *caregiver* keluarga. *Self help group* perlu dibentuk untuk pasien dan *support group* untuk *caregiver* keluarga, agar mereka dapat beradaptasi dengan peran baru mereka.

6.2.2 Bagi institusi pendidikan, diharapkan dapat :

- 6.2.2.1 Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam merawat pasien stroke serta memberikan pendidikan kesehatan kepada *caregiver*

keluarga dengan meningkatkan aplikasi praktek, bukan hanya pada pemberian perawatan langsung, tetapi juga peran pendidik terhadap seluruh aspek bio, psiko, sosio spiritual dan finansial.

6.2.2.2 Bagi Kolegium Keperawatan

Mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan atau spesialisasi keperawatan dengan berbagai macam peminatan, sehingga pasien dapat memperoleh penanganan yang lebih spesifik.

6.2.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Perlu diadakan penelitian yang lebih mendalam lagi tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut dalam waktu yang lebih lama dan karakteristik partisipan yang lebih beragam. Hal ini perlu dilakukan agar dapat diketahui makna merawat, bukan hanya pada wanita, tetapi pada pria, hasil penelitian tersebut akan lebih menunjukkan kebutuhan akan informasi dan edukasi yang diperlukan. Penelitian ini juga dapat dilakukan dengan metoda lainnya seperti dengan *ethnography* untuk melihat sejauh mana budaya mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut.

6.2.2.4 Bagi pemerintah

Perawatan pasien stroke memerlukan waktu yang lama dan biaya yang besar. Kebijakan pemerintah untuk menyediakan biaya perawatan yang terjangkau sangat diharapkan oleh seluruh pasien dan *caregiver* keluarga agar dapat memberikan pelayanan yang optimal. Untuk rumah sakit sendiri, dapat dibuat kerjasama dan kebijakan mengenai sistem asuransi kesehatan yang mudah dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Addison.,Ray & Dodd., Lizzie (2001). Stroke, catheter dan constipation : action plans. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/stroke-catheter-and-constipation-action-plans/200873.article>. diperoleh tanggal 1 Juli 2010.
- Amirudin (2008). *Epidemiologi Stroke*, http://ridwanamirudin.wordpress.com/2008/01/11/epidemiologi_stroke. Diperoleh tanggal 25 Februari 2010
- Andersson., A & Hansebo., G. (2009). Enderly peoples' experience of nursing care after a stroke : from a gender perspective. *Journal of Advance Nursing*. 65 (10), 2038-2045.<http://www.journalofadvancenursing.com>. Diperoleh tanggal 2 Februari 2010.
- Anonym. (2009) *Stroke penyebab kecacatan*. http://strokebethesda.com/index2.php?option=com_content&do. diperoleh tanggal 22 Februari 2010
- Anonym. (2007) *Problem and benevit report*. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstrak/STROKEAHA.108.545269vi> diperoleh tgl 2 Februari 2010
- Anonym (2004). *Dealing with the stress of a hospitalizer family caregiver* [.http://www.ynhh/choice/stress.html](http://www.ynhh/choice/stress.html). diperoleh tanggal 29 Juni 2010
- Apriwanto., (2008)., *Stroke, penyebab utama kecacatan fisik*, <http://pdpersi.co.id/?detailnews&kode=643&tbl=cakrawala>., diperoleh tanggal 22 Februari 2010
- Arfianti, (2009) *Metoda penelitian kualitatif*, http://www.penalaranunm.org/index.php/artikel-nalar/penelitian/116-metoda-penelitian_kualitatif.html, diperoleh tanggal 3 Maret 2010.
- Barbara.,H. (2007). *Review : love, honor & value*. <http://www.o-wm.com/article/1535>. diperoleh tanggal 28 Juni 2010.

- Bhyllabus. ((2006). *Fatigue, Clinical Guideline : Diagnosis & Treatment Manual*.
[http://calatn legawa.com/2008/05/fatigue](http://calatn_legawa.com/2008/05/fatigue). diperoleh tanggal 29 Juni 2010.
- Boeree., George. C (2006) *Amraham Maslow : Personality Theories*
<http://webpace.ship.edu/cgboer/maslow.html>. diperoleh tanggal 5 Juli 2010.
- Brumm.,Laura (2008). *Caring for caregiver*. [http://www.dorlanhealth.com/profesional/caring for caregiver.html](http://www.dorlanhealth.com/profesional/caring_for_caregiver.html). Diperoleh tanggal 30 Juni 2010.
- Bruvol.,Anna & Gilboe., M.F. (2004). Hope, health work and quality of life infamilies of stroke survivors.*Journal of advance Nursing* 48 (4), 322-332.
[http://journals/ww.com/advanceinnursingscienc /fulltext](http://journals/ww.com/advanceinnursingscienc/fulltext). Diperoleh tanggal 2 Februari 2010.
- Casas., S.M. (1999). *Experience in coping with stroke : a survey of caregivers*
http://findarticle.com/p/articles/mi_m0825/is_n4_v55/ai_8265697.html.
Diperoleh tanggal 2 Februari 2010
- Creswell, J.W. (1998). *Quality inquiry and research design choosing among*. (5th ed).
Thousand Oaks : Sage Pub. Inc.
- Cook., A. et al (2006). Self-care need of caregivers dealing with stroke. *Journal of Neuroscience Nursing* 2006(2) [http://findarticle.com/ p/articles/mi_hb6374 /is_1_38/ai_n29250452/](http://findarticle.com/p/articles/mi_hb6374/is_1_38/ai_n29250452/). Diperoleh tanggal 2 Juli 2010.
- Courtney., B & Flier., A. (2009). *RN dysphagia screening, a stepwise approach*.
http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6374/is_1_41/ai_n31350582/.
Diperoleh tanggal 2 Juli 2010.
- Daniel ., S.K. (2006). *Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing*.
<http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>. diperoleh tanggal 2 Juli 2010.
- Drummond., K. et al. (2008). *Young female "perceived experience of caring for husband with stroke*. http://ojni.org/11_2/drummond.htm, diperoleh tanggal 2 Februari 2010

- Doengoes, M.E, Moorhouse, M.F, Geissler, A.C. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan :Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Ed-3. Jakarta : EGC
- Exel.,V.J, et al (2005) *Identification of caregiver at risk of adverise health effect*. <http://www.content.karger.com/priduct.adb/producte.asp?typ=fulltexfile>. Diperoleh tanggal 29 Juni 2010.
- Fall (2007) *Caregiver guide*. <http://pvc.maricopa.edu /counseling /documents /caregiversguide.doc>. diperoleh tanggal 1 Juni 2010.
- Family Caregiver Allience. (2003) *Taking care for you, self care for family caregiver*. http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node_jsp/nodeid=847?. Diperoleh tanggal 28 Juni 2010.
- Fletcher., et al. (2009). *Trajectories of fatigue in family caregiver of patient undergoing radiation therapy for prostat cancer*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov /pmc/article/pmc2753767>. diperoleh tanggal 28 Juni 2010.
- Friedman, M.Marilyn. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktek*. Edisi 6 Jakarta : EGC
- Harsono, E.D. (2000). *Kapita Selekt Neurologi*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Haugh. (2008) *Long-term Care for the stroke patient in family home care*. <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/9026>, diperoleh tanggal 2 Februari 2010
- Hickey, J.V. (2003). *The Clinical Practice : neurological and neurosurgical nursing*. 5th edition. Philadelphia : Lippincott Willian and Wilkins.
- Gal., (2010). *What I learned about being a caregiver for my mom after she survived a major stroke*. http://www.acumenfund.or/evenbetter/utm_source=squidoo&utm_medium=Ba ner&utm_campaign=squidoo. Diperoleh hatanggal 28 Juni 2010.

Gemari. (2009). *Stroke di Indonesia tambah besar*, <http://www.gemari.or.id/file/edisi98/gemari9433.pdf>, diperoleh tanggal 26 Februari 2010

Ginsberg, Lionel. (2008). *Lecture Notes Neurologi*. Ed-8. Jakarta : Erlangga

Jaures., G. et al (2008). *Distress and quality of live concerns of family caregiver of patient under going palliative*.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2791523> diperoleh tanggal 29 Juni 2010.

Jullamate., P. et al (2006). *Thai stroke patient caregivers : who they are and what they need*. http://www.content.karger.com/productedb/producte.asp?typ=fulltex&file=ced2060211_21. Diperoleh tanggal 29 Juni 2010

Khalid.,T & Rukhsana.,K (2005). *Depression and quality of life among caregivers of people affected by stroke*. http://www.dinf.ne.jp/doc/english/asia/rejource/apdry/vol_2/brief_report2.html. diperoleh tanggal 28 Juni 2010.

Lewis (2007). *Medical surgical nursing*. 7th edition. St. Louis Missouri : Mosby Year Book, Inc

Mardjono, M. & Sidharta, P. (1997). *Neurologi Klinis Dasar*. Ed-6. Jakarta : Dian Rakyat

McGown., Anne. (1992). Stereotypes of emotional caregivers and their capacity to absorb information : the views of nurses, stroke carers and the general public. *Journal of Advance Nursing*. 17 (10) <http://vab.anu.edu.au/pubs/i/stereotypesofemotional.pdf>. diperoleh tanggal 2 Februari 2010

Moleong, L.J (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT Rosdakarya

National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2008). *Post-Stroke Rehabilitation Fact Sheet*.<http://www.ninds.nih.gov/disorder/stroke/poststrokerehab.htm>. diperoleh tanggal 14 April 2010

- National Stroke Statistic Informations. (2008). *Statistic stroke*
[http://www.scumdoctor.com/Indonesia/disease-prevention/brain disease/
stroke/National-Stroke-Statistik-Information.html](http://www.scumdoctor.com/Indonesia/disease-prevention/brain%20disease/stroke/National-Stroke-Statistik-Information.html). diperoleh tgl Februari
2010.
- Nowlin., Anne. (2006). *The dysphagia dilemma : how you can help.*
[http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/features/the dysphagia
dillema-how-you-can-help/articlestandart/article/detail/329134](http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/features/the%20dysphagia%20dillema-how-you-can-help/articlestandart/article/detail/329134). Diperoleh
tanggal 2 Juli 2010.
- Nyomthai., N., et al (2009). *Family strength in caring for a stroke survivor at home.*
[http://thailand.digitaljournals.org/index.php/PIJNR/article/view
file/3010/2559](http://thailand.digitaljournals.org/index.php/PIJNR/article/view%20file/3010/2559). diperoleh tanggal 29 Juni 2010.
- O'Connor., Pat. (2005). *Leg swelling.* [http://www.lymphadenopeople
.com/thesille/legswelling.htm](http://www.lymphadenopeople.com/thesille/legswelling.htm). diperoleh tanggal 28 Juni 2010.
- Ogungbo., et al (2005). *How can we improve the management of stroke in
Nigeria,Africa.* [http://www.ajns.paans.org/article.php3?id article=3](http://www.ajns.paans.org/article.php3?id%20article=3).
Diperoleh tanggal 26 Juni 2010.
- Ostwalld.,et al (2008). *Education Guidelines for stroke survivors after discharge
home : literature.* http://medscape.com/viewarticle/576701_2. diperoleh
tanggal 1 Juli 2010.
- Peterson., Sandra & Bredow., Timothys. (2004). *Middle Range Theory, application
to Nursing Research*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Pierce., L.L, et al. (2008) *Perceived experience of caring for a wife with stroke*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/pmc2633124>, diperoleh tgl 2
Februari 2010
- Pierce., LL, et al (2007). *Two side to the caregiver story.*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/pmc2442226/>. Diperoleh tanggal 2
Juni 2010.

- Pittman., Joyce. (2008). *The chronic wound and the family* <http://www.medscape.com/viewarticle/569597>. diperoleh tanggal 9 Februari 2010
- Price & Wilson (2006). *Patofisiologis : Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit*. Ed 6.Vol-2. Alih bahasa Pendit, dkk. Jakarta : EGC
- Pollit, D.F & Hungler, B.P (1999). *Nursing research : principles and methods*. (6th ed). Philadhelpia : Lippincott William & Wilkins.
- Polit, D.F. & Back, C.T. (2006). *Essentials of nursing research methods, appraisal & practice*. (4th ed). Philadhelpia : Mosby.
- Rahmiwati. (2008). *Analisis data kualitatif*. <http://rahmiwati.net/analisis-data-kualitatif.html>, diperoleh tanggal 5 April 2010.
- Rodgers, 2008, *who care? – caring for the carers of stroke patient*, http://www.abdn.ac.uk/healthpsychology/publications/2007_D&R_Rodgers_care, diperoleh tanggal 26 Februari 2010
- Rolak, A. Loren. (1993). *Neurology Secrets : Questions you will be asked*. St Louis :Mosby
- Sebastian., H. (2009). *Pentingnya rehabilitasi pada pasien stroke*. <http://www.klinikspesialisstroke.com/2009/08/menurut.dr.html>. diperoleh tanggal 9 April 2010.
- Schulz.,R and Sherwood.,P (2008). *Physical & mental health effects of family caregiver*.http://www.nursingcenter.com/library/journal/article?asp?article_id=815780. diperoleh tanggal 29 Juni 2010.
- Scott., Elizabeth. (2009). *Stress and health : How stress affects your body, and how you can stay healthier*. <http://stress.about.com/od/stresshealth/a/stresshealth.html>. diperoleh tanggal 1 Juli 2010.

- Shimberg, E. Fantle. (1998). *Stroke : Petunjuk Penting Bagi Keluarga*. Alih bahasa Anne Rozana. Jakarta : Pustaka Delapratasa
- Silbernegl, S. & Lang, F. (2007). *Teks dan Atlas Berwarna Pathofisiologi*. Alih bahasa Setiawan dan Mochtar. Jakarta : EGC
- Smeltzer, C.S & Bare, B.G. (2002). *Brunner & Suddarth : Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah*, Ed-6, Vol-3. Alih bahasa Hartono, dkk. Jakarta : EGC
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2006). Privacy. <http://plato.stanford.edu/entries/privacy>. diperoleh tanggal 27 Juni 2010.
- Stanford Stroke Center,(2009) *Stroke and Cerebrovascular Diseases : A Guide for Patient and their Families*, <http://www.strokecenter.stanford.edu/guide>, diperoleh tanggal 25 Februari 2010).
- Stainer., V et al (2008). *Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors*. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795369900194x>. diperoleh tanggal 5 Februari 2010.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.J. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. (2nd ed). Philadelphia : Lippincott.
- Sugiyono. (2007). *Metoda penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Bandung : CV Alfabet.
- Tang.,Yu-Ying & Cheng., Pi. (2002). *Health promotion behavior in Chinese family caregivers of patient with stroke*. <http://www>. Diperoleh tanggal 28 Juni 2010.
- Tamgu.,K (1994). *Experience of Family Caregiver Caring for Patient With Stroke*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7953884>. diperoleh tanggal 28 Juni 2010.
- Walsleben., et al (2005). *Sleep disorder*. http://meh.uni_bonn.de/cancernet/cd20000062746.html. diperoleh tanggal 27 Juni 2010.

Werner., Helen (2005). *Journal neuroscience nursing*. <http://www.medscape.com/viewarticle/5120492>. diperoleh tanggal 20 Meret 2010.

Wiley.,Sharon. (1998). *Who care for family and friends?: providing palliative care athome*. <http://trapdoor.dmz.health.nsw.gpv.au/hospolic/stvincest/1998/a02.html>. diperoleh tanggal 9 Februari 2010.

William., L.S. (2004). *Depression and stroke : cause or consequensi?: impact of stroke caregiver*. http://www.medscape.com/viewarticle/521057_9. Diperoleh tanggal 1 Juli 201

WHO (1998). *Coping Mekanisme : emergency health training programe for Afrika* <http://www.WHO.int/disaster/repo/5517.pdf>. diperoleh tanggal 2 Juli 2010.

Yasser Mokhtar, MD. (2008) *Cerebrovascular Disease and risk of Stroke*.http://www.doctorslounge.com/primary/article/stroke_risk/strokerisk1.htm,dioperoleh tanggal 25 Februari 2010

Yastroki, (2009). *Angka kejadian stroke meningkat tajam*. <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=317>, diperoleh tanggal 26 Februari 2010



LAMPIRAN

Lampiran 1**SURAT PENGANTAR PARTISIPAN**

Kepada

Yth

Di.....

Dengan hormat,

Saya, Winda Yuniarsih, NPM 0806447122, mahasiswi program paska sarjana kekhususan keperawatan medikal bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, mohon kepada bapak/ibu/saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya yang berjudul “pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RS Fatmawati”. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Bapak/ibu/saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun bapak/ibu/saudara kehendaki tanpa ada konsekwensi atau dampak tertentu.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien stroke tahap paska akut. Kami sangat mengharapkan informasi yang mendalam dari bapak/ibu/saudara. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun bagi bapak/ibu/saudara. Jika bapak/ibu/saudara merasa tidak nyaman selama proses wawancara, bapak/ibu/saudara dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu dan tempat penelitian dapat diatur dan disesuaikan dengan keinginan bapak/ibu/saudara.

Peneliti berjanji akan menghargai dan menjunjung tinggi kehormatan bapak/ibui/saudara dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang

diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun dalam penyelesaian laporan penelitian. Semua hasil catatan atau data yang didapatkan, akan dimusnahkan segera setelah penelitian ini selesai dilaksanakan.

Peneliti akan menghargai kesediaan bapak/ibu/saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu, saya mohon kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. atas perhatian, kerjasama, dan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk menjadi partisipan, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti



Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(informed Consent)**

Setelah membaca dan memahami surat saudara mahasiswa Winda Yuniarsih, NPM : 0806447122, mahasiswa program paska sarjana kekhususan keperawatan medikal bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, serta mendapatkan penjelasan tujuan penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan dengan judul **“pengalaman caregiver keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut diRS Fatmawati”**.

Demikian persetujuan ini saya tandatangi dengan sukarela tanpa paksaan dari siapapun.

Partisipan

(.....)

Jakarta, 2010.

Peneliti

(Winda Yuniarsih)

Lampiran 3**PANDUAN WAWANCARA**

Contoh pertanyaan yang akan digunakan sebagai panduan dalam melakukan wawancara :

1. Perubahan –perubahan apa yang bapak/ibu/saudara rasakan selama merawat pasien stroke di RS Fatmawati?.
2. Sejauh mana dampak stroke terhadap aspek fisik, psikososial dan spiritual yang bapak/ibu/saudara rasakan?.
3. Hambatan dan tantangan apa saja yang bapak/ibu/saudara temukan selama merawat anggota keluarga yang terkena stroke di RS Fatmawati?.
4. Bagaimana cara bapak/ibu/saudara melakukan adaptasi/penyesuaian diri dalam merawat anggota kelaurga yang mengalami stroke paska akut di RS Fatmawati?.
5. Informasi dan edukasi apa saja yang telah diberikan oleh perawat ketika bapak/ibu/saudara ikut terlibat dalam merawat pasien stroke tahap paska akut?.
6. Informasi dan edukasi apa saja yang diharapkan bapak/ibu/saudara agar dapat merawat pasien stroke secara optimal kelak?.

Lampiran 4

FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama partisipan :	Kode partisipan :
Tempat wawancara :	Waktu wawancara :
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara :	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : b. Non-verbal :	
Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :	
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung :	
Respon partisipan saat interaksi :	

Lampiran 6

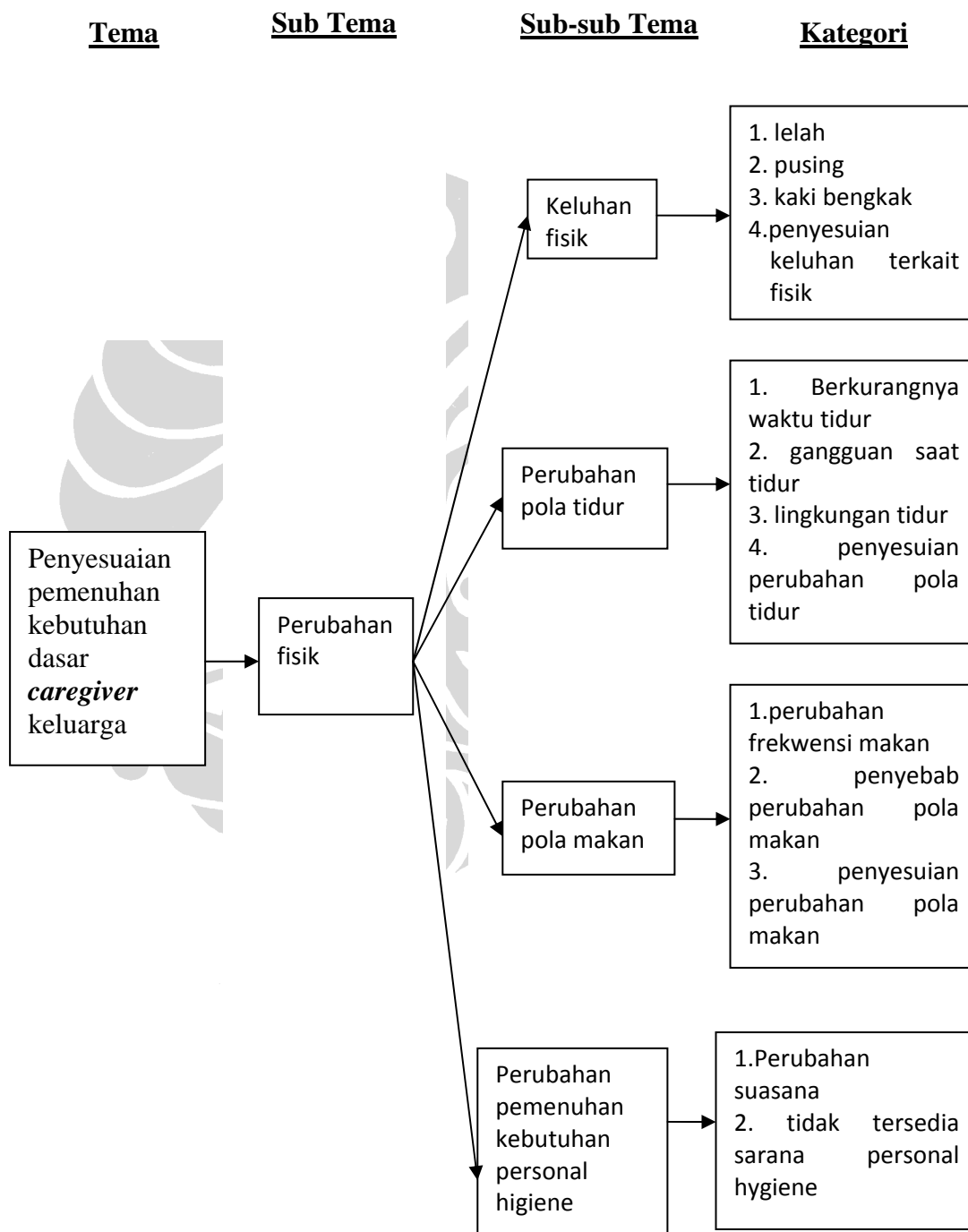
Table. Karakteristik Partisipan di RSUP Fatmawati

No	Keterangan	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
1	Jenis kelamin	wanita	wanita	wanita	wanita	wanita	pria	Wanita
2	Usia	43 thn	55 thn	32 thn	40 thn	60 thn	27 thn	42 thn
3	Pekerjaan	Ibu rumah tangga	pedagang	karyawan	Ibu rumah tangga	Guru mengaji	pedagang	Ibu rumah tangga
4	Pendidikan terakhir	SLTP	SD	SLTA	SLTA	SLTP	SLTA	SD
5	Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Kristen	Islam
6	Status perkawinan	menikah	menikah	Janda	menikah	menikah	Belum menikah	menikah
7	Lama merawat	13 hr	16	18 hr	11 hr	22 hr	10 hr	16hr
8	Hubungan partisipan dengan pasien	Anak	istri	Anak	istri	istri	anak	istri

Lampiran 7

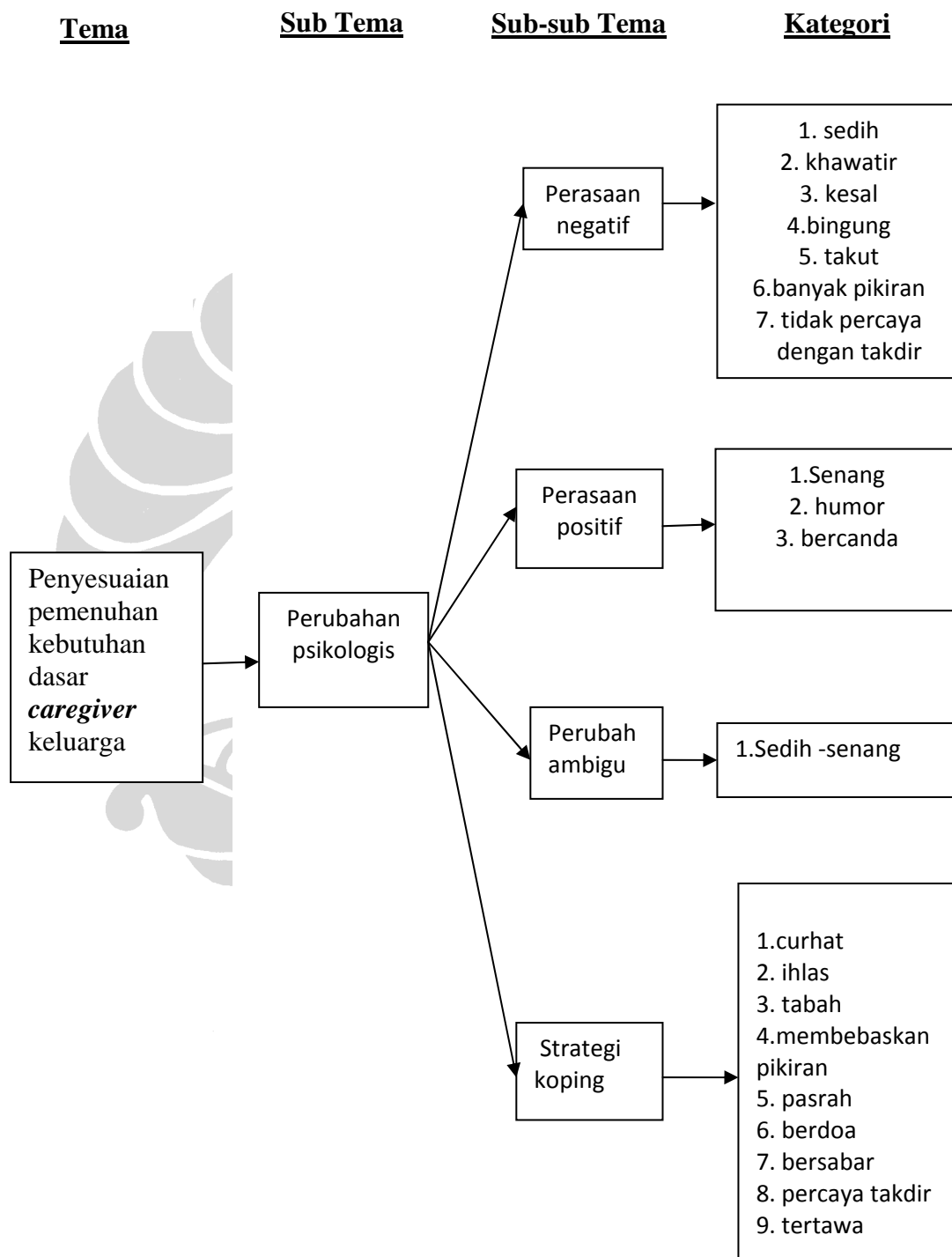
Skema 1.

Tujuan 1 : Diperoleh gambaran mengenai perubahan – perubahan yang terjadi pada *caregiver* keluarga selama merawat pasien dengan stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati



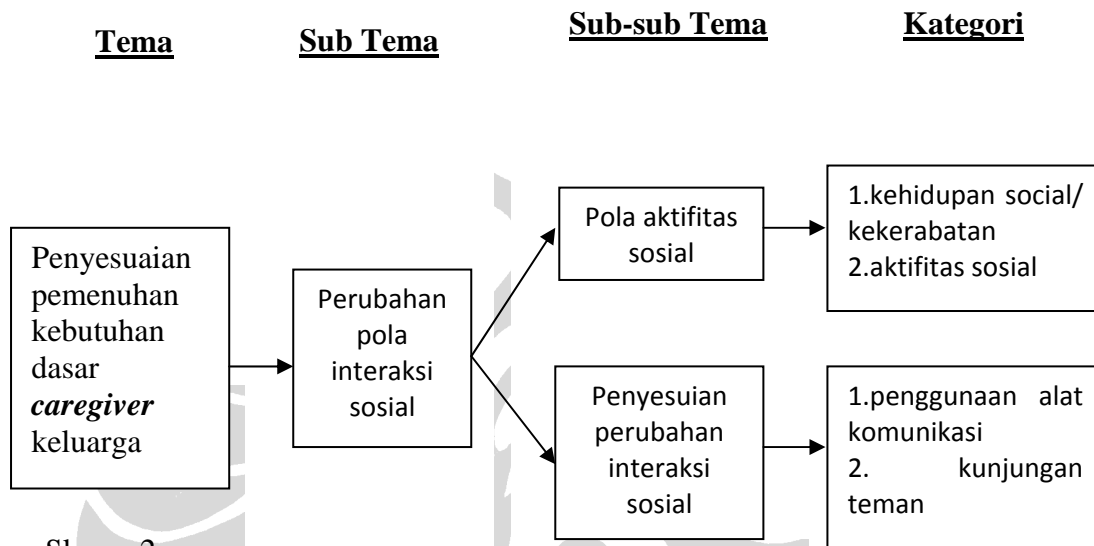
Skema 2.

Tujuan 1 : diperoleh gambaran mengenai perubahan-perubahan yang dialami oleh caregiver keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati



Skema 3.

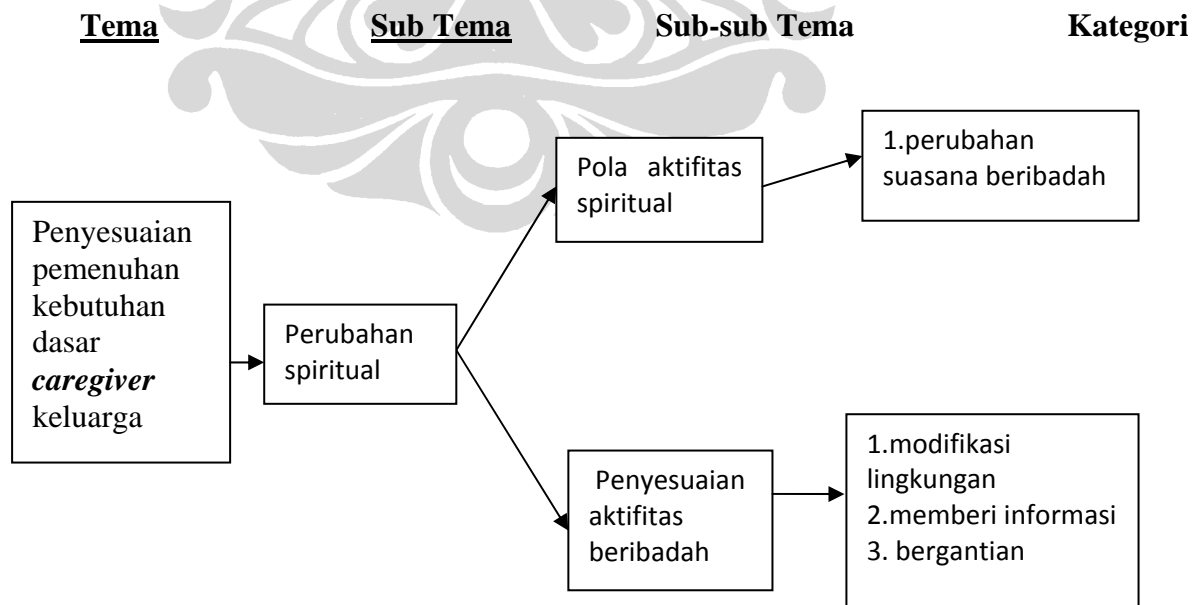
Tujuan 1 diperoleh gambaran mengenai perubahan-perubahan yang dialami oleh caregiver keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati



Skema 2.

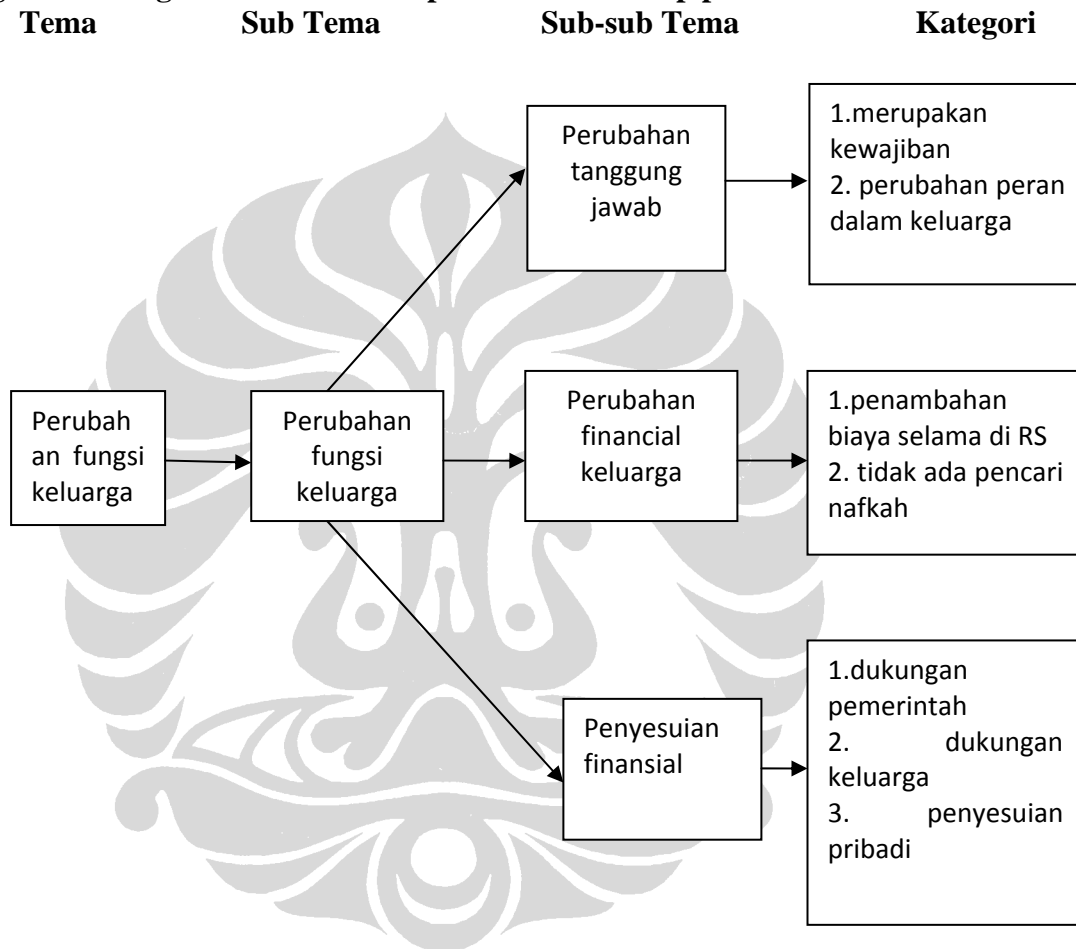
Skema 4

Tujuan 1 diperoleh gambaran mengenai perubahan-perubahan yang dialami oleh caregiver keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati



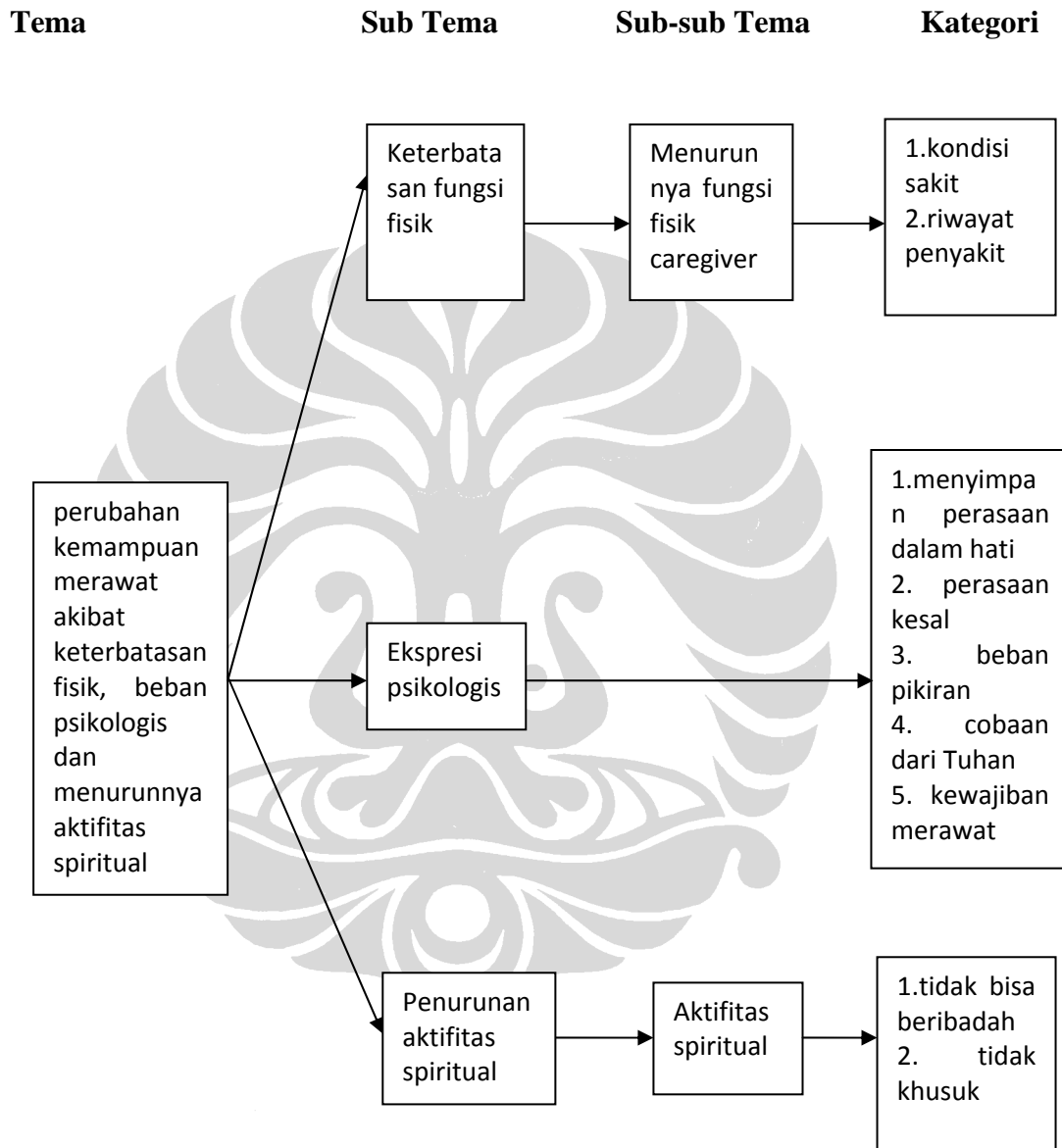
Skema 5

Tujuan 1 diperoleh gambaran mengenai perubahan-perubahan yang dialami oleh caregiver keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati



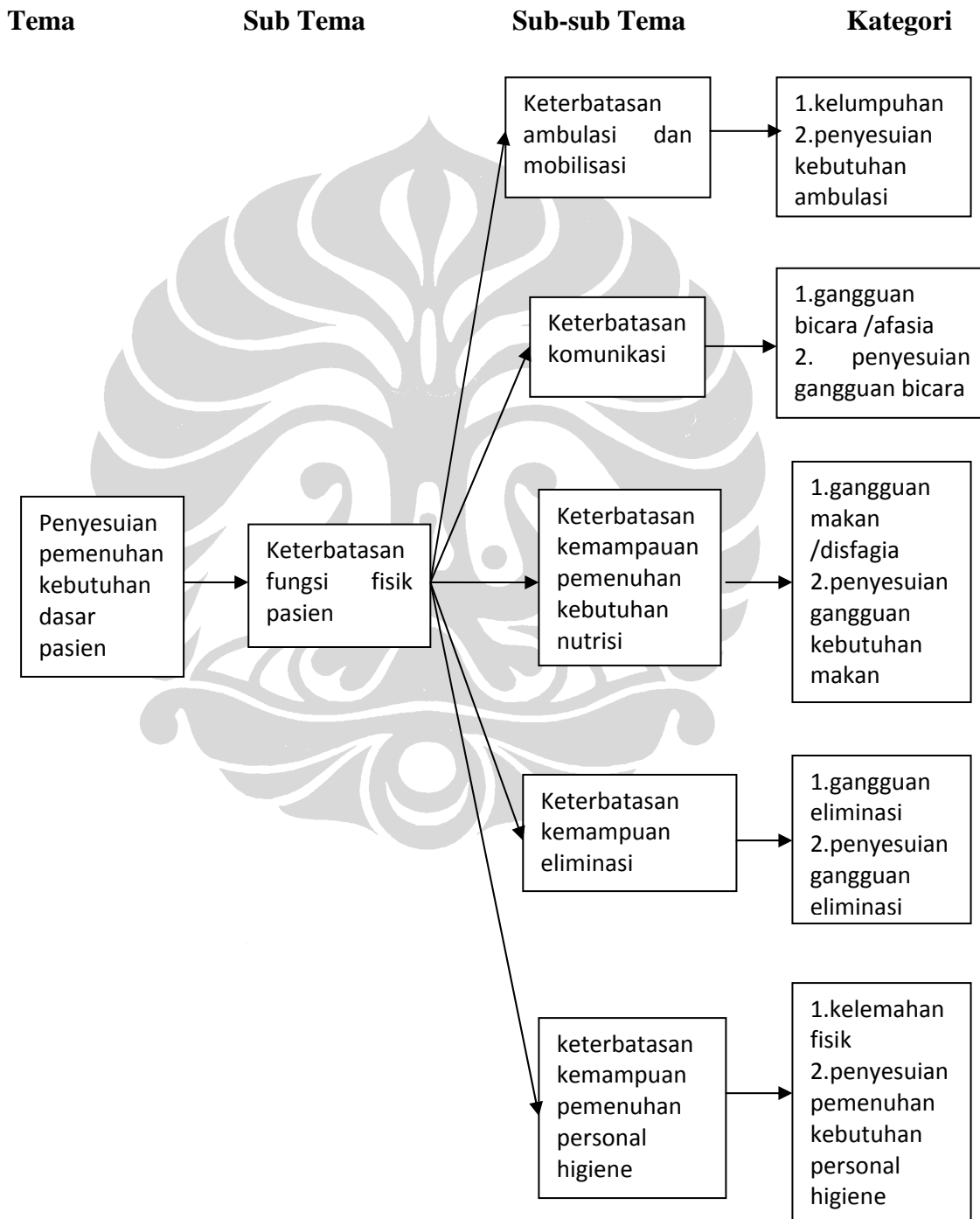
Skema 6.

Tujuan 2 ; Teridentifikasinya gambaran tentang dampak stroke terhadap aspek fisik, psikososial dan spiritual *caregiver* keluarga



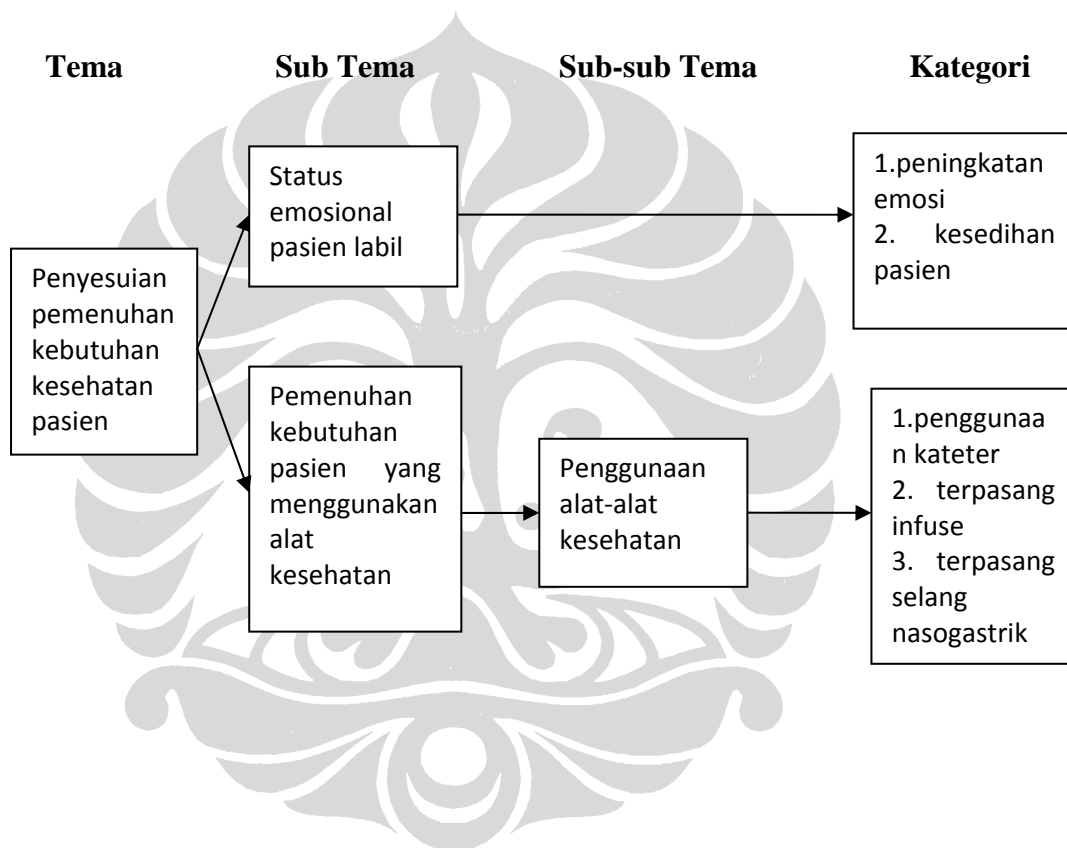
Skema 7

Tujuan 2 : Tereksplorasi gambaran tantangan yang ditemui *caregiver* keluarga selama merawat pasien dengan stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.



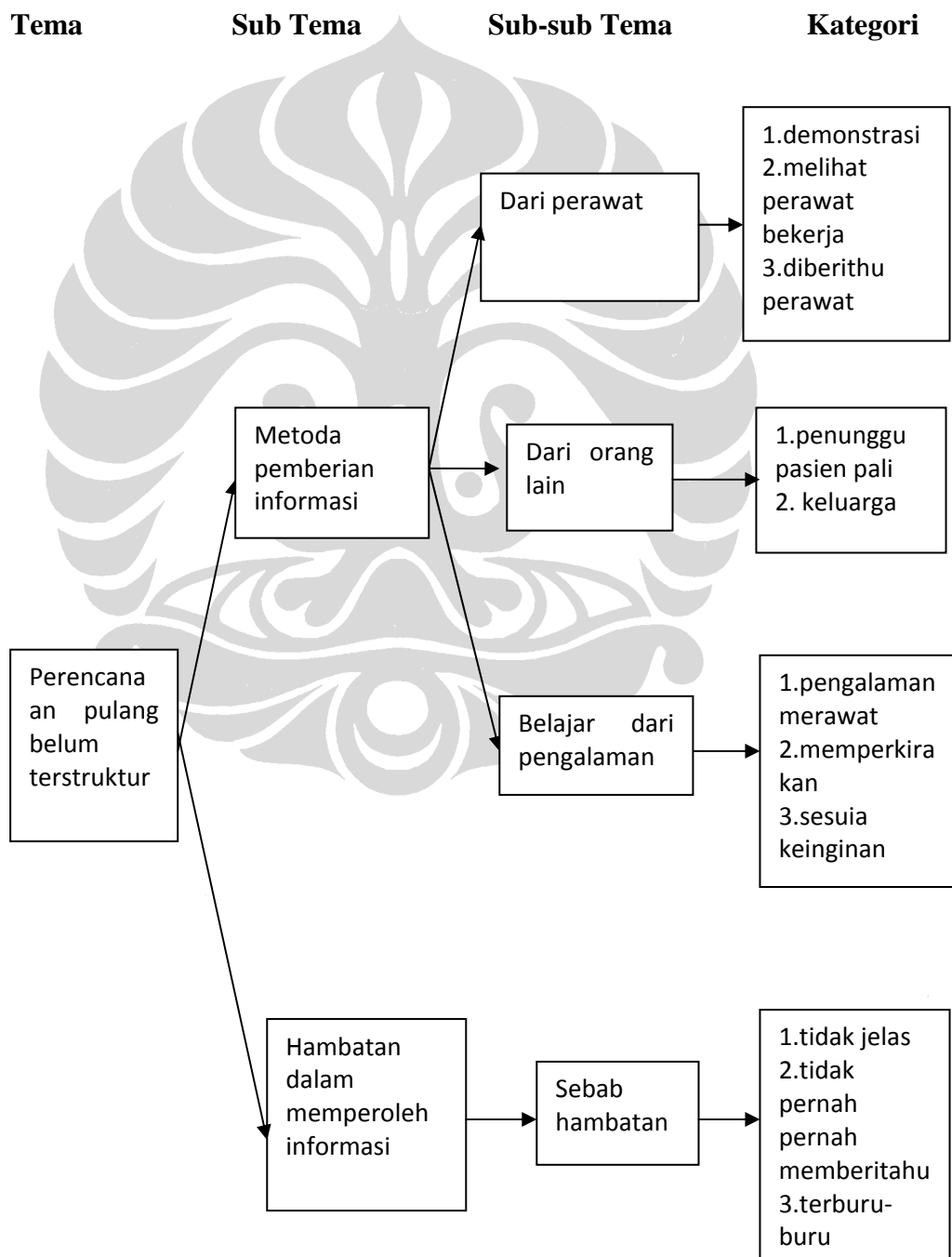
Skema 8.

Tujuan 3 : Tereksplorasi gambaran tantangan yang ditemui *caregiver* keluarga selama merawat pasien dengan stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.



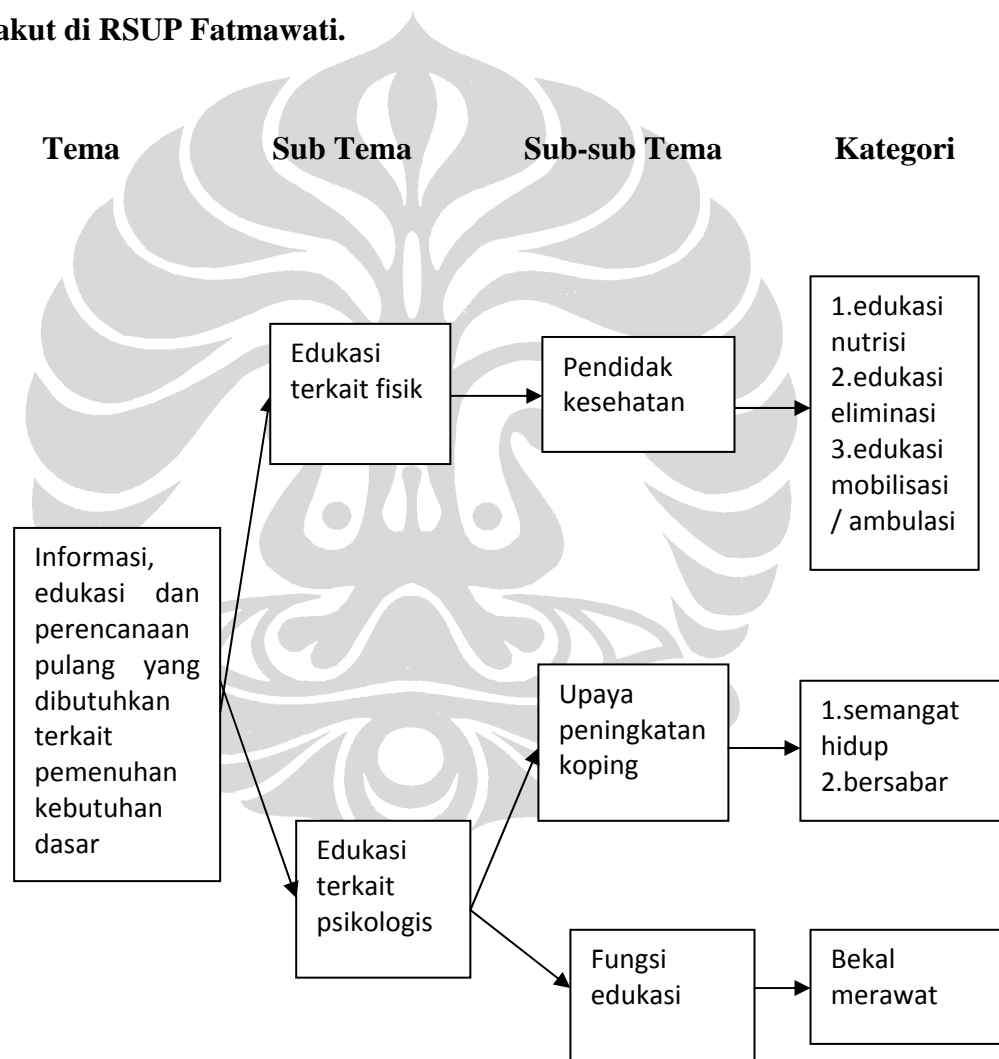
Skema 9

Tujuan 4 : Diperoleh gambaran tentang informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang telah diterima oleh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.



Skema 10

Tujuan 5 : Teridentifikasi kebutuhan informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang diperlukan oleh *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati.



Lampiran 8**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Winda Yuniarsih

Tempat tanggal lahir : Jakarta, 4 Juni 1976

Pekerjaan : Perawat

Alamat rumah : Jl. Taman Wijaya Kusuma II ujuang Nomor 3A,
Cilandak, Jakarta Selatan

Riwayat Pendidikan : SDN 04 Pagi Bintaro, Jakarta
SMPN 177 Bintaro, Jakarta
SPK Fatmawati, Jakarta
Akper Depkes RI Wijaya Kusuma, Jakarta
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Riwayat Pekerjaan : Staf Keperawatan RSUP Fatmawati, Jakarta 1994 -
Sekarang

Transkrip Verbatim P1

Nama : Ny I
Usia : 43 tahun
Pendidikan : SLTP
Hubungan : anak
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Nama pasien : Ny R
Usia : 65 tahun
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Diagnose : Stroke Hemorragie hari ke 13 (hemorragie dan fokal edema pada temporoparietal kiri dan basal ganglia kiri, herniasi sub falcine ke kanan)

Catatan Lapangan P1

Nama partisipan : Ny I	Kode partisipan : P1
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara :2 Juni 2010, pukul 13.00 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : <ol style="list-style-type: none">Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja)Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk meletakkan tangan dipangkuan, tersenyum.	

Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :selama wawancara berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, menundukan wajah atau menangis. Intonasi suara terdengar cukup baik, sekali-kali menggelap airmata yang keluar.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P1

No	Peneliti	Partisipan
1	Dapatkah ibu menceritakan perubahan – perubahan yang ibu rasakan selama ibu menunggu orang tua dirumah sakit?	Maksudnya sus?
2	Yang saya maksud, perubahan-perubahan yang terjadi pada diri ibu, yang ibu rasakan selama ibu menunggu orang tua dirumah sakit kurang lebih 2 minggu ini bu ?	Kalo itu mah ada sus, kaya kemaren, saya kepuskesmas, abis kepala saya pusing benget, eh engga taunya waktu ditensi, kata dokternya tensi saya rendah, Cuma 80 gitu.
3	Menurut ibu, apa yang menyebabkan pusing dan tensi yang rendah itu bu?	Abis, selama nunggu disini kan saya kurang istirahat sus, tidur sedapetnya, capeklah, rasanya masuk angin, makan engga teratur, makanya tensinya jadi turun.
4	Tadi ibu bilang, tidur sedapetnya, maksudnya gimana bu?	Ya kalo dirumah kan saya biasanya tidur siang, walaupun cuma sejam, kalo disini engga bisa, soalnya reme banget, banyak dokter, perawat, terus yang besuk juga banyak
5	Kalo tidur malem bagaimana bu? Ada perubahan engga?	Iya sus, keganggu juga, abis ACnya dingin banget sih, saya kan engga biasa pake AC dirumah, maklum orang kampung (tersenyum).

6	Jadi, berapa jam ibu dapat tidur malam selama menunggu orang tua dirumah sakit	Ya tergantung sus, kadang 3 sampe 4 jam, tapi pernah hanya 1 jam tidurnya, engga tentu sus.
7	Tadi ibu bilang selama dirumah sakit, pola makan ibu jadi engga teratur, menurut ibu apa yang menyebabkan hal itu terjadi	Sering engga napsu makan sus, selama disini, gimana mau napsu, kalo pas lagi makan, eh ada yang buang hajat, bau.
8	Hal apa lagi yang menyebabkan pola makan ibu jadi engga teratur?	Ya kadang karena makanannya engga cocok sama selera kita, maklum sus, selama nunggu orang tua disinikan, saya selalu beli makan dikantin, harganya mahal-mahal menurut kantong saya sus, jadi nyari yang murah deh, biar ngirit (tersenyum)
9	Bagaimana dengan kebutuhan yang lainnya bu, apa ada perubahan?	ya kalo mandi disini, engga bisa lama-lama, kan gentian ama yang lain, terus kadang engga ganti pakaian dalam, abis ponakan suka lupa mbawainnya, yang dibawa cuman baju doangan, maklum anak laki sus.
10	Terkait dengan kondisi orang tua, perasaan apa yang ibu rasakan sekarang?	Sedih banget sus, kan sebelumnya kita semua engga pernah ngeduga-duga bakal dapet musibah kayak gini ya, eh sekalinya kena penyakit langsung berat kaya begini, engga siap aja kita nerimanya
11	Memang sebelumnya orang tua tidak pernah mengeluhkan sakit apa-apa bu?	Engga sus, paling-paling pusing ama masuk angin aja, terus kalo dikerokin sama cucunya ya udah sembuh
12	Perasaan apa lagi yang ibu rasakan terkait dengan kondisi orang tua?	Ya saya khawatir sus, apa dia bisa kaya dulu lagi, emang sih umurnya udah tua, tapi kalo sakitnya engga bisa disembuhin, kita ngurusinnya kan repot juga ya sus, udah kaya bayi lagi, engga

		bisa ngapa-ngapain.
13	Jadi, ibu merasa sedih dan khawatir ya dengan kondisi orang tua?	Iya sus, walaupun kadang seneng juga disini, abis pasien yang disebelah orang tua saya lucu sih, jadi kita yang nunggu suka pada ngetawain.
14	Oh, jadi ada perasaan senengnya juga ya bu, coba ibu ceritakan tentang perasaan senang ibu selama menunggu orang tua disini	Ya, kalo lagi pada becanda, nggodain pasien yang disebelah ibu saya, trus kalo pas dokter terapi yang ngajarin ibu saya ngomong dateng, itu penunggu pasien lain pada ngegodain juga. Yah ada hiburan juga...
15	Kalo menyangkut hubungan sosial ibu bagaimana? Dapatkah ibu menceritakan perubahan-perubahan yang terkait dengan hubungan sosial ibu dengan orang lain?	Maksudnya sus?
16	Kan selama orang tua ibu sakit, udah sekitar dua minggu ya, ibu kan nunggu dan ngerawat orang tua dirumah sakit, bagaimana dengan hubungan ibu dengan tetangga dan saudara-saudara dirumah?	Kalo itu mah engga masalah sus, tetangga pada rajin ngebesuk kesini, apalagi sodara-sodara, pada suka nemenin saya jagain disini.
17	Bagaimana dengan kegiatan ibu sehari-hari, selama ibu dirumah sakit, mungkin ibu jadi engga bisa melakukan kegiatan yang biasa ibu lakukan dirumah ya?	Engga juga sih sus, orang saya cuman ibu rumah tangga biasa, engga punya kegiatan apa-apa, paling ikut pengajian dimajelis taklim, itu juga kadang –kadang kalo lagi engga ada halangan.

18	Bagaimana hubungan dengan suami dan anak-anak bu? Apa ada perubahan?	Anak-anak saya udah pada nikah semua sus, jadi engga ada yang tinggal dirumah lagi, kalo suami nauin banget kondisi orang tua saya, dia malahan yang nyuruh orang tua saya dibawa kerumah saya aja nanti kalo udah diijinin pulang sama dokter.
19	Oh, jadi nanti ibu juga ya yang akan mengurus orang tua dirumah?	Ya bagaimana lagi, saya kan anak yang paling tua, apalagi bapak udah engga ada, sodara-sodara saya yang lain juga masih pada punya tanggungan, jadi ya emang udah kewajiban saya sebagai anak untuk ngurus orang tua. Kalo anak anak saya engga bisa diharepin sus, mereka kan pada kerja, punya tanggungan masing-masing.
20	Bu, siapa yang menggantikan tugas ibu mengurus suami selama ibu berada dirumah sakit?	Suami saya mah bisa mandiri sus, kalo mau makan dia masak indomi atau beli diwarung, paling saya pulang cuman untuk nyuci sama nyetrikain baju aja
21	Jadi suami bisa ngurus dirinya sendiri ya bu?	Iya sus, saya juga disuruh nunggu disini sama suami, suruh berbakti katanya.
22	Jadi untuk hubungan sosial ibu dengan keluarga dan tetangga tidak ada perubahan ya bu?	Engga sus
23	Trus, bagaimana dengan kegiatan keagamaan ibu? adakah perubahan yang ibu alami terkait dengan kegiatan keagamaan selama ibu merawat orang tua dirumah sakit?	Ya itu sus, kalo mau sholat ngantri, tempat sholatnya kan kecil, jadi kita gentian, sholatnya jadi cepet-cepet, engga khusuk, karena ditungguin orang lain, engga bisa ngezikir lama-lama, engga enak aja sama yang lain
24	Bagaimana dengan kegiatan keagamaan yang lain bu?	Makudnya sus?

25	Kegiatan yang lain selain sholat bu, ada perubahan engga?	Ya kalo berdoa mah, terus-terusan sus, minta sama Yang Kuasa supaya diberikan kemudahan dan cepet diangkat penyakitnya (menangis). Saya kesian banget sus ngeliat ibu saya menderita begitu, doain ya sus, biar ibu saya cepet sembuh.
26	Bagaimana dengan aspek ekonomi, ada perubahan tidak yang ibu rasakan terkait dengan kondisi orang tua yang sakit	Untuk kebutuhan sehari-hari selama dirumah sakit sih saya engga begitu khawatir sus, ada aja rejekinya, dikasih sama sodara dan tetangga yang besuk, itu deh yang saya irit-irit untuk makan saya sama beli keperluan orang tua selama disini. Tapi yang saya khawatir gimana nanti kalo pulang, takut biayanya gede sus
27	Tadikan ibu sudah banyak menceritakan perubahan – perubahan yang terjadi pada diri ibu selama merawat orang tua dirumah sakit, sekarang, dapatkah ibu menceritakan dampaknya terhadap diri ibu?	Dampaknya gimana sus?
28	Tadi ibu bilang, selama ibu merawat orang tua disini, ibu jadi sering ngerasa pusing dan tensinya jadi turun, nah apakah keluhan itu berdampak terhadap kemampuan ibu dalam merawat orang tua disini?	Emang sih sus, rasanya badan saya engga karuan, tapi saya tetep harus nungguin orang tua, udah kewajiban, ya mudah-mudahan dikasih sehat aja deh, supaya bisa nungguin orang tua disini
29	Bagaimana dengan perubahan pola tidur dan pola makan ibu, apakah itu berdampak terhadap kemampuan ibu dalam merawat orang tua dirumah sakit?	Ya gara-gara engga nafsu makan ama kurang tidur, badan kan jadi lemes ya sus, ya kadang saya elapin seperlunya aja, sebisa kemampuan saya.
30	Maksudnya bu?	Kan ibu saya lumpuh sus, jadi berat banget kalo miring-miringinnya, ya mau ngelapin belakangnya kan harus dimiringin dulu, kalo saya lagi kurang enak badan ya saya engga elap

		belakangnya.
31	Bagaimana dengan perasaan sedih dan khawatir yang ibu rasakan selama ini, apakah itu berdampak terhadap perawatan yang ibu lakukan untuk orang tua	Engga ada sus, ya saya pasrah aja, itu semua kan cobaan dari Alloh, ya harus kita jalani dengan ihlas kan sus,...
32	Bagaimana hubungan ibu dengan keluarga dan tetangga, apakah ada dampak yang ditimbulkan karena ibu selalu berada dirumah sakit?	Kalo hubungan sama tetangga sih engga ada masalah, tapi kalo hubungan keluarga, ya emang saya yang harus ngerawat orang tua disini
33	Apa sebabnya harus ibu yang ngerawat orang tua disini?	Ya, yang lain kan laki, anak saya kerja, saya engga bisa kan kalo engga nungguin
34	Kemudian tadi kata ibu sholat jadi suka keburu-buru, ada engga dampaknya untuk ibu?	Ya ada, suka satu itu engga sholat (tertawa), satu waktu engga sholat
35	Karena apa bu satu waktu engga sholat?	(tertawa) aduh badannya lemes udah, kaki rasanya pegel, jadi kelupaan engga sholat, satu waktu jadi ilang dah, ashar gitu.
36	Untuk dengan masalah biaya, ada engga dampaknya ? masalah ekonomi, misalnya selama disini biaya yang keluar atau tidak ada masalah sama sekali?	Ya engga ada masalah sih. Cuman yang saya iniin, yang saya khawatirin nanti waktu pulangny doang. Apa mahal apa engga, gitu doing
37	Jadi ibu khawatir masalah biaya ya bu?	Iya masalah biaya aja
38	Bagaimana dengan kebutuhan-kebutuhan selama ibu menunggu dirumah sakit?	Kebutuhan apa itu maksudnya?
39	Ya kebutuhan untuk diri ibu sendiri selama disini, juga kebutuhan untuk pasien selama disini	Kalo untuk itu, Alhamdulillah sih bisa kejangkau gitu,

40	Jadi untuk masalah biaya disini ibu tidak khawatir ya?	karena yang ngokokin kan banyak, rejeki ibu saya kan ada, ya Alhamdulillah ada aja, ya untuk beli pampers, untuk ini, untuk itu, ya ada aja, Alhamdulillah
41	Jadi yang dikawatirkan hanya biaya untuk pulang saja ya bu?	Ya, mudah-mudahan nanti waktu pulang biayanya enggak begitu gede gitu. Itu aja yang saya khawatirin
42	Sekarang, dapatkah ibu menceritakan hambatan-hambatan yang ibu temukan selama merawat bapak dirumah sakit?	Hambatan, maksudnya apa ya sus?
43	Misalnya, tadikan ibu bilang tidak ada biaya, khawatir nanti waktu mau pulang, nah, apakah itu menjadi kendala ibu dalam merawat orang tua?	Ya iya lah , ya adik saya , ya saya, kan bukan saya doing sendiri, ada ade saya, kita semua mikirin masalah biaya
44	Bagaimana dengan kondisi fisik orang tua ibu? Tadi kan ibu bilang, orang tua ibu enggak bisa ngomong, kemudian lumpuh, apakah ibu merasakan itu sebagai suatu hambatan sehingga ibu susah untuk merawat orang tua ibu?	Ya waktu baru-baru sih emang susah, baru-baru, tapi ya..., pas saya iniin...
45	Menurut ibu karena apa susahnya?	Ya berat kan orang setruk (tertawa), maksudnya waktu mau mandiin, kan susah, guling-gulingin dia kesana, kesini, kalo digulingin kesini, ada itunya, ada alat pipisnya, kalo digulingin kesebelah sana, tangannya diiket, karena dia mau nyabut ini terus (menunjuk kearah hidung)
46	Maksud ibu selang makannya?	Iya, selang makannya, itu yang saya rasa berabe, kayanya gimana gitu

47	Kalau dengan kondisi ibu yang tidak dapat berbicara? Apakah itu menjadi hambatan ibu dalam merawat orang tua?	Ya engga sih, cuman kalo saya ngomong, dia kayanya mau nyaut aja gitu dia
48	Jadi bagaimana ibu bisa mengerti apa yang dimauin oleh sipasiennya?	Ya dari tangan gitu ya, kalo dia kayanya pup gitu ya, itunya digini-giniin (tangan kiri memegang perut) ya kemulnya gitu dibuka-bukain, ya berarti dia buang air.
49	Apakah itu ibu rasakan menjadi halangan ibu dalam merawat orang tua?	Engga sih, engga jadi halangan, emang udah tugas
50	Kemudian tadi ibu bilang, karena ibu nunggu disini, ibu jadi cape, lelah, tensinya turun, hal itu menjadi hambatan engga untuk ibu dapat merawat orang tua?	Engga – engga,.. syukurnya itu cuman seharilah saya sakit, saya buru-buru bawa kepuskes kan , jadi untung ada perubahan, kayanya badanya enak nih, udah engga pusing lagi, berarti mungkin tensi darahnya udah normal.
51	Kemudian ini bu, tadi ibu tadi bilang, ibu sering sakit kepala, kemudian tensinya turun, susah makan, bagaimana caranya ibu melakukan penyesuaian terhadap hal tersebut atau agar hal itu tidak terjadi lagi?	Ya udah, sekarang suami saya ngingetin, kalo dia makan sarapan, mau kerja, saya disuruh bareng gitu, makan dulu, “makan dulu, biar besok engga begitu lagi”, kata suami saya
52	Kalo untuk pusing dan kecapeannya, bagaimana cara ibu mengatasinya?	Ya kalo lagi pusing gitu, paling ya apa ya,.. tapi engga sih sekarang mah, langsung saya minum obat, ya langsung ilang sih pusingnya
53	Jadi mengatasinya dengan minum obat ya bu?	Iya, saya minum obat
54	Dapat obatnya dari mana bu?	Ya dari puskesmas, dapet dari puskesmas

55	Jadi kalau ibu merasa pusing ibu kepuskesmas ya bu	Iya, kalo saya pusing saya kepuskesmas, tapi alhamdulillah, obatnya udah abis, kan udah dua hari apa tiga hari tuh, pusingnya udah ilang, disuruh balik lagi sih, tapi saya belum sempet, nunggu orang tua disini.
56	Kemudian tadi ibu bilang, kondisi orang tua kan lumpuh, susah ngomong, bagaimana ibu menyesuaikan diri dengan kondisi tadi dalam merawat orang tua? Kn ibu bilang miring-miringnya susah tuh, nah bagaimana ibu tetap bisa merawat orang tua?	Ya saya buka,...
57	Apanya yang dibuka bu?	Iketannya, cuman saya ngomongin, saya bisikin “ jangan buka-buka selangnya ya, dielapin dulu” gitu, saya bisikin, ya mungkin dia ngerti lah, engga buka iketannya
58	Nah waktu ibu mau balikin, badannya berat, bagaimana ibu mengatasinya?	Ya kalo kemaren-kemaren ada kakak saya yang laki, jadi minta bantuin dia.
59	Jadi dibantu dengan orang yang lain ya bu?	Ya dibantu ama kaka saya yang laki, sama orang lain yang lebih kuat, kalo sendirikan engga mungkin lah
60	Trus tadi ibu bilang ibu sering merasa sedih, kadang juga jengkel, apa lagi disini udah 13 hari ya bu, bagaiman ibu mengatasi hal itu?	Ya saya suka ketawa-ketawa aja disitu, (tertawa) sama yang nunggu-nunggu tuh
61	Memangnya ada apa bu, kok tiba-tiba tertawa?	Ya cerita-cerita yang lucu deh, itu pasien yang pendek kan lucu, dia suka ngomong melulu, saya jadi suka ketawa, jadi ilang deh sedihnya, ya itu satu ruangan ada yang lucu-lucu, ya pasien yang jantungan itu, yang didepan ibu saya, dia kan lucu juga, ya itu satu

		ruangan ada yang lucu-lucu, jadi ilang aja udah, aturan saya mau pulang buru-buru jagi engga kepengen pulang (tertawa)
62	Jadi walaupun ada rasa sedih, tapi ada seneng nya juga ya bu?	Ya sus, walaupun ada rasa capek, tapi ada penghiburannya juga
63	Kemudian untuk masalah biaya, tadi ibu bilang takut dan khawatir biayanya mahal, nah, bagaimana ibu mengatasinya?	Ya itu sih kan pake surat keringanan, ya walaupun saya engga ngerti, kan yang ngurus ade saya. Ya mudah-mudahan itu bisa ngebantu, gitu aja sih
64	Untuk masalah kegiatan keagamaan, ibu tadi bilang selama disini, kalo sholat susah, karena tempatnya kecil,	Iya kurang khusuk gitu,...
65	Nah, bagaimana tuh ibu mengatasinya?	Ngatasinnya? ya saya nunggu sepi dulu, kalo saya liat lagi penuh, ya antri, ada yang lagi diri, ya diluar. Tapi beberapa hari ini, sebelum kamar penuh, saya sholat dideket tempat tidur yang kosong, saya sholat disitu
66	Jadi cari tempat yang lain untuk sholat ya bu?	Iya sus, cari tempat yang lain yang bisa.
67	Selama ini kan ibu sudah ngerawat orang tua, ya mandiin, segala macam, dari mana ibu belajar caranya?	Engga dari mana-mana, sendiri aja, ya pertama-tama kan muka saya elap, ya dari pengalaman saya waktu mandiin anak, kalo misalnya anak sakit, ya bayi, itu kan dari muka dulu saya elapin, trus pipi keatasin , kuping, leher, badan, tangan, ketiak, ya gitu
68	Trus untuk ngebantuin buang air besar dan buang air kecil, ibu belajarnya dari siapa?	Buang air besar bapak, eh ibu, engga belajar dari mana-mana, ya sendiri aja, pengalaman sendiri aja
69	Kemudian untuk ngasih makan? Saya lihat orang tua ibu makannya pake selang? Siapa yang ngasih makannya?	Saya.

70	Siapa yang ngajarin ibu cara ngasih makan?	Adek saya, adek saya yang perempuan
71	Dia taunya dari mana bu?	Dia diajarin sama suster, lagi diruang haiker kan, katanya “cara ngasih makannya begini ya bu”
72	Nah, selama ibu disini, sudah kurang lebih tiga belas hari ya bu, pernah tidak ada perawat yang ngasih tau ibu atau ngajarin ibu cara segala hal mengenai cara merawat orang tua?	Engga
73	Untuk segala hal bu?	Engga sus
74	Kalo ngasih tau, misalnya... tentang apa?	Kalo ngasih tau sih iya, paling perawat yang kecil-kecil itu, ya dia nawarin, “ bu saya aja deh yang mandiin”, saya bilang “biar ibu aja”, kata dia “ ya udah entar saya liatin ya bu, ibu bisa engga”, ya udah liatin
75	Selain itu ada engga bu, misalnya cara ngasih makan yang bener., posisinya?	Engga..
76	Kalo ngasih tau kapan waktu makan?	Kalo waktu makan dikasih tau, tapi cara-caranya engga dikasih tau
77	Kemudian untuk cara nolongin buang air gimana?	Itu juga engga dikasih tau, dari pengalaman aja
78	Kalo untuk ngelatih-ngelatih sendi dan ototnya itu?	Nah kalo itu ibu belum sempet ngelatih-ngelatih, katanya pagi aja, ya ama dokter aja.
79	Jadi belum pernah ada yang ngasih tau ibu ya cara ngelatih ototnya?	Belum ada sus, ya cuman ade saya yang laki sus, kalo dia datang ya dia yang ngelatih
80	Dia taunya dari mana tuh bu, cara ngelatihnya?	Ya waktu itu, tetangga ibu saya penunggu pasien yang sebelah ibu saya ngebilangin “bang-bang, itu kata dokter itu, harusnya tangannya digituin, kakinya diginiin”, gitu dikasih taunya sama

		ibu yang udah tua, yang sakit jantung, eh yang sakit darah tinggi, dia yang ngasih tau, “bang-bang, kata dokternya gitu, oh iya”, gitu.
81	Kalo untuk miring-miringnya, itu ada yang ngasih tau engga caranya? Terus pentingnya harus miring-miring?	Iya, ada sih suster yang ngasih tau, “sering-sering miringin ya ibunya ya bu”, tapi cuman ngasih tau doang, engga ngajarin caranya
82	Nah, tadikan ibu sudah bilang bahwa perawatnya engga ada yang ngajarin. Nanti kedepannya kan ibu yang ngerawat, engga disini terus...	Ya, sus ya,... akan pulang kerumah...
83	Nah, apa yang ibu harapkan kepingin diberikan oleh perawat, pengetahuan tentang cara merawat yang seperti apa yang ibu inginkan?	Ya cara apa ya,..(tertawa)
84	Misalnya ibu merasa kayanya saya ingin nih diajarkan cara mandiin yang bener, cara minum obat, supaya ibu bisa merawat dirumah?	Ya, kepengennya sih dikasih tau cara ngasih makan, apa kalo tiduran engga apa-apa, cara duduk yang bener gitu, efek sampingnya kalo makan sambil tiduran apa boleh apa engga, trus apa posisinya harus duduk, pengen taunya gitu aja
85	Kemudian yang lainnya ada tidak yang ibu ingin tau diberikan oleh perawat?	Ya, pengen tau juga, apa kalo tidur tangannya boleh ketindihan atau engga, boleh apa engga lama-lama kita miringin
86	Jadi cara untuk miring-miringnya ya bu ya?	Iya sus
87	Bagaimana komunikasi perawat, cara ngomongnya perawat waktu ngasih tau keibu, apa hanya kalo ditanya saja, atau mau ngejelasin gitu?	Ya perawatnya sih ama saya baik, kadang engga pake saya nanya juga dibilangin, dijelasin

88	Hal apa lagi yang ibu harapkan diberikan oleh perawat atau petugas kesehatan agar ibu dapat merawat orang tua dengan baik?	Ya, kepengennya apa ya,..., maksudnya kepengen apa ya?
89	Maksudnya ibu kepengennya misalnya perawatnya melakukan ini, dokternya melakukan ini, atau apa begitu?	Ya kepengennya saya dibilangin “kalo udah dirumah nih begini nih bu caranya,.. diajarin deh, ya untuk dokternya saya kepengennya dikasih tau, ya waktu pulang, “yang engga boleh yang ini bu,..”, diingetin, saya pengennya gitu, “ engga boleh ini bu, seharusnya begini,..”, pengennya sih begitu saya, jadi ada bekal dirumah cara ngerawat orang tua saya. Untuk masalah administrasi pengennya dimudahin, dimurahin
90	Sudah pernah belum ada yang memberi tahu ibu cara mengurus administrasi?	Belum sus, belum pernah, tapi mungkin sama adek saya yang ngurusin, saya engga ngurusin masalah itu, saya cuman ngerawat
91	Masih ada lagi yang ingin ibu ceritakan atau ibu sampaikan?	Ya saya sih ngucapin makasih aja sama juru rawatnya, sama dokternya, udah nganuin orang tua saya, ya udah ngerawat, udah meratiin, ya mudah-mudahan aja rumah sakitnya makin bagus ya, makin sukses, perawatnya makin pinter-pinter, saya doain begitu aja sus.

Transkrip Verbatim P2

Nama : Ny M
Usia : 55 tahun
Pendidikan : SD
Hubungan : Istri
Pekerjaan : pedagang
Nama pasien : Tn A
Usia : 59 tahun
Pekerjaan : pedagang
Diagnosa : Stroke Hemorragie hari ke-16 (ICH dibasal ganglia kanan)

Catatan Lapangan P1

Nama partisipan : Ny M	Kode partisipan : P2
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara : 7 Juni 2010, pukul 14.30 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : <ol style="list-style-type: none">Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja)Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk meletakkan tangan dipangkuan, tersenyum.	

Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :selama wawancara berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, menundukan wajah atau menangis. Intonasi suara terdengar cukup baik.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P2

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat sore bu, saya Winda. Bapak sudah dirawat lebih dari sepuluh hari ya bu? Ibu juga saya lihat ibu selalu menunggu bapak disini ya bu? Sudah lebih dari sepuluh hari ya bu bapak disini	Iya sus,...
2	Nah karena ibu selalu menunggu bapak, engga pulang-pulang ya bu, ada engga sih perubahan-perubahan yang ibu rasakan pada badan ibu sendiri, ya, yang tadinya dirumah, sekarang ibu dirumah sakit, nungguin bapak, ngerawat bapak, ada engga perubahan yang ibu rasakan didiri ibu sendiri?	Ya lelah he eh,...
3	Selain itu bu?	Ya cape,..
4	Apa lagi yang ibu rasakan?	Pusing juga mikirin penyakit bapak
5	Pusing mikirin penyakit bapak ya bu,..	Iya,...
6	Bagaimana dengan kebutuhan istirahat tidur ibu? Ada engga perubahannya?	Ya istirahat tidur sendiri terus terang aja kurang,..
7	Kurangnya yang bagaimana bu?	Ya biasanya kalo siang kan saya tidur, kalo dirumah, disini kan engga bisa,..
8	Berapa lama biasanya ibu tidur kalo	Ya biasanya paling dikit dua jam, kalo disini kan engga bisa tidur

	siang dirumah?	siang
9	Kenapa disini tidak bisa tidur siang bu?	Ya tidurnya kan dimana?, didalam kan engga boleh, engga ada tempatnya,..
10	Kalau malam bu bagaimana?	Kalo malam juga tidurnya terganggu ya, kan bapak sebentar minta minum, sebentar minta kencing
11	Jadi ibu sebentar-bentar mesti kebangun ya karena ngurusin bapak ya?	Iya
12	Kemudian, bagaimana dengan makan ibu, kalo dirumah mungkin ibu masak sendiri, kalo disini bagaimana?	Ya, makannya beli dikantin
13	Tapi ada tidak ibu merasa perubahannya, ya mungkin karena makan harus beli dikantin?	Kalo makan sih engga masalah, seleranya sih cocok-cocok aja
14	Jadi untuk masalah fisiknya ibu tadi merasakan cepek, pusing, lelah, kemudian istirahatnya jadi kurang ya bu?	Iya sus
15	Tapi kalo makan ibu merasa tidak ada masalah ya bu?	Ya engga masalah lah, ada dikantin, yang mana saya kepengen ya ada, gitu.
16	Apa lagi yang ibu rasakan, mungkin kebutuhan yang lain, mandi misalnya, ketika dirumah kan rumah sendiri, nah disini, mungkin ada yang ibu rasakan yang lain?	Engga, mandi juga engga masalah, sholat juga enak, tempatnya ada.
17	Kalo untuk perasaan, tadikan masalah fisik ibu, ibu rasanya cape, lelah, pusing, kalo perasaan, ada engga yang ibu rasakan berubah?	Perasaan ya emang terbagi terbagi, ya mikirin anak juga dirumah ya,..

18	Ibu punya anak berapa?	Anak saya kan lima, yang tiga udah berumah tangga, yang dua yang bontot ama yang laki satu, tapi yang laki satu kan sakit juga, setres (tampak sedih).
19	Sakit dirumah bu?	He eh, makanya harus minum obat, kalo engga minum obat dia bengong, kadang ngamuk kalo lupa ngasih obatnya, makanya anaknya saya pesan, kasih obatnya pagi dua, sore tiga, sama obat tidurnya, kadang tuh anak lupa mulu, jadi kadang bapaknya nelfon kesama, “adenya udah dikasih obat belum?”, kadang lupa, ya itu...
20	Jadi ibu rasanya pikirannya kebagi ya bu, antara mikirin rumah,... ?	Iya, ya mikirin dirumah, mikirin disini bapak, kan kita mikirin bagaimana penyakitnya? Separah apa gitu? Ternyata emang parah deh, waktu dikasih keterangan sama dokter tadi, katanya emang parah ginjalnya sama kepalanya harus dioperasi, kan mikirin juga biayanya, sedangkan ini, untuk biaya ini aja lagi bingung, apalagi itu yang lebih besar lagi ya? Ya Allah, saya juga bingung...
21	Jadi pikirannya terbagi ya bu, selain itu, apa lagi yang ibu rasakan? Ya rasa sedih atau bagaimana?	Ya sedih pasti sedih ya, apa lagi bapak, kalo saya ya walaupun nangis tapi engga keluar air mata, bapak yang nangis terus, setiap kali diomongin penyakitnya dia nangis, saya jadi makin sedih, tapi air mata sih engga bisa keluar kalo saya sih
22	Kemudia apa lagi yang ibu rasakan, mungkin ada rasa khawatir apa begitu?	Kawatir juga sih...
23	Hal apa yang ibu khawatirkan?	Kawatirnya ya mikir gini ya, kemarin juga saya bengong, Ya Allah, seandainya engga ada

		<p>bapak, saya bagaimana gitu ya, kalo ikut anak engga enak kan ya, (meneteskan air mata) enakan sama bapak, kalo sama bapak, biar bagaimana suami kita cerewat, atau galak, atau bagaimana, ya enakan ama suami, ya dari pada tinggal ama anak, ya mikir saja jauh kesana jadinya, ya namanya suami sakit menghawatirkan ya,..</p>
24	<p>Jadi ibu kepikiran ya kalo bapak tiba-tiba diambil sama yang Kuasa ya?</p>	<p>Iya, gitu, bagaimana, mana anak saya ada yang sakit tuh yang satu, bagaimana kalo lupa kasih obat dia ngamuk</p>
25	<p>Selain itu perasaan apa lagi yang ibu rasakan, perasaan apa lagi yang ibu rasakan?</p>	<p>Ya emang keadaan saya susah, rumah saya malah berantakan kaya begini, engga mikirin rumah dah saya bilang, saya mati juga engga bawa rumah, emang rumah saya berantakan banget dok, dari puskesmas juga dateng meninjau rumah saya, dibidang rumah saya kumuh (tertawa)</p>
26	<p>Jadi selama engga ada ibu, engga ada yang beresin rumah?</p>	<p>Iya engga ada, nyapu juga engga, ada anak saya yang satu juga sibuk, anak saya yang nomor dua ya ngajar, ya sekolah SD, gajinya kecil</p>
27	<p>Jadi ibu kepikirannya karena mikirin bapak juga sakit disini, mikirin anak juga, gimana obatnya, juga mikirin rumah siapa yang ngurusin?</p>	<p>Iya, kadang saya kalo pulang tuh, ya saya sesekali pulang, Ya Alloh, kamar mandi sampe lumutan (tertawa), engga ada yang nyikatin, saya khawatir kalo jatuh gitu, jadi kalo saya pulang saya langsung nyikatin kamar mandi. Ya namanya juga orang kaya gini, kalo orang kaya sih engga ada masalah, banyak duitnya, ya dok ya, banyak nyuruh orang juga kita upahin</p>

		gampang, keadaan kaya begini, suami sakitnya berat juga, menghawatirkan banget
28	Selain itu ada lagi engga perasaan yang ibu rasakan?	Rasa apa ya, engga ada lagi
29	Kemudian kalo dirumah kan kehidupan bertetangga, ibu dekat dengan saudara, dekat dengan tetangga, mungkin ibu bisa melakukan kegiatan-kegiatan apalah dirumah, nah selama disini kan ibu jadi nungguin bapak tuh dirumah sakit, ada engga perubahan yang ibu rasakan?	Iya, emang engga ikut ngaji jadinya. Kan biasanya Sabtu, Jumat, Selasa kan pengajian, terus arisan, jadi engga ikut arisan, ya arisan keluarga, arisan RT, ya jadi karena nungguin bapak, ya gimana
30	Jadi kegiatan dirumah juga jadi keganggu ya bu ya?	Iya terganggu
31	Tapi bagaimana hubungan ibu dengan keluarga, dengan tetangga-tetangga?	Ya baik-baik aja sih, engga pernah punya masalah sih dengan tetangga, ama saudara juga akur, semua juga udah pada dateng sih saudara
32	Jadi engga ada masalah ya bu?	Engga ada masalah
33	Bagai mana dengan kegiatan spiritual, kegiatan keagamaan ibu, ya mungkin misalnya dirumah ibu bisa sholat, ngaji dengan enak, bagaimana disini, ada engga perubahannya dengan disini	Ya ada perubahan, dirumah ya saya kan arisan keluarga, setiap bulan itukan harus khatam Al-Qur'an, saya dapat lima juz, dirumah saya udah dapet empat juz, tinggal satu juz, karena saya disini tertunda, jadi kurang satu juz lagi. Tapi seandainya sekarang bapak pulang, masih bisa sih, satu minggu ya satu juz selesai gitu
34	Kalo kegiatan sholat, atau yang lainnya gimana?	Sholat ya sholat, cuman kan kita kalo biasanya abis sholat wirid gitu ya, disini kan kalo kita mau wirid kan yang lainnya pada nunggu, pada mau sholat juga, antri ya, jadi engga wirid, cuman baca Allohuma Antasalam aja ya

		udah, ya kan gentian ya sholatnya
35	Sholatnya jadi engga bisa berlama-lama ya bu?	Iya, engga bisa lama-lama, biasanya kalo abis sholat, sayakan ngaji dua ampe tiga ain ya, disini boro-boro, wirid aja kita engga
36	Ya bu, kemudian tadi ibu udah cerita banyak perubahan-perubahan yang terjadi, mulai dari perubahan fisik, kecapean, ada engga dampaknya terhadap kemampuan ibu dalam merawat bapak?	Dampaknya?
37	Akibatnya, kalo misalnya ibu lagi cape, ada engga akibatnya dalam merawat bapak?	Ada, kalo lagi kebanyakan diri, kaki saya jadi bengkak, makanya saya suka duduk dibawah, nyelonjor, supa kaki saya engga bengkak, itukan saya suka nyelonjor dibawah, menghindar supaya kaki saya engga bengkak, kalo duduk begini aja nih nungguin bapak (menegakan posisi duduk) kan kakinya ngegantung, bengkak, sendalnya sampe sempit, makanya saya e... duduk dibawah
38	Selain itu, ada tidak dampak yang lainnya, misalnya karena kondisi ibu yang seperti itu, ibu jadi kesulitan merawat bapak? Mungkin dalam hal apa?	Kesulitan ya kalo dia mau BAB kekamar mandi ya saya engga bisa angkat
39	Karena apa bu?	Ya kan badan lemes, saya engga kuat, dia kan berat kalo nuntun kekamar mandi
40	Jadi karena ibu lemes, ibu engga kuat ya bawa kekamar mandi?	Iya, minta tolong deh ama tetangga, ada anak laki, tuh dia deh yang nolong
41	Selain itu ada lagi engga kesulitannya?	Ya kalo ditempat tidur kalo pake pispot dia engga mau, engga keluar buang airnya (tertawa)

42	Jadi harus dibawa kekamar mandi ya bu?	Iya, kan berat, karena lumpuhnya ya, makanya saya sulit banget. Kadang saya nelpon mantu saya, mantu saya dateng, diangkat aja ama mantu saya. Nih mantu saya lagi sibuk dirumah, jadi tetangga disebelah bapak, tuh ada satu tuh anak laki tadi, jadi minta tolong ama dia
43	Kemudian kalo untuk aspek perasaan ibu, ibu tadi merasa sedih, merasa khawatir, ada engga dampaknya, jadi ibu waktu ngerawat bapak gitu, mungkin ada dampaknya, akibatnya waktu ngerawat bapak, karena perasaan sedihnya itu?	Ah, kalo saya mah, kalo perasaan saya susah, sedih, saya buang begitu aja, sesaat aja, cuma sesaat, sesudah itu saya bebasin, kan saya pikir engga ada untungnya, malah saya nanti tambah sakit, gitu kan, kalo mikir terus-terusan, sesaat kalo lagi mikir susah ya segitu aja, udah gitu saya lepas, biar lega ini dada saya gitu. Saya dari dulu sifat saya begitu, makanya, engga seperti bapak, bapak kalo udah ada pikiran susah, dia terus mikirin
44	Dampaknya malah dibapak ya bu ya?	Iya itu malah jadi tambah sakit, udah aja lepas, kan manusia semua juga pasti punya masalah, punya penderitaan, punya cobaan ya dari Alloh ya, dicoba, diuji, tuh pasti punya. Tapi kita jangan larut, kalo saya sih bisa, tapi kalo bapak engga bisa, dia mikirin terus, ya jadi penyakit kan nambah. Kalo saya engga, saya dulu udah punya penyakit diabetes, makanya kan kalo diabetes kan kata dokter kan “kalo ibu banyak pikiran gulanya langsung naek”, gitu, saya takut, (tertawa) tapi emang susah sih, susah banget sih, kita sendiri ya yang bikin susah, lahir batin ya susah

45	Susah apa bu?	Ya susah pikiran, ya penyakitnya, penyakit saya, penyakit bapak, penyakit anak yang setres,
46	Kemudian apa lagi bu?	Masalah ekonomi, kan bapak pengangguran. Dulu saya, waktu bapak belum kena sakit, kan saya jualan dipasar, jualan tahu, bakso, sosis, enak saya jualan, cukup dah buat dimakan. Sekarang, kan bapak kan setruk, kan sebelumnya bapak kan bawa bakso pake sepeda, sekarang kan lumpuh, engga bisa naek sepeda,
47	Jadi engga bisa jualan lagi ya bu?	Iya, saya mau bawa sendiri kan engga ada tenaga. Kata anak-anak “ ya udah deh mak, berenti jualannya”, ya masalah ada engga ada rejeki, semut juga ada rejekinya, gitu, ya pasti dapet, makan ya dapet, dari mana- dari mana ya sus ya,
48	Kemudian apa lagi, kan katanya susahnya lahir batin, kesusahan apa lagi? Ceritakan coba bu?	Ya, lahirnya, ya itu ekonomi, batinnya, mikirin penyakit, ya itu, fisiknya juga udah lemes, saya juga jalan udah engga bisa cepet, kakinya udah pegel, kaku, pegel kalo lagi ini, kata dokter itu akibat dari gulanya tinggi, jadi sekarang begitu, kaki ibu jadi sering pegel, makanya jangan sampe tinggi gulanya, makannya, diit begitu.
49	Kemudian ibu tadi udah cerita banyak mengenai perubahan, terus dampaknya, nah sekarang, bisa engga ibu ceritakan mengenai hambatannya, mungkin selama ibu disini ibu ada kesulitan, masalah biaya seperti apa sih, kemudian keterbatasan fisiknya, seperti apa, ada tidak hambatannya waktu ibu ngerawat bapak?	Maksudnya hambatan gimana ya?

50	Ya misalnya, ibu kan tadi bilang karena bapak sakit engga bisa kerja, jadi seperti apa kesulitannya?	Ya, jadi pengangguran aja dirumah, tapi masalah biaya dibantu anak sih, he eh, ada yang ngasih, dua orang sih yang bisa ngasih, yang berumah tangga tiga, tapi yang satu engga bisa ngasih (tertawa), dia bilang “engga bisa ngasih nih”, “ ya udah kalo engga ada mah, yang ada aja mbantu”
51	Kemudian, bagaimana cara ibu menyesuaikan diri, tadi kan ibu bilang kecapean, bagaimana caranya ibu mengatasi hal itu? Ya kecapeannya, kelelahannya karena merawat bapak, bagaimana ibu mengatasi hal itu?	Ya saya duduk aja gitu, selonjor aja, jadi saya kalo duduk dikursi pasti bengkak gitu kakinya, jadi saya duduk dibawah aja gitu, selonjor.
52	Kemudian, tadi ibu bilang istirahatnya kurang, bagaimana ibu mengatasinya supaya istirahatnya cukup?	Ya engga bisa cukup, ini aja saya dari semalem, ya kayanya meriang, kaya masuk angin gitu, meriang, dari tadi engga berani mandi pagi saya, pala pusing, pilek, badang engga enak, ya kayanya emang kondisinya udah ini,... (tertawa)
53	Kemudian, kan tadi kata ibu kondisi bapak kan lumpuh ya, ibu juga bilang sulit ngerawat bapak, nah bagaimana ibu bisa menyesuaikannya, sehingga ibu bisa tetep merawat bapak	Ya saya merawat semampu saya, ya kalo itu engga bisa pake pispot, ya saya kekamar mandi kan saya minta tolong tetangga kan, iya, keluarga pasien yang lain
54	Kalau untuk mandiin bagaimana bu?	Kalo mandiin ya saya elap aja
55	Bisa ibu melakukan sendiri?	Kalo ditempat tidur bisa, cuman kadang kalo lagi kekamar mandi, dia minta mandi diguyur, ya itu saya sekalian mandiin
56	Kalo ngasih makan segala?	Kalo ngasih makan sih engga ada masalah
57	Nah, tadi ibu bilangkan bapak masih banyak dibantu, semua tergantung ibu, pernah engga ada perawat yang	Ya kalo mandiin, ya pertama mukanya saya elapin gitu, kan

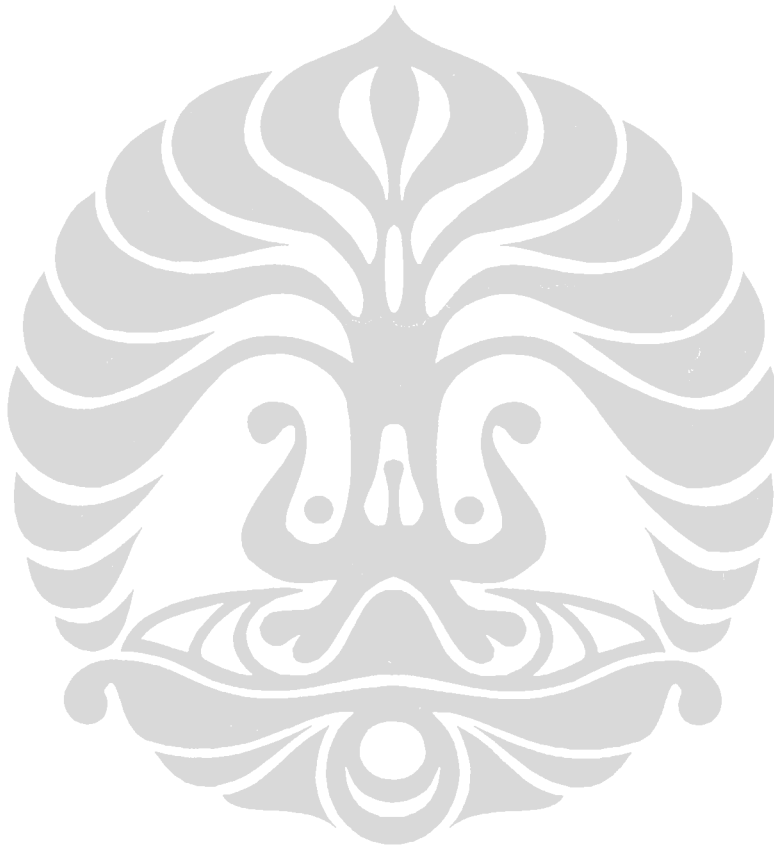
	ngajarin ibu caranya ngerawat bapak, kan selama ini ibu ngerawat bapak ya? Dari mana ibu mengetahui cara merawat seperti itu? Misalnya mandiin, ngelapin bapak gitu, caranya gimana?	dari muka dulu, baru kebawah
58	Itu ibu taunya dari mana?	Ya, cara saya sendiri aja, engga ngeliat orang, engga ada yang ngajarin juga
59	Jadi dari mana taunya bu? Pengalaman mungkin?	Engga, engga dari pengalaman, saya mikir aja sendiri, kira-kira lah, dari muka dulu, muka kan yang bersih, masa dari bawah keatas ya, jadi ya muka dulu, terus leher, badan, perut, terus belakang, baru kebawah, kekaki (sambil menunjuk keanggota tubuhnya). Tapi saya engga ada yang ngajarin itu
60	Jadi perawatnya engga pernah ada yang ngajarin caranya mandiin bapak ya?	Engga
61	Terus, kalo misalnya buang air besar, buang air kecil, itu, ada engga yang ngajarin caranya, kan bapak lumpuh ya, pasti susah waktu jalannya,....	Iya (mengangguk-anggukan kepala)
62	Ada engga yang ngajarin caranya jalan yang bener,...?	Engga ada, belum pernah ada yang ngajarin
63	Kemudian waktu ngasih makan, pernah engga ada perawat yang ngasih tau “bu, hati-hati nanti waktu ngasih makannya”, atau apa gitu?	Engga juga
64	Jadi ibu nyuapin bapak, gimana caranya?	Ya, saya suapin aja sendiri, ya namanya disitu ada lauk pauknya, sayur-sayurannya, ya saya suapin aja pelan-pelan
65	Kalo posisi tidurnya ibu, waktu ibu nyuapin, bapak tiduran begitu aja?	Iya, celentang, tapi, kalo dia miring kekiri tumpah, saya bilang jangan miring kekiri, kalo mau miring kekanan, kalo miring

		kekanaan kan engga tumpah, karena ada rasa, kalo yang kiri kan engga ada rasa tuh, iya engga ada rasa, jadi tumpah
66	Yang lumpuhnya ya bu?	Iya yang lumpuhnya, engga ada rasa tuh, jadi susah, apa aja tumpah, he eh
67	Tapi, selama ini makannya lancar bu, engga keselek atau segala macam?	Engga, engga keselek, tapi kalo miring kekiri suka tumpah aja makanannya. Saya udah bilang jangan miring kekiri, celentang, kalo miring kekiri tumpah
68	Ibu tau dari mana tuh, jangan miring kekiri, kalo miring kekiri itu tumpah dari mana?	Ya emang kalo dikasih makan, dia miring kekiri ya tumpah, supaya engga tumpah ya jadi lempeng aja, saya kata.
69	Bantalnya tapi kalo waktu makan terlentang aja, apa kepalanya ditinggiin?	Ya ditinggiin
70	Kenapa ibu tinggikan?	Ya kalo rata, takut keselek
71	Siapa yang bilang kalo rata keselek bu, apa ada perawat yang ngasih tau?	Perkiraan saya aja, ya saya pikir kalo ngasih makan harus tinggi dikit, engga ada yang ngajarin sih, perkiraan saya aja
72	Nah, ini nantikan kalo bapak dirumah kan ibu yang sepenuhnya merawat ya? Kalo disini kan masih ada perawatnya,...	Iya (menganggukan kepala)
73	Nah tadi ibu bilang juga, perawatnya juga engga pernah ngasih tau, ibu merasa cukup tidak pengetahuan yang ibu miliki untuk dapat merawat bapak dirumah?	Engga cukup mungkin, karena saya engga punya ilmu pengetahuan kaya perawat, baru nih suster yang tadi ngajarin cara melatih kakinya, ininya dulu (memegang ujung-ujung jari tangan), sebelumnya engga pernah ngajarin begitu, baru suster aja yang ngajarin caranya ini dulu, terus itu,... nah ini baru

		saya ngerti.
74	Jadi sebelumnya belum pernah ada yang jelasin ya bu?	Belum. Kemarin kan ada dua anak laki yang ngajarin itu tuh,..
75	Terapi maksud ibu?	Iya terapi, tapi engga ngasih tau caranya begitu kaya suster tadi
76	Jadi dia cuman ngerjain kebabak, gitu aja ya, engga ngajarin caranya	Iya,..
77	Dokter-dokternya ngejelasin engga tentang penyakit bapak?	Engga, baru dokter laki tuh yang tadi itu aja yang jelasin sampe sejelas-jelasnya. Saya baru ngerti tuh
78	Perawatnya juga belum pernah ada ya bu yang menjelaskan cara merawat bapak?	Belon,..
79	Nah, ibu kan tadi bilang, belum pernah ada yang ngasih penjelasan, ibu juga tadi bilang masih belum punya banyak pengetahuan untuk merawat bapak. Sekarang apa yang ibu kepingin diberikan informasi, misalnya perawat harusnya ngejelasin apa aja, apa yang ibu kepingin tau? Yang ibu kepingin dikasih tau sama perawat, sama dokter, atau sama siapa pun?	Ya, apa ya, ya semuanya sih (tertawa)
80	Coba ibu sebutkan, misalnya saya kepingin dikasih tau apa?	Ya cara ngatur menu makanannya, kan makan pake santen engga boleh, goreng-gorengan, kan pake minyak gitu, terus tadi kata dokter yang itu, yang jelasin, engga boleh makan makanan yang mengandung jenis asam urat gitu, kanapa aja, kan asam urat kan daon-daonan yang ijo-ijo ya, tapi kok disini dikasih kacang panjang, dikasih ya?
81	Memang sih, sebetulnya yang daun hijau, tapi artinya ibu kepingin dikasih penjelasan mengenai makanan	He eh,..(mengangguk dan tersenyum)

82	<p>Apa lagi yang ibu kepingin diberikan penjelasan? Mengenai apa lagi, cara merawat bapak misalnya?</p>	<p>Iya, cara merawat kan saya juga belum biasa</p>
83	<p>Cara merawat yang mana jang ibu ingin diberitahu, misalnya cara memandikan, miring-miringin, cara apa yang ibu inginkan?</p>	<p>Cara miringin juga saya belum tau, kiri kanan kali ya,</p>
84	<p>Terus, cara apa lagi yang ibu ingin tau?</p>	<p>Kalo jalan pake apa tuh, pake kursi roda atau pake tongkat ya?</p>
85	<p>Artinya ibu kepingin dikasih tau caranya dimana nanti kalo mau latihan jalan, cara miring-miringin,...</p>	<p>Cara latihan jalan aja itu yang saya rasa paling penting ya. Kalo dirumah itu lebih baik pake tongkat apa pake kursi roda itu sus?</p>
86	<p>Nanti akan ada yang menjelaskannya ya bu, makanya saya ingin tanyakan, ibu kepingin diberikan infomasi, harus mengajarkan apa, supaya nanti kalo ibu dirumah ibu mau ngasih makan misalnya, ibu bingung bagaimana yang cara yang benernya?</p>	<p>Nah itu suster, cara mandiin, cara melatih dia, dan dirumah, lebih baik pake tongkat apa kursi roda, gitu. Kalo kursi roda kan engga jalan, berarti dia engga gerak ya, kalo pake tongkat kan dia bisa belajar jalan begitu</p>
87	<p>Jadi ibu kepingin diajarin ya cara pakai tongkat</p>	<p>Ya iya, cara ngelatihnya, meganginnya. Kan engga kuat sendiri pasti dirumah</p>
88	<p>Jadi itu ya, yang ibu inginkan diberikan oleh perawat kepada keluarga pasien? Harapan ibu kepinginnya dikasih apa,..., penjelasan apa yang seharusnya dikasih oleh kita perawat kepada keluarga pasien</p>	<p>Pinginnya sih ya perawat ngasih penjelasan yang sejelas-jelasnya,</p>
89	<p>Penjelasan mengenai apa bu?</p>	<p>Ya, cara merawat bapak, ya segalanya aja gitu, kan suster lebih ngerti dari saya, saya mah belum punya pengalaman, suster-suster mah udah punya pengalaman udah banyak ya (tertawa). Ya itu saya tadi sangat berterima kasih banget tuh tadi dikasih penjelasan, baru itu ngerti,</p>

		jelas, oh,... begini,...
90	Kalo gitu, terus apa lagi yang ibu inginkan diberikan informasinya? Misalnya susternya jangan cuman kasih informasi tapi juga memberikan apa,.. misalnya yang bisa diinget-inget keluarga	Apa ya sus, saya engga ngerti, pokonya semua informasi cara merawat bapak aja deh sus, saya engga ngerti. Kan suster yang lebih ngerti dari saya.



Transkrip Verbatim P3

Nama : Ny D
Usia : 32 tahun
Pendidikan : SLTA
Hubungan : anak
Pekerjaan : karyawan
Nama pasien : Tn S
Usia : 55 tahun
Pekerjaan : wiraswasta
Diagnose : Stroke Non Hemorrhagic hari ke-18 (infark cerebri dibasal ganglia kiri, lobus temporoparietalis kiri, infark dipons)

Catatan Lapangan P3

Nama partisipan : Ny D	Kode partisipan : P3
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara : 7 Juni 2010, pukul 16.30 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja) b. Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk meletakkan tangan dipangkuan, tersenyum.	
Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung : selama wawancara	

berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, kadang wajah tampak sedih. Intonasi suara terdengar cukup baik.

Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P3

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat sore mbak Diana?	Ya
2	Begini mbak, saya ingin bertanya, bisa tidak mbak ceritakan,... kan bapak sudah dirawat disini, berapa hari mbak?	Kurang lebih ada 18 hari
3	18 hari ya, jadi, selama 18 hari itu kan mbak Diana yang ngerawat bapak disini ya?	Iya
4	Nah, ada engga perubahan-perubahan yang mba rasakan pada diri mbak ya, terkait dengan harus merawat bapak disini?	Ada
5	Perubahan apa saya mbak?	Ya contohnya, sekarang kan bapak makannya pake selang, yang tadinya saya engga bisa, ya jadi bisa, terus yang selama ini engga pernah ngurusin buang air besarnya bapak, jadi, pas suster, eh perawatnyanya bersihin, saya ikut, ya sekarang jadi bisa, gitu.
6	Yang saya maksudkan perubahan-perubahan yang terjadi pada diri mbak, misalnya mungkin selama sebelum bapak sakit dirumah, namanya hidup dirumah kan lebih nyaman dari pada disini, nah selama 18 hari nunggu bapak, pagi, sore, malem, ada tidak perubahan yang mbak rasakan selama menunggu bapak, misalnya kenapa? Itu	Kalo sekarang, yang saya rasain paling capek aja ya, yang lainnya sih engga ada apa-apa

	maksudnya	
7	Apa yang menyebabkan rasa capeknya mbak?	Karena kurang tidur, bapak engga bisa diam
8	Memang selama ini mbak tidurnya berapa jam sebelumnya?	Ya engga tentu juga sih, saya biasanya tidurnya malam, makanya saya paling sering jagain bapak, ya karena satu ya saya orangnya paling kuat diantara adik saya,..
9	Maksudnya paling kuat?	Kuat begadang, kuat meleak, tahan banting juga, jadinya ya saya lah yang istilahnya buat andelan buat jagain bapak, cuman ya selama jagain bapak, ya jadi capek, terus jadi kurang tidur, lemah, letih, lesu
10	Kalo siang disini mbak tidak bisa tidur, kalo malam hari bagaimana?	Malem ya kalo dirumah sakit tetep aja engga bisa tidur, tapi kalo dirumah ya tidur
11	Kenapa penyebabnya kalo malam tidak bisa tidur?	Karena bapak engga bisa diem (tertawa)
12	Jadi mbak musti ngeliatin bapak terus?	Engga, sebentar-bentar minta miring kiri, sebentar-sebentar miring kanan, sebentar-sebentar telentang, paling 5 menit berubah, 5 menit berubah, jadinya baru mau tidur, merem-merem sebentar, udah dibangunin. Jadi ya begitu, jadi engga bisa istirahat sama sekali
13	Terus, tadi selain lemas, apa lagi perubahannya mbak?	Ya udah itu aja sih, ya capek, lemas, matanya ngantuk kalo siang
14	Kalo makannya bagaimana mbak?	saya makannya, atau makannya bapak?
15	Saat ini yang akan saya tanyakan, semuanya mengenai mbak?	Oh, mengenai yang ngerawatnya,..
16	Kalau pola makan mbak, bagaimana selama ini?	Saya makannya sih biasa ya, kalo laper ya makan, kalo engga ya

		engga makan.
17	Jadi untuk pala makan engga ada perubahan ya?	Kalo makan sih sama aja, engga ada perubahan
18	Bagaimana dengan kebutuhan yang lain, misalnya mandi atau apa?	Kalo mandi, dirumah sakit engga tau,.. kadang kalo lagi kepengen, mandi, kalo lagi engga, ya mandi dirumah, terus ya nanti balik lagi kesini,..
19	Kenapa seperti itu mbak?	Ya engga tau kenapa ya, mungkin karena waktu itu lupa bawa baju ganti, atau misalkan kadang suka kepikiran kuncinya engga ada (tertawa), jadinya takut, tau-tau entar lagi mandi ada yang masuk, gitukan, pasti malu
20	Ya, kalo dirumah sakit memang kamar mandi tidak terkunci, karena beberapa kali pasien terkunci dikamar mandi, kita kesulitan untuk menolong	Oh begitu ya,..
21	Tadi mbak bilang badannya letih, lesu, ngantuk, engga bisa tidur, kalo makan sih engga ada masalah ya,..	Terus juga kerja jadi terganggu, misalnya, saya udah ijin dateng sore, karena nunggu bapak dari malem sampe pagi, ternyata pas udah mau pulang, badannya udah lemes, jadi ya ijin kerja, karena badannya udah engga kuat kerja, itu aja sih
22	Oh, jadi, banyak ya perubahan fisiknya ya mbak?	Ya banyak,..(tertawa)
23	Kemudian, perubahan fisiknya tadi banyak, sekarang perubahan yang mbak rasakan terkait dengan perasaan, ada engga perubahan perasaan yang mbak rasakan?	Ya, perasaan tuh memang, jujur aja tuh, kondisi bapak kaya gini tuh saya kesel, soalnya gimana ya,.. bapak tuh engga bisa anteng, engga bisa diem, yang bikin kesel ya, kalo sebentar-sebentar miring kekiri, kan belum ada setengah jam, baru lima menit aja dia udah minta,.. kadang saya juga kesel, kan baru miring sebentar, miring

		belum bener, udah minta telentang, ka kadang ya,... tapi ya saya tahan-tahan lah ya,.. namanya ngurusin orang tua, masa saya mau marah-marah
24	Selain kesel, perasaan apa lagi yang dirasakan?	Udah itu aja,..
25	Mungkin rasa sedih, senang, atau apa lagi?	Ya kalo rasa sedih udah pasti ada ya,.. kok bapak saya jadi kaya gini, gitu,..
26	Kaya begini bagaimana mbak?	Ya bapak kok jadi sakitan maksudnya, ya kalo sakitan itukan,... ya jujur aja ya, saya kan jadi repot, karena saya kan punya anak satu, udah gitu, saya kan janda, udah engga ada suaminya, udah almarhum, trus saya kan minta tolong jagain anak saya kan sama ibu saya, kalo misalkan bapak kondisinya kaya begini, saya tuh juga mikir, aduh nanti anak saya gimana, gitu, itu sedihnya, begitu, sekarang aja anak saya kemana-mana, jadi kaya terlantar aja, ibunya nungguin dirumah sakit, pulang, terus kerja, terus ibu saya dirumah sakit juga, kadang-kadang, jadi ya saya sedihnya, anaknya engga ada yang ngurus, apalagi nanti kalo bapak saya udah pulang, pastikan ibu saya fokusnya ke bapak, bukan ke anak saya, jadinya ya itu, ya sedihnya disitu
27	Ada rasa senengnya mungkin?	Senengnya engga ada (tertawa)
28	Kemudian tadi ada perasaan sedih, kesel juga	Iya, sedih, kesel, tapi kalo seneng engga ada sih, malah banyak pikiran
29	Jadi banyak pikiran ya mbak?	Ya udah pasti,..

30	Artinya ada perubahan peran juga ya, yang tadinya ibu rumah tangga, ngurusin anak, sekarang ngurusin bapak, anaknya yang akhirnya terbengkalai?	Iya, jadinya kan harus mikir, aduh bagaimana nih nanti, untuk kedepannya, mana anak saya juga baru mau masuk sekolah, baru mau masuk TK, itu udah kepikiran tuh, udah dari sekarang, udah mikirin masa depan begitu, aduh ibu saya pasti kerepotan kalo bapak saya kaya gini
31	Kalau untuk hubungan sosial mbak dengan orang lain, mungkin selama ini mbak dirumah, ya dikantor, melakukan kehidupan bertetangga, bermasyarakat, nah sekarang, setiap hari disini terus, ada perubahan yang dirasakan engga?	E,.. kalo untuk itu, maksudnya perubahan gimana?
32	Ya misalnya untuk kegiatan bersosialisasi, begitu?	Oh, kalo saya mah dari dulu orangnya gampang untuk bersosialisasi sama tetangga-tetangga atau apalagi sekarang ya dirumah sakit, kita engga mungkin sendiri, ya pura-pura sok deket, sok kenal aja, jadi itu sama aja, mau dikerjaan, dirumah, saya orangnya bersosialisasi gampang
33	Jadi engga ada masalah ya mbak?	Engga ada masalah
34	Kemudian untuk keagamaan, mbak agamanya apa?	Islam
35	Untuk kegiatan menjalankan ibadah, ada perubahan atau engga, misalnya kalo dirumah bisa beribadah dengan enak, disini kondisinya seperti ini, ada engga perubahannya?	(tertawa) iya, disini jadi engga sholat, engga tau kenapa
36	Kenapa tuh kira-kira?	Kayanya males aja (tertawa), engga tau kenapa, padahal harusnya,..
37	Ya bagaimana mbak,..	Engga tau ya, dari hati sendiri tuh kayanya, tapi kalo dirumah ya sholat, dikerjaan ya sholat, ya engga tau kenapa ya, pokoknya ya

		bawaannya tuh males aja,
38	Artinya perubahan itu dampaknya untuk fisik ya jadi malas,...	Tapi biasanya sih, kalo lagi nunggu sendiri, emang kayanya itu bapak tuh sepertinya engga bisa ditinggal, makanya kayanya tuh kalo jaga sendiri tuh kayanya kerepotan, mungkin kalo pas jaganya berdua, atau kaya kemarin jaganya di haiker sih engga, tetep jalanin, tapi selama waktu udah pindah dikamar nih, sama sekali kegiatan untuk ibadah tuh, sama sekali engga jalan
39	Kemudian kan tadi mbak bilang kan, perubahannya jadi kesel, ada tidak rasa keselnya itu berdampak pada merawat bapak?	Engga, engga ada, tetep, keselnya cuman dihati doing, tapi abis itu,.. ya contohnya kaya kemarin, itukan, bapak kan minta, saya engga tau dia minta apa, pokoknya yang jelas kakinya goyang-goyang, yang saya tau, biasanya kakinya mau ditekuk, iya, nah saya pegang kakinya, tau-tau dia,.. mungkin saya pegang kakinya salah atau kena yang sakit tuh, dia agak marah gitu, terus saya cuman “ bapak kenapa sih, kok kaya gitu malah marah”, tapi ya tetep aja keselnya disitu, terus ya udah biasa, nekuk kakinya bapak, ya udah, maksudnya kalo orang marah kan, ya udah marah terus ditinggal, gitu ya, kalo ini, kalo saya ya engga, ya tetep aja, gimana pun juga nanti kalo misalnya saya marah, nanti malah bapak kepikiran lagi, tambah repot
40	Kemudian untuk masalah ekonomi mbak, tadi kan mbak bilang, selama disini jadi engga bisa kerja, ada tidak dampaknya mbak, untuk masalah ekonomi ini?	Ya banyak kalo ekonomi, yang jelas bapak masuk rumah sakit tuh, jadi keluar biaya tambahan, jadi bener-bener biaya tidak terduga, yang sama sekali tidak pernah terpikirkan, sama sekali saya juga engga punya tabungan lah, apa, yang repotnya disitu. Makanya

		saya sampai buat SK TM (tertawa)
41	Kemudian, tadi kan mbak bilang, bapak kondisinya masih kadang ngerti kadang engga, saya lihat juga, bapak kan tangan kakinya lumpuh, kemudian engga bisa bicara, kondisi yang demikian jadi hambatan mbak engga dalam merawat bapak? Hambatan yang seperti apa yang ditemukan dengan kondisi bapak yang seperti sekarang ini?	Kalo untuk saya sih pasti ada ya, cuman saya belum tau bagaimana, cuman untuk ibu saya, pasti yang jelas ibu saya tuh bener-bener jadi repot lah dengan kondisi bapak yang seperti ini
42	Kalau saat sekarang ini, kan mbak sudah merawat 18 hari ya, ada tidak, atau sudah mulai ditemukan belum hambatan, mungkin hambatan ketika memandikan bapak, misalnya, atau waktu ngasih makan bapak, ada tidak kendala yang ditemukan?	Kayanya sih kalo itu sih engga sih
43	Jadi engga ada kendala ya, walaupun kondisi bapak seperti itu,...	cuman yang jelas agak ngeri aja kalo ngasih makan aja, gitu, karena kan belum terbiasa, ngeri kalo selangnya kecabut
44	Jadi takut selangnya lepas ya mbak?	Iya, takut selangnya kecabut aja, karena belum terbiasa kan,...
45	Bagaimana dengan masalah, kan bapak engga bisa ngomong, ada tidak dalam merawat bapak?	Engga sih kalo untuk ngomong, eh, bapak kan responsnya (mengangkat ibu jari), misalnya kalo saya bener-bener kesulitan, paling saya kasih abjat aja, A sampai Z kita tulis, dia mau kita bacain, apa gitu misalnya, dia masih ngerti, jadi kalo bapak engga bisa bicara, saya engga ada masalah. Saya masalah kalo cuman ngasih makan, kadang aja suka ngeri, suka ketakutan juga kalo ngasih makan
46	Bagaimana dengan kondisi kelumpuhan bapak, apakah itu jadi hambatan mbak untuk merawat bapak?	Engga, abis emang harus dijalanin sih

	Misalnya waktu mandiin, miring-miringin atau yang lain?	
47	Selain sebagai suatu kewajiban, ada tidak hambatan dalam menjalankan hal itu, mungkin jadi sulit, karena kondisi bapak yang berat, apa gimana?	Ya, yang pastinya sih sulit, tapi kan semuanya itu kan bisa belajar, yah mungkin awalnya eh... pasti bingung ya, tapi nanti kalo udah terlatih, terbiasa, kalo aku rasa sih engga ada masalah
48	Sejauh ini, selama dirumah sakit, merasa ada hambatan tidak?	Pokoknya kemarin saya cuman disuruh bantuin sekali, abis itu saya udah ketiga kalinya ini bersiin bapak buang air. Engga ada masalah, aman-aman aja
49	Bagaimana dengan miring-miringnya, apa ada masalah?	Miring-miringnya juga engga ada masalah
50	Sekarang bagaimana mbak bisa beradaptasi dengan kondisi kesalnya itu, tadi kan katanya suka kesal gitu, gimana caranya supaya bisa merawat bapak dengan baik, walaupun kesal, walaupun bapak sering ngomel segala?	Ya inget waktu kecil aja dulu (tertawa), abis dulu kan waktu saya kecil, ya bapak saya kan pasti dikencingin, pasti dia juga ngurusin saya buang air juga, ya itung-itung namanya dia dulu pernah ngurusin saya kecil, ya sekarang untuk ngebales budi orang tua, gitu aja sih yang saya pikirin
51	Kemudian untuk masalah ekomoni, bagaimana adaptasi mbak, ngaturinya bagaimana?	Kalo ekonomi tuh saya paling bingung banget (tertawa), paling bingung untuk urusan ekonomi mah
52	Jadi masih belum tau ya?	Ya masih belum tau caranya bagaimana.
53	Kemudian untuk rasa sedih yang dialami, bagaimana mbak mengatasinya?	Misalnya,..
54	Misalnya tempat untuk mengungkapkan rasa sedih atau kesal, bagaimana adaptasinya?	Ya saya cerita ke adik-adik saya, ketemen juga ada, ya ping temen kasih masukan, ya harus sabar, semuanya begitu, ya paling kan

		kalo udah cerita begitu kan kita udah enak, gitu
55	Kemudian, kan tadi mbak bilang rasanya capek, lelah, gimana cara mbak untuk mensiasati supaya tetap bisa ngerawat bapak walaupun dengan kondisi fisik yang seperti itu?	Yang jelas kita gantian, misalnya kondisi fisik saya udah capek, engga mungkin untuk nerusin, misalkan saya waktunya sampai besok pagi, karena badan saya udah engga kuat, paling engga saya telfon adek saya, suruh gantian, saya istirahat dirumah, besok nanti saya gantiin lagi, jadi engga harus saya paksain ampe harus besok pagi, itu engga, repotnya lagi nanti kalo saya sakit, malah lebih parah lagi,..
56	Kalo untuk menyesuaikan kondisi bapak itu, apakah mbak bisa melakukan sendiri dalam merawat bapak?	Hari ini, saya dari pagi sendiri, Alhamdulillah, ya hari ini bapak juga buang air, kalo yang kemarin saya berdua, dan hari ini saya sendiri, tapi engga ada masalah,..
57	Tadi mbak ceritakan waktu ngasih makan suka takut lepas, terus bagaimana mengatasinya?	Dengan banyak tissue, jadi ya,.. kalo ngeliat suster tuh kayanya enak gitu ya, tissue paling satu dibawah, kalo saya pasti belepetan, makanya eh,.. saya pengen banget ngeliatin suster waktu ngasih makan bapak, saya pengen merhatiin, karena saya baru ngeliat sekali aja suster itu melakukan, eh,.. nyuapin bapak makan, ya saya ikutin, tapi itu juga pun saya engga tau itu salah apa bener
58	Tadi mbak sudah cerita banyak mengenai perubahan yang terjadi, dampaknya, cara mengatasinya,..	Iya (menganggukkan kepala)
59	Nah, kan mbak ya yang ngerawat bapak selama disini, yang mandiin bapak siapa?	Saya tadi, yang ngelapin,
60	Yang ngelapin mbak?	He eh,..(mengangguk)

61	Yang membersihkan buang air besar?	Saya.
62	Yang ngasih makan mbak?	He eh,...
63	Nah, siapa yang mengajarkan, kan mbak sudah ngerawat bapak?	Kalo mandiin sih udah dari sebelum-sebelumnya. Kan sebelum bapak dirawat disini udah dirawat juga di gandaria, jadi saya pernah ngeliat suster ngelap-ngelapin bapak, ya walaupun engga sebaik susternya ya, yang penting saya udah bisa ngelapin bapak
64	Kemudian untuk buang air besarnya?	Untuk buang air besarnya,... kemarin kan waktu bapak diheiker kan ada susternya yang engga ada, jadi saya disuruh bantuin, ya akhirnya dari situ, kan saya dapet pengalaman dong, jadinya saya bisa praktekin ke bapak langsung, gitu
65	Terus, kalo untuk kasih makan mbak?	Kalo ngasih makan, kan itu saya juga baru ngeliat sekali, tapi, itupun juga saya ngelakuin, tau salah, tau bener (tertawa)
66	Jadi mbak melakukan dengan ngeliat siperawat kerja ?	He eh,...
67	Tapi perawatnya engga ngajarin ya?	Engga, tapi perawatnya sih ngasih tau, tapi saya, mungkin kalo yang agak susah, kalo sekali aja biasanya ngerti, tapi masih takut salah, paling engga kan untuk lebih jelasnya mesti bener-bener harus saya praktekan, tapi ada suster yang meratiin, gitu, mungkin itu baru bisa dinilai baik apa engga gitu
68	Kemudian untuk miring-miringnya segala, itu bagaimana?	Miring-miringnya ya tinggal dibalik-balikin aja, dimiring-miringin
69	Engga ada yang ngajarin?	Engga

70	Pernah tidak ada perawat yang ngajarin bagaimana cara miring-miringin yang betul, kemudian cara, kalo ngasih makan, gimana posisinya yang benarnya?	Engga
71	Jadi engga pernah ya?	He eh (mengangguk), tapi saya kan pernah nanya ama susternya ya “kalo ngasih makan, dia posisinya miring atau telentang ada masalah apa engga”, dia bilang “engga ada masalah”, jadi ya bapak posisinya miring apa telentang, ya saya kasih makan aja.
72	Kemudian ada engga yang pernah mengajarkan cara melatih ototnya apa gitu?	Engga (menggeleng)
73	Tidak ya bu. Jadi semua mbak bisa karena pengalaman ya?	Iya, kemarin juga sempet lihat yang pasang kondomnya itu, kemarin kan bapak pake kateter. Kateternya kan dilepas, sebenarnya bapak tuh untuk buang air kecilnya tuh dia masih terasa, cuman saya nanya, susternya nanya “mau pake pispot apa engga”, bapak engga mau, mungkin takut nanti malah lebih repot, jadinya kata susternya suruh pakai kondom aja. Jadi saya kemaren liat pasangannya, itu pun juga ngeliat doing, engga ngerti caranya,
74	Menurut mbak, kenapa perawatnya engga menjelaskan?	Engga tau ya (tertawa), tapi dia ngomong “entar harus bisa loh”, gitu, tapi maksudnya kalo misalkan, ya untuk masukin ke apanya, ke kemaluannya sih mungkin udah tau ya, cuman itukan ada selangnya, plesternya, seberapa rekatnya, gitukan, saya engga ngerti. Itu kan masalahnya pake kondom juga itu kan musti ganti ya?

75	Iya. Nah kemudian tadi kan mbak sudah cerita, perawatnya ngajarin apa aja. Apa yang mbak kepingin supaya nanti bisa ngerawat bapak dengan betul nanti dirumah, mbak ingi diberikan informasi yang seperti apa oleh perawat? Apa yang mbak kepingin perawatnya lakukan atau mengajarkan?	Ya banyak, kalo misalkan bapak dirumah harus pake infusan, kan saya juga engga ngerti, itu juga engga tau ya, gimana (tertawa)
76	Kemudian hal apa lagi yang bapak ingin diajarkan caranya atau informasi apa yang mbak kepingin diberikan oleh perawat saat ini?	Ya paling ya kalo untuk sekarang, ya dikasih tau cara ngasih makannya itu, udah pasti saya bener-bener kurang jelas ya.
77	Terus kepinginnya jangan cuman diomongin ya atau bagaimana?	Ya pas lagi praktek dilihatan
78	Jadi pinginnya pas lagi praktek dilihatan?	Iya, bener apa engga
79	Selain itu ada tidak yang ingin diajarkan, misalnya cara apa lagi, terkait dengan kelumpuhan bapak, misalnya, atau kan bapak engga bisa ngomong?	Ya saya cuman pengennya tuh, ya cara latihan kaki atau tangan itu saya belum pernah lihat sama sekali, gitunya ya, tadi ya ada orang dateng yang mau terapi, tapi cuman suruh duduk aja, terus udah. Kalo duduk mah paling cuman duduk doang, ya tapi saya engga bisa sendiri, karena berat, kecuali kalo dirumah, saya bisa naek kasur, terus dudukin dari belakang, gitu (tertawa)
80	Jadi mintanya cara diajarin makan, terus latihan, pengobatan selanjutnya ya, terapi,..	Ya, terapi (mengangguk)
81	Jadi mbak juga mintanya juga bukan hanya diinformasikan, tetapi juga dipraktikkan ya mbak ya?	Iya, karena kan tau sendiri, bapak kondisinya kaya begitu, itu kalo orang yang engga bener-bener ngerti ya repot, apalagi ibu saya ya udah pasti kerepotan
82	Adalagi yang ingin mbak sampaikan,	(tertawa) apa ya, kayaknya sih

	harapan mbak agar perawat tuh, pinginnya seperti apa, harusnya seperti apa,	perawatnya udah baik-baik semua ya, ngurusin bapak tuh udah sabar-sabar, apalagi ngeliat bapak kayak gitu, aduh, saya sebenarnya malah malu sendiri kali sus,
83	Ya, pinginnya lebih apa gitu, mungkin dari perawatnya?	Engga sih, susternya udah baik-baik semua
84	Cukup ya, mungkin kepinginnya minta dikasih penjelasan,..	He eh, untuk misalnya yang kita engga tau, yang kiranya menurut perawat itu susah, kita bener-bener dikasih pengertian yang sampe kita bener-bener bisa, jadi jangan cuma dikasih tau sekali, terus udah ditinggal, gitu.
85	Ada lagi yang ingin disampaikan mbak?	Engga sus

Transkrip Verbatim P4

Nama : Ny S
Usia : 40 tahun
Pendidikan : SLTA
Hubungan : Istri
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Nama pasien : Tn M.Z
Usia : 52 tahun
Pekerjaan : guru mengaji
Diagnose : Stroke Hemorragie hari ke-11(perdarahan intra serebri temporo parietal kiri, infark di basal ganglia kiri)

Catatan Lapangan P4

Nama partisipan : Ny S	Kode partisipan : P4
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara : 16 Juni 2010, pukul 09.15 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja) b. Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk meletakkan tangan dipangkuan, sekali-kali tersenyum, dan menundukan wajah.	

Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :selama wawancara berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, menundukan wajah atau menangis. Intonasi suara terdengar pelan.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P4

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat pagi ibu, tadi ibu bilangkan bapak sudah dirawat lebih dari 10 hari ya bu? Mungkinan ada perubahan-perubahan yang terjadi pada diri ibu selama ibu?	He-eh sus
2	Bisakah ibu ceritakan perubahan-perubahan yang terjadi pada diri ibu, selama ibu merawat bapak di rumah sakit?	Perubahan pada diri saya ya, bukan pada diri bapak?
3	Iya bu, perubahan yang terjadi pada diri ibu?	Ya, saya sih, namanya ama suami ya emang kewajiban ya, kewajiban seorang istri ya, gitu harus nurut, tapi, saya sih pengennya rawat jalan gitu. Pengen rawat jalan ya, satu dari segi biaya ya, dua, punya anak kecil, ya namanya engga ada yang nyariin gitu ya
4	Ya, mudah-mudahan nanti ada jalannya ya bu ya. Kemudian, ada tidak bu, perubahan yang ibu rasakan terjadi pada fisik ibu selama ibu menunggu disini, ya mungkin kalo dirumah ibu bisa istirahat dengan baik, selama ibu disini, ada tidak perubahan yang ibu rasakan menyangkut kondisi fisik ibu?	Ya. Cuman itu aja sih, kepikiran, cuman itu aja.
5	Kalo kondisi fisik bu, misalnya kelelahan, atau apa, ada tidak yang ibu rasakan berubah?	Ya kan, kalo ngantuk aja kalo malem begitu
6	Menurut ibu, apa penyebab rasa	Ya, masalah makan ya, kalo engga

	ngantuknya bu?	ingat anak yang kecil , kayanya males gitu makan, abis saya masih punya anak kecil-kecil (intonasi suara melemah, partisipan tampak meneteskan air mata)
7	Penyebab malas makannya menurut ibu karena apa bu? Apa karena ibu engga nafsu makan atau mungkin karena makanannya yang tidak cocok atau ada masalah lain. menurut ibu karena apa?	Ya, Alhamdulillah, makanannya sih cocok aja gitu ya, cuman keingetan anak-anak dirumah gitu ya (menutup wajah dengan kedua telapak tangan, intonasi suara melemah)
8	Ya, jadi ibu tidak nafsu makannya karena banyak pikiran ya bu ?	Iya, engga nafsu makan karena banyak pikiran, siapa nanti yang ngurus anak dirumah, siapa yang ngurus suami disini. Kalo dirumah itu kan dua-duanya kekontrol
9	Iya bu. Tadi ibu juga bilang, perubahan yang terjadi juga kurang tidur ya bu ya?. menurut ibu apa yang menyebabkan kurang tidurnya itu bu?	Ya terlalu,..mungkin pikiran kali ya
10	Jadi banyak pikiran ya bu, yang menyebabkan ibu kurang tidur?	Ya, kalo kita paksain sih, takutnya dia denger apa gitu ya...ya kita bebas-bebasin deh. Kita percaya ama Alloh semuanya.
11	Kalo untuk istirahatnya bu, bagaimana, terganggu tidak ? Mungkin ada kebiasaan yang berubah?	Saya sih emang terbiasa engga tidur siang sih
12	Kalo tidur malam gimana bu, cukup tidak tidurnya?	Ya cukup dah, walaupun suka kebangun-bangun tidurnya
13	Oh, jadi ibu untuk tidurnya sih, jumlah jamnya cukup, tetapi ibu sering terbangun ya bu. Menurut ibu apa yang menyebabkan ibu sering terbangunnya?	Ya kurang tau juga ya, pokoknya udah tidur, terus kebangun aja.
14	Terus, waktu ibu terbangun, apa yang ibu lakukan?	Ya, kadang-kadang suka sholat aja
15	Maksudnya bu, apa yang menyebabkan ibu terbangun, apa karena bapak meminta sesuatu, atau karena ibu memikirkan sesuatu?	Ya mikirin biaya bapak disini, ya mikirin anak, namanya dirumah gitu
16	Jadi ibu sering terbangun ditengah malam karena memikirkan biaya	Iya

	juga, kemudian memikirkan anak juga ya bu ya?	
17	Kemudian, adalagi tidak kondisi fisik yang ibu rasakan berubah selama ibu merawat bapak dirumah sakit? Tadi ibu katakan kurang tidur, tidak nafsu makan, adakah hal lain yang ibu rasakan berubah?	Engga ada
18	Kemudian untuk perasaan, tadi ibu bilang merasa sedih karena memikirkan penyakit bapak, ada lagi yang ibu rasakan berubah selama kondisi bapak sakit?	Ya begitu lah, biasa ngumpul ama anak-anak, ama bapaknya, ya sekarang perasaannya gimana, gitu ya, takutnya anak biasa deket ama bapaknya, sekarang tau-tau gitu. Apalagi kalo dirumahkan dibantu alternative . ini dia juga dia Alhamdulillah tuh bisa ngomong pas dua kali dipegang ama kakak ipar.kalo disini kan dia udah capek pulang kerja ya, kalo dirumah kan dia deket gitu dia megangnya
19	Kemudian, dirumah anak-anak sama siapa bu?	Sama kakak dirumah
20	Oh, jadi selama ibu mengurus bapak disini, anak anak diurus sama kakaknya ibu ya?	Iya...
21	Adalagi yang ibu rasakan berubah, tadi ibu kan merasa khawatir, ...?	Iya, saya khawatir masalah biaya
22	Ya bu, perasaan apa lagi yang ibu rasakan selama merawat bapak disini selain rasa sedih dan khawatir?	Ya, pengen sih kesembuhan dia aja, gitu aja sih. Kepengen kembali seperti dulu
23	Jadi hanya kepengen kesembuhan dan kembali seperti dulu lagi saya ya bu?	Iya, pengennya cuman bisa cepet sembuh, bisa ngajar lagi
24	Oh, bapak guru ya bu ya?	Ngajar ngaji...
25	Bapak kerjanya guru ngaji ya bu. Untuk masalah biasa, ada yang ibu rasakan?	Disitu yang saya bingung, namanya engga ada yang nyari. Dia ngajar ngaji juga, ya seiklasnya anak muridnya ngasih. Tapi sekarang dia beginikan kita yang bingung, anak-anak bagaimana, terus apa bisa sembuh kembali
26	Jadi ibu merasa sedih mikirin penyakit bapak ya bu ya, ibu khawatir juga bagaimana anak-anak dirumah,	Iya, karena bapak yang selama ini mencari nafkah (menangis), sekarang bapak kondisinya sakit

	kemudian memikirkan biayanya juga ya bu,	
27	Kemudian untuk pergaulan ibu sehari-hari, mungkin kalo dirumahkan...	Iya, saya biasa ngaji kesono kemari
28	Iya, ibu biasa ngaji kesono kemari, ya ibu hidup bertetangga, bersaudara, nah selama disini semua itu tidak dapat ibu lakukan, ada tidak perubahan yang ibu rasakan?	Iya disitu aja, biasa pergi ngaji kan, sekarang engga. Pergi ngaji juga kan, biasanya orang-orang pada bilang “kan ngaji perlu uang”, nah saya bilang “ yang penting kita dateng buat nuntut ilmu, gitu, amal – ini, amal itu, ya kalo ada saya kasih, ya kalo engga kita yang penting ya kita ngaji aja, ya gitu.
29	Jadi ada perubahannya ya bu, karena sekarang ini ibu tidak dapat melakukan semua itu ya bu?	Iya, takutnya makan anak engga kekontrol,
30	Jadi ibu juga bingung memikirkan takut makan anak engga kekontrol ya bu ya?	Iya...
31	Kemudian untuk masalah ibadah bu, adakah perubahan yang ibu rasakan dalam menjalankan ibadah selama ibu menunggu bapak disini?	Kebelulan sekarang saya lagi dapet...
32	Sebelumnya bagaimana bu, ketika mungkin pada awal-awal ibu disini, adakah perubahan yang ibu rasakan, mungkin ada perubahan, dari yang biasanya ibu melakukan ibadah di rumah dengan saat ini ibu ada di sini?	Ya untuk masalah ibadah sih, selama disini engga pernah kita lupain, ya sholat gitu, tetep semua, sampe dia saya bisikin, “bapak sholat ya”
33	Jadi semua tetap bisa dikerjakan ya bu, tapi ada tidak perubahan yang ibu rasakan , mungkin karena perbedaan suasana selama dirumah sakit dengan suasana dirumah misalnya?	Ya kalo dibilang enak dirumah sakit, ya biar bagaimana tetep enak dirumah sendiri, ya ibarat katanya
34	Jadi apa yang ibu rasakan perubahan dalam melaksanakan kegiatan keagamaan selama ibu disini?	Ya, kalo untuk sholat, ya kita sih sholat, gitu, ya waktunya harus ngerawat dia, ya kita rawat
35	Apakah ada kendala dalam pelaksanaan kegiatan sholat yang ibu lakukan, misalnya jadi terburu-buru, begitu?	Ya Alhamdulillah sih engga, karena sekarang lagi ada halangan, ya engga sih

36	Kemudian untuk masalah biaya apa yang ibu rasakan?	Ya itu yang saya rasa paling berat sekali
37	Biaya ya bu, yang dirasakan paling berat. Kemudian bu, tadi ibu bilang perubahannya jadi merasa capek dan ngantuk ya bu, adakah perubahan itu berdampak pada kemampuan ibu dalam merawat bapak?	Engga sih, kalo itu saya bener-bener ihlas dalam mengurus suami saya
38	Jadi walaupun apa yang ibu rasakan, tetapi tidak berpengaruh pada kondisi waktu ibu merawat bapak ya bu?	Engga, itu semua udah kewajiban, Alhamdulillah engga ada
39	Bagaimana dengan keluhan susah makannya bu, apakah itu berdampak?	Ya kita paksa-paksain, walaupun kayanya engga enak, ya kita maksain, takutnya kan dia udah sakit, kita ikut sakit, trus siapa yang mau ngerawat nanti
40	Kemudian, bagaimana untuk perasaan yang tadi ibu bilang, ya sedih, khawatir, ada tidak dampaknya atau akibatnya waktu ibu merawat bapak?	Ya saya tutupin kalo didepan dia.
41	Ya jadi, walaupun ibu merasa sedih, ibu tutupin, ibu tidak lihatin ke bapak bahwa ibu sedih ya bu?	Iya (menutup wajah dengan kedua telapak tangan, menangis)
42	Kemudian untuk hubungan sosial ibu, karena sekarang ibu jadi engga bisa mengaji dan sebagainya, ada tidak dampaknya bu?	Ya engga sih, ama ibu-ibu itu saya bilang "saya bacain Al-Fatehah untuk kesembuhan bapak disini"
43	Begitu ya bu, tapi untuk kegiatan ibu sendiri, bagaimana?	Ya ditingal dulu, selama dia masih disini
44	Kalo untuk kegiatan keagamaan, selama ibu disini tadi tidak ada masalah ya bu?	Alhamdulillah, baik-baik aja
45	Untuk masalah ekonomi bu, tadi ibu bilang, ibu jadi bingung, bagaimana nanti, gitu ya bu, bagaimana dengan keadaan anak-anak dirumah?	Ya itu doang, disitu kenalanya, ya pikir saya kalo dirumah kan anak kelihatan makan engganya ama kita, suami juga ya namanya kita liat, kalo tiba-tiba kita pulangkan kita engga tau, paling nanya ama yang jagain, kalo dirumahkan kita liat semua, trus pengennya juga minta bantu ama alternative juga gitu, kan biasanya juga dia digituin ama abang ipar, gitu

		kadang-kadang
46	Ya, tadi ibu bilang, selama ini bapak yang mencari nafkah ya bu, nah, sekarang selama bapak sakit, bagaimana, siapa yang mencari nafkahnya?	Engga ada (menggelengkan kepala)
47	Bagaimana ibu mencukupi kebutuhan dirumah?	Ya, saya serahin aja semuanya sama Alloh (menangis)
48	Diserahkan semua pada Alloh ya bu, kemudian bagaimana untuk kehidupan sehari-hari dirumah, seperti untuk makan anak-anak?	Ya itu, dari hasil orang-orang yang besuk
49	Jadi dari pemberian orang yang besuk ya bu, kemudian bagaimana dengan kebutuhan kebutuhan selama ibu dirumah sakit, mungkin ada pengeluaran lain bu?	Ya saya usahain ama saudara gitu, kali ada yang bisa , saya juga kan, ya ngurusin SK-TM RT disini
50	Ya, jadi ibu menguruskan SK-TM ya bu, kemudian juga ada bantuan dari saudara – saudara ya bu,	Iya (menganggukan kepala)
51	Tadi saya lihat kondisi bapak, tangan sebelah kanannya yang lemes ya bu, kemudian bicaranya juga masih tidak jelas ya bu, adakah hambatan yang ibu temukan karena kondisi bapak yang seperti itu ?	Saya coba sih dari kemarin, kalo makan saya suruh ambil sendiri, kaya gitu ya, ya “kalo mau makan ambil ya nih buah” saya gituin, trus akhirnya dia pelan-pelan dia ambil, masalahnya saya pernah juga ngerawat mertua empat tahun, dia lumpuh sebelah
52	Oh, jadi ibu sudah ada pengalaman waktu ngerawat mertua ya bu?	Iya empat tahun
53	Tapi untuk memberikan makannya bapak, ada hambatan tidak bu?	Alhamdulillah sudah lancar, kalo ngomong juga waktu baru-baru kurang jelas, pas abis dipijit ama abang saya, abang ipar tuh, sekarang ngomong udah mulai jelas,
54	Apakah ibu menemukan kesulitan dalam merawat bapak karena kondisi fisik bapak yang demikian, mungkin kesulitan dalam hal mandiin, makan atau yang lainnya?	Ya, Alhamdulillah sih, yang penting saya kudu sabar aja ya gitu,
55	Apa yang menyebabkan ibu merasa harus sabar?	Ya sabar, namanya lagi dikasih ujian, ya
56	Begitu ya bu, tapi untuk kondisi fisik bapak sendiri, apakah ada hambatan	Engga, ya mungkin emang udah jalannya kali ya, emang lagi dikasih

	bu?	cobaan.
57	Kalau untuk kondisi fisik, kelemahan ibu sendiri, apakah itu menjadi kesulitan ibu dalam merawat bapak?	Engga sih, Alhamdulillah
58	Kemudian untuk masalah sosialisasi, ada tidak kesulitan yang ibu temukan selama ibu disini, mungkin kesulitan saat berhubungan dengan saudara, berhubungan dengan tetangga-tetangga ?	Ya Alhamdulillah engga sih
59	Tapi, bagaimana hubungan ibu dengan saudara-saudara, dengan tetangga selama ibu disini bagaimana?	Ya ini aja melalui,.. sekarang kan banyak inian, saya megang HP, punya bapaknya saya saya pegang, kalo ada saudara nanya gimana kondisi bapak gitu?
60	Suka ada yang datang kesini bu?	Ya itu, ade saya kadang kalo malem suka jaga disini.
61	Bagaimana dengan tetangga-tetangga disekitar rumah bu?	Ya kalo tetangga-tetangga ya pada dateng, ya njenguk aja gitu.
62	Jadi hubungan dengan tetangga dan saudara sih bagus ya bu?	Ya Alhamdulillah, udah pada besuk semua
63	Kalo untuk kegiatan keagamaan ibu selama disini, ada kesulitan yang ibu rasakan, mungkin karena fasilitasnya yang seperti ini, apakah ini menjadi kesulitan ibu dalam melaksanakan kegiatan keagamaan	Ya baca Al-Quran kaya tadi tuh, ya mungkin sambil nungguin, kita kerjain ya disebelahnya, sesempetnya ya
64	Jadi ibu tidak menemukan kesulitan ya bu, tetap bisa membaca Qur'an didekat bapak	Iya, iya
65	Kalau untuk biaya sendiri, ada kesulitan bu?	Ya itu aja, karena engga ada yang nyari, jadi saya pusing mikirannya
66	Bu, saya lihat kondisi bapak kan masih lemah, bagaimana ibu bisa beradaptasi untuk dapat merawat bapak dengan kondisi bapak yang seperti itu?	Ya kita usahain, selagi masih bisa pake alat kalo dia pengen buang air, kita pekein alat, ya kalo untuk ceboknya kita ambil botol, atau apa gitu ya
67	Ibu bisa melakukannya itu semua sendiri bu?	Alhamdulillah ya kita usahain, ini dia juga baru kan ya namanya begini, kemarin-kemarin kan engga, mudah-mudahan sih saya bisa untuk ngerawatnya
68	Ibu melakukannya sendiri atau harus	Kalo untuk ngelap-ngelapnya?

	dibantu dengan orang lain bu?	
69	Kalau untuk buang air besar dan buang air kecilnya bu, apakah ibu melakukannya sendiri atau dibantu dengan orang lain	Selama ini sih saya lakuin sendiri
70	Apakah ibu menemukan hambatan selama melakukan tindakan itu, karena kondisi bapak, tangan dan kakinya lemes?	Engga ada
71	Bagaimana untuk memandikannya bu? Apakah ada kesulitan?	Kan disini masih dielap dulu disini mah, belum boleh turun dia
72	Jadi bapak masih dielap ditempat tidur ya bu, siapa yang mengelapnya bu?	Ya saya...
73	Adakah kesulitan yang ibu rasakan waktu mengelap bapak	Alhamdulillah engga ada kesulitan
74	Kemudian untuk memberikan makan, siapa yang memberikan makanannya bu?	Saya
75	Adakah kesulitan yang ibu temukan saat akan memberikan makan bapak?	Alhamdulillah engga ada
76	Kemudian untuk masalah komunikasi bu, saya lihat, bapak kan ngomongnya engga jelas, agak susah, adakah kesulitan yang ibu rasakan selama ibu merawat bapak?	Ya paling kalo lagi kurang jelas, diakan suka marah, saya bilang jangan suka dipaksa dulu, pelan-pelan, jangan maksa, entar dikit-dikit pasti saya ngerti, begitu
77	Jadi saat bapak ingin ngomong, bagaimana caranya agar ibu mengerti apa yang diinginkan bapak, kan ngomongnya engga jelas ya bu?	Ya, kita cari apa yang dia maksud, kaya kemarin, dia pengen gosok gigi, katanya "itu belon diberesin, belon diberesin" apanya yang belon diberesin, itu sambil nunjuk-nunjuk begitu (menggerakkan tangan seperti orang sedang menggosok gigi), "ngegosok gigi", kata saya, iya ayah belum bisa kekamar mandi, kalo disini berantakan, kata saya, gitu
78	Jadi bapak kalo ingin sesuatu, dia menunjuk apa yang sesuai dengan kemauannya ya bu, misalnya kepingin gosok gigi, ya dia nunjuk giginya ya bu?	Iya, begitu
79	Kalau bapak mau pipis, jadi bagaimana bu?	Ya disana sih, lagi belum ngerti, dia ngomongnya lapar, diunjukin nasi,

		bukan, makanya sekarang saya suka nanya, walaupun dia belon ngomong, mau pipis engga yah
80	Jadi saat ini, selain bapak ngomong, ya ibu juga suka nanya duluan apa yang dibutuhkan bapak ya bu ?	Iya, terus juga ngingetin mau yang lain
81	Bagaimana untuk miring-miringnya segala macam bu?	Ya kemarinkan belum tau kiri kanan ya, sekarang saya bilang, miring kanan yah, trus kan dia suka kekiri, saya kasih tau, bukan ini kiri, dia ngebalik, kalo disuruh kekanan, ya kekanan gitu. Ya Alhamdulillah deh
82	Apakah ibu menemukan kesulitan waktu miring-miringin bapak bu?	Engga, saya pelan-pelan aja
83	Bagaimana dengan kondisi kelumpuhan bapak, bagaimana ibu mengerjakannya?	Ya biasa, kaya kita biasa ngerawat aja
84	Apakah ibu tidak menemukan kesulitan, mungkin perasaan berat, seperti itu?	Rasa berat gitu, ya kalo kita iniin gitu (memegang dadanya), kayanya enteng aja
85	Kalo kita apakan maksud ibu?	Kalo kita bebas-bebasin pikiran kita, gitu
86	Jadi ibu mengatasinya dengan membebaskan pikiran ya bu, sehingga apapun yang dikerjakan terasa enteng ya bu.	Iya
87	Tadi ibu bilang kondisi bapak kan lumpuh ya bu, kalau saya fisik bapak besar ya bu, sedangkan ibu kecil, ada tidak kesulitan yang ibu rasakan ?	Alhamdulillah engga sih, waktu dulu ngerawat mertua juga badannya lebih besar dari ini, tapi Alhamdulillah , paling ya waktu mertua, ya kalo dia males ceboknya aja mungkin malu kali ya, ya jadi manggil anak, mertua laki soalnya
88	Kemudian untuk masalah perasaan, ibu tadi bilang rasanya sedih, bagaimana ibu menyesuaikan diri dengan rasa sedih itu, sehingga bisa tetap merawat bapak?	Ya banyak berzikir aja saya
89	Selain itu bu ?	Ya kita bebasin pikiran aja, terus banyak berzikir
90	Kapan ibu biasanya melakukan zikir itu bu?	Ya sesempetnya aja
91	Untuk membebaskan fikiran, bagaimana cara ibu melakukannya?	Ya banyak berzikir aja, karena sekarang lagi dapet, ya saya wirid aja

92	Jadi untuk menyesuaikan perasaan ibu supaya tetap bisa merawat bapak, walaupun rasanya sedih, khawatir, ibu berzikir, kemudian membebaskan pikiran ya bu. Bagaimana penyesuaian yang ibu lakukan	Ya ngajak ngomong dia supaya dia cepet pulih, jangan banyak ngelamun, ya mikirin dia, ya takutnya mikirin dana juga disini, namanya engga ada yang nyariin, namanya juga dia mikirin anak dirumah, makanya kita hibur-hibur aja ya, di gituin
93	Jadi ibu menghibur bapak ya, juga mengajak bapak ngomong juga ya bu,	Iya, kalo dia engga bisa tidur, ya saya suruh tidur, biar darahnya jangan naek lagi, supaya dia cepet pulih. Kadang-kadang dia saya bilangin, udah jangan banyak pikiran, dirumah juga pada sehat
94	Jadi itu salah satu cara ya bu, supaya ibu tidak banyak pikiran?	Iya.
95	Untuk masalah ekonomi, bagaimana ibu menyesuaikan dengan kondisi saat ini?	Ya itu saya juga bingung, paling ada buat jajan anak aja
96	Untuk masalah pembayaran, apa yang ibu lakukan untuk mengantisipasinya bu?	Ya, ade saya sih ngupayain cara nya, untuk urusan disini sih gimana aja nanti, ya ngurus surat keringanan
97	Jadi ibu ngurus surat keringanan ya bu, sudah selesai proses administrasinya bu?	Sudah sih.
98	Bagaimana dengan kebutuhan sehari-hari bu?	Ya dari sodara-sodara yang besuk aja, ya untuk kebutuhan anak-anak
99	Jadi untuk kebutuhan sehari-hari ibu mengandalkan dari sodara-sodara ya bu?	Iya. Ya namanya ngajar ngaji, ya seiklasnya namanya anak-anak murid ya, sekarang namanya dia engga ngajar ya kita dihemat-hemat aja gitu.
100	Bagaimana cara ibu untuk menghematnya bu?	Ya itu kita bingung ya, namanya anak masih pada kecil, ya Alhamdulillah sih anaknya pada ngerti gitu ya, tadinya yang biasanya jajan lima ribu apa berapa, ya sekarang dikurangi, namanya ayahnya lagi begini, Alhamdulillah sih anaknya ngerti, bisa diginiin
101	Tadi ibu bilang, saat ini ibu kan yang mandiin bapak, yang menolong semua kebutuhan bapak	Iya, dari pagi
102	Nah, dari mana ibu mengetahui cara	Engga pernah,

	melakukan itu semua? Apakah pernah perawat mengajarkan ibu mengenai cara memandikan?	
103	Bagaimana ibu mengetahui cara mengelap bapak?	Kalo itu mungkin dari pengalaman kali ya, waktu itu anak saya kan sakit melulu ya, terus waktu ikut ngerawat mertua dirumah sakit, ya ngeliat ya udah-udah gitu
104	Jadi ibu mengetahui dari pengalaman waktu merawat yang sebelum-sebelumnya ya?	Iya
105	Terus bagaimana saat ibu membantu buang air besar, itu juga kan mungkin susah, dari mana ibu belajar caranya?	Lagi mertua kena struk
106	Jadi ibu mengetahui dari pengalaman mertua saat kena struk ya bu?	Iya
107	Apakah perawat pernah mengajarkan cara nya membersihkan buang air besar yang benar, misalnya?	Engga pernah
108	Kalo cara memandikan yang benar, misalnya, pernah tidak diajarkan oleh perawatnya?	Engga pernah
109	Tidak pernah ya bu, jadi ibu bisa sendiri dari pengalaman ya bu?	Iya
110	Kemudian untuk memberi makan bapak, tadi ibu bilang selama ini ibu yang memberi makan bapak, bagaima mana cara yang ibu lakukan waktu memberi makan bapak?	Ya pelan-pelan, sedikit-sedikit, bertahap, kalo dia udah ngerasa enak, kita kasih lagi, kalo dia bilang udah, ya udah
111	Dari mana ibu mengetahui cara seperti itu, musti pelan-pelan, apakah semua itu ada yang mengajarkan bu?	Ya perasaan saya, kan kalo lagi sakit kan perasaan makan engga enak gitu ya, kalo sekaligus dipaksain takutnya bebalik gitu ya
112	Bebalik maksudnya bu?	Takut muntah, ya yang udah masuk takut keluar lagi. Mendingan yang udah masuk ya udah, disetop dulu gitu.
113	Pernahkah ada perawat yang mengajarkan ke ibu cara memberikan makanan yang baik	Engga pernah ada
114	Waktu ibu masih makan, posisi tidur	Ya agak ditinggiin dikit dah

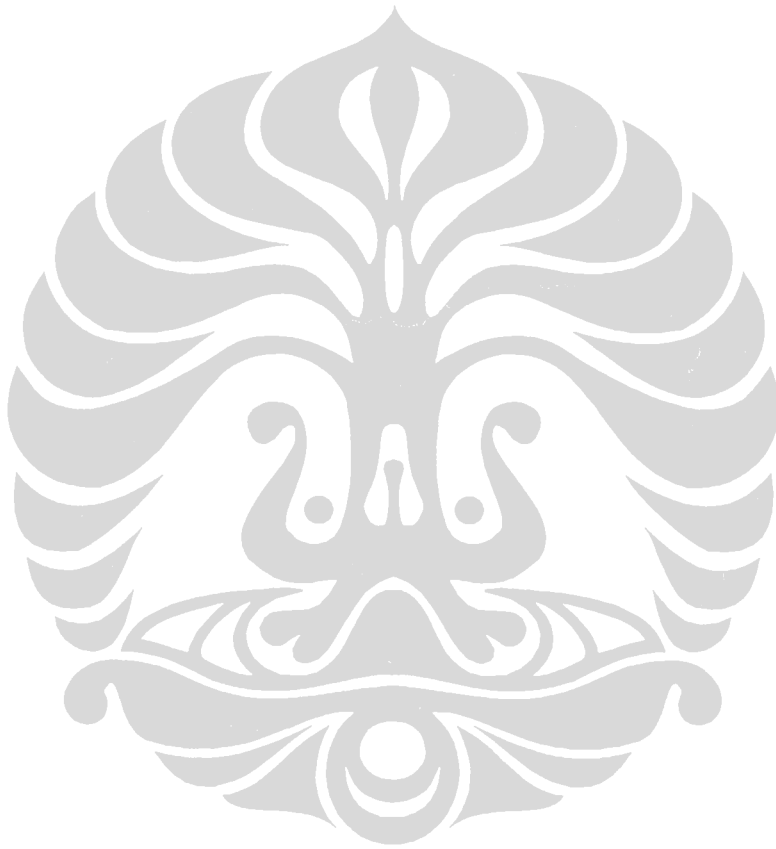
	bapak seperti apa bu?	
115	Dari mana ibu mengetahui, kalo makan posisi tidurnya harus ditinggin sedikit?	Ya, pengalaman aja, ngeliat yang udah-udah, takut bebalik, kan kata orang tua juga, kalo lagi ngasih makan bayi, ya harus ditinggin sedikit, jangan terlalu celentang, kata orang tua dulu, ya gitu aja saya sih
116	Jadi yang ibu kerjakan, ya mandiin bapak, memberi makan, membantu BAK, dengan melihat pengalaman-pengalaman yang lalu ya bu, juga waktu ngerawat bayi ya bu. Untuk miring-miringin bapak bagaimana ibu mengetahui nya?	Ya pelan-pelan waktu ganti baju, ya apa segalanya, begitu aja ya
117	Siapa yang memberi tahu ibu untuk pelan-pelan bu? Pernahkan ada perawat yang memberitahukan ibu agar memiring-miringkan setiap berapa lama begitu?	Walaupun orang tua pernah dirumah sakit, ya inisiatif dari diri sendiri aja gitu, miring ya miring, gitu
118	Jadi inisiatif dari diri ibu sendiri saja ya bu?	Iya
119	Menurut ibu, kenapa bapak harus dimiring-miringkan?	Ya biar badannya jangan terlalu kaku lah maksudnya, supaya ada pergerakan gitu
120	Setiap berapa jam ibu memiring-miringkan bapak?	Ya kalo dia lagi engga tidur aja, kalo dia lagi tidur kita engga berani ngeganggu
121	Jadi kalo lagi tidur tidak diganggu ya bu, tatapi kalo bapak sedang tidak tidur, setiap berapa lama ibu miring-miringin bapak?	Ya saya tanya, udah pegel belum yah, kalo udah pegel ya balik miring gitu
122	Oh, jadi sesuai dengan keinginan pasien bu?	Iya
123	Kalo misalnya bapak miring kekanan, walau pun sudah tiga jam tetapi belum pegel, ya biarin aja begitu bu?	Ya engga ,jangan miring begitu, kata saya , ya udah celentang,
124	Jadi setiap berapa jam memiring-miringkan bapak bu?	Kurang tau berapa jam berapa jamnya, saya engga ini, sesuai dengan keinginannya aja, kalo perasangkanya udah pegel ya saya miringin aja.
125	Jadi sesuai dengan perasaan ibu, juga perasaan pasien kira-kira	Iya kalo kiranya pasiennya udah enak ya udah

	seperti apa gitu	
126	Untuk permasalahan kecemasan ibu, rasa kawatir ibu, pernah tidak ada perawat yang memberitahukan, misalnya mengajak bicara untuk menghilangkan kekuatiran ibu?	Ya ada sih yang ngajak ngomong bapak, ngebilangin untuk sabar gitu
127	Siapa yang bilang hal tersebut bu?	Kurang tau ya saya
128	Kalau untuk ibu sendiri, pernah tidak ada perawat yang mengajak ibu untuk berbicara selama ini?	Engga
129	Artinya untuk masalah perubahan perasaan ibu mengatasinya sendiri ya bu?	Iya
130	Untuk masalah biaya, pernahkan perawat memberitahukan cara mengurus biayanya?	Engga pernah
131	Jadi selama ibu disini, ibu belum pernah mendapatkan penjelasan mengenai cara merawat bapak dari perawat ya bu?	Iya
132	Kalo dari petugas yang lain, dokter misalnya, pernah ibu diberitahu?	Ya paling disuruh sabar aja begitu
133	Begitu ya bu. Pastikan kedepannya ibu menginginkan bapak bisa pulang ya bu	Iya
134	Nah nanti waktu pulang dirumah, siapa yang akan merawat bapak bu?	Ya saya
135	Menurut ibu, seberapa pentingkah ibu diberikan penjelasan tentang cara ngerawat bapak	Ya iya
136	Adakah harapan ibu agar diberikan penjelasan mengenai cara merawat yang baik	Ya namanya ilmu kan kita cari kesono kemari, walaupun itu dari anak kecil kan itu namanya ilmu, kalo itu bener ya kita pakai begitu,
137	Sesuai dengan kondisi bapak sekarang ini ya bu, penjelasan apa yang rasanya ibu butuhkan agar diberikan oleh perawat supaya ibu nanti kedepannya bisa merawat, baik selama bapak masih ada disini ataupun nanti saat bapak pulang kerumah?	Ya untuk ngerawat mah, kadang – kadang saya suka ini sendiri, ya kayanya gimana , yang penting gimana yang sakit cepet pulih, ya supaya inget anak lagi
138	Jadi ibu ingin diberikan penjelasan bagaimana caranya agar ingatan	Ya iya

	bapak bisa segera pulih kembali ya?	
139	Selain itu apa lagi penjelasan yang ibu inginkan diberikan oleh perawat? Misalnya cara melakukan sesuatu, ini, itu?	Ya dijelasin aja ya supaya dia bisa semangat idup aja gitu
140	Maksudnya perawat menjelaskan kepada pasien ya supaya bersemangat hidup?	He-eh
141	Kemudian apa lagi yang ibu inginkan diberikan oleh perawat, misalnya cara memandikan yang betul, atau memberi makan yang bener?	Kalo itu mah engga perlu, kalo mandiin ama ngasih makan engga perlu
142	Jadi ibu merasa tidak perlu diberikan penjelasan mengenai itu ya bu?	Ya bukan karena udah bisa semua gitu, tapi kitakan juga ngeliat dari yang udah-udah
143	Kalo mandiin tidak perlu ya bu?	Engga
144	Kalo memberi makan, ibu merasa perlu tidak diberikan penjelasan cara memberikan makannya misal?	Engga juga
145	Kalau untuk memiring-miringin, atau ngelatih otot-ototnya supaya engga kaku, ibu bisa mengerjakannya?	Alhamdulillah sih bias
146	Bagaimana cara ibu untuk melatih otot-otot bapak?	Ya kita suruh ini aja, ngegerak-gerakin, ya tangan jangan sampe lemes, lawan nih tangan kita, lah tuh dia inget, saya suruh turunin. Ngeliat yang udah-udah gitu ya
147	Melihat yang udah udah seperti apa bu?	Ya kaya waktu ngerawat mertua, dari dia mati sebelah gitu sampe dia bisa bangun, kita liat
148	Jadi ibu melihat ya waktu mertua dilatih ototnya	Ya emang kita ya istilahnya yang ngerawatnya
149	Jadi saat ini ibu merasa tidak ada kesulitan ya dalam merawat bapak dan perawat bila tidak menjelaskan itu semua juga tidak masalah ya bu	Engga usah lah, karena Alhamdulillah saya udah bisa sendiri
150	Jadi yang ibu inginkan agar perawat menjelaskan supaya bapak bisa cepet kembali ingatannya ya, kemudian bisa semangat untuk bisa sembuh, itu aja yang penting ya bu. Tapi untuk cara ngerawatnya sendiri,	Ya kalo namanya ingatan kan, takut dia juga terlalu cape, jadi ya pelan-pelan gitu

	seperti cara ngasih makan,	
151	Tapi untuk cara mandiin sendiri, cara ngasih makan, cara untuk latihan otot-otot, ibu merasa tidak perlu dijelaskan oleh perawat nya karena ibu sudah bisa ya bu?	Iya
152	Bagaimana untuk pengaturan makan bapak bu ?	Ya Alhamdulillah kita ikutin aja yang disini
153	Nanti kalo dirumah kan ibu yang masak makanannya ?	Ya kita usahain yang buat dia aja dulu, walaupun kita belum ada, ya istilahnya kita usahain dulu, buat makan mah
154	Tapi ibu tau engga bagaimana ..	Ya ngasih makannya kan pagi, siang, sore, gitu ya, ya kalo bapak pengen ngemil kita iniin dah ya gitu ya
155	Apakah ibu mengetahui makanan apa yang boleh, makanan apa yang tidak boleh begitu bu?	Ya udah-udah sih saya kasih makan aja, tapi untuk darah tinggi, itu yang saya engga tau
156	Tapi, apakah ibu merasa ingin diberikan penjelasan mengenai makanan, misalnya? Apakah ibu merasa hal itu perlu diberikan oleh perawat?	Ya bisa juga kali
157	Ya, jadi ibu merasa kalo untuk makanan makanan sih perlu ya bu diberikan?	Iya, takutnya saya salah
158	Tapi untuk mandiin, ngasih makannya, itu engga perlu ya bu ya?	Alhamdulillah, engga. Ya saya ngerawat kalo dirumah juga kan kadang suka dibantu oleh ade saya juga kan ya, dia juga kan suka ngobat-ngobatan orang ya, alternative kan dia, jadi masalah makan minta bantu ama dia, ade saya.
159	Mungkin ada lagi harapan yang ingin ibu sampaikan, atau penjelasan yang ibu inginkan diberikan oleh perawat atau petugas kesehatan sehingga ibu bisa merawat bapak dengan baik?	Engga ada. Alhamdulillah engga
160	Mungkin ada yang ingin ibu sampaikan lagi sebelum kita akhiri pembicaraan ini	Ya itu aja, saya cuman kepengen bisa rawat jalan aja, bisa dirawat dirumah (tertawa) ya biar kekontrol anak, suami bisa kekontrol semua begitu. Yang namanya punya anak

		kecil, kan masih nete, kalo disini netenya ketunda, kadang malem baru ketetein
161	Tanggung jawabnya jadi susah ya bu ya	Iya pikiran jadi kepecah dua



Transkrip Verbatim P5

Nama : Ny M
Usia : 60 tahun
Pendidikan : SLTP
Hubungan : Istri
Pekerjaan : guru mengaji
Nama pasien : Tn A.A.H
Usia : 60 tahun
Pekerjaan : pedagang
Diagnose : Stroke Iskemia hari ke 22

Catatan Lapangan P5

Nama partisipan : Ny M	Kode partisipan : P5
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara :16 Juni 2010, pukul 10.45 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja) b. Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk sambil menggosok-gosokkan kedua telapak tangan, tersenyum	
Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :selama wawancara	

berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, atau menundukan wajah. Intonasi suara terdengar cukup baik.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P5

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat pagi ibu,..	Selamat pagi
2	Bisakah ibu ceritakan mengenai perubahan-perubahan yang ibu rasakan selama ibu merawat bapak dirumah sakit, kan bapak sudah dirawat disini 21 hari ya bu?	Iya
3	Selama 21 hari ini yang merawat ibu ya?	Iya, emang engga pulang-pulang
4	Jadi ibu yang merawat bapak ya, adakah perubahan-perubahan yang ibu rasakan selama ibu merawat bapak 21 hari	Maksudnya perubahan sama yang sakit ini?
5	Perubahan yang ibu rasakan, ya mungkin perubahan pada kondisi fisiknya, ya perasaannya dan sebagainya yang ibu rasakan?	Ya ada...
6	Perubahan-perubahan apa yang ibu rasakan?	Pubahan dari yang sakit ini, ya dari yang tadinya suka emosi, begitu.
7	Perubahan pada diri ibu, kan ibu yang merawat bapak ya, nah selama disini 21 hari, yang dulunya ibu biasanya dirumah, sekarang ibu 21 hari dirumah sakit, karena harus merawat bapak, adakah perubahan fisik, atau perubahan apa yang ibu rasakan pada diri ibu?	Ya perubahannya ya gitu, tadinya kan kita engga ngurusin seratus persen, kan gitukan, jadi sekarang kita harus fokus ke yang sakit itu, perubahannya ya begitu
8	Kalau untuk perubahan fisik ibu, misalnya selama ibu dirumah mungkin bisa istirahat dengan baik, misalnya, makan dengan baik, tidur dengn baik, ya mungkin ibu bisa melakukan aktivitas kegiatan segala	Ya selama disini tidur kurang, ya makan juga engga teratur,

	macam dengan baik, nah selama dirumah sakit harus ngerawat bapak, adakah yang ibu rasakan berubah, misalnya mulai dari makannya tidurnya begitu?	
9	Menurut ibu hal apa yang menyebabkan makan ibu menjadi kurang?	Ya karena itu kali ya, karena pikiran, khawatir, entar gimana gitu
10	Jadi karena rasa khawatir, jadi makannya ?	Ya makannya juga jadi engga napsu begitu, padahal anak saya setiap hari bawa
11	Jadi sebetulnya, makanannya sih ada ya bu, tetapi karena pikiran	Iya karena pikiran jadi gitu, pikiran kita jadi fokusnya gitu, jadi makannya jadi engga teratur
12	Kemudian tadi ibu bilang istirahatnya jadi berkurang, menurut ibu apa yang menyebabkan istirahat ibu menjadi berkurang	Kalo ibu kan emang dirumah emang sering tidur gitu ya, kalo engga kemana-mana engga ada kegiatan ya siang, seringnya tidur siang. Kalo disini kan engga bisa
13	Apa yang menyebabkan ibu tidak bisa tidur siang disini?	Kan namanya sini, dirumah sakit, masa kita mau ngegelar
14	Artinya karena tidak ada sarana untuk tidur siangnya ya bu?	Iya, engga ada tempatnya
15	Kalo dirumah tidur siangnya berapa lama bu?	Dari jam,... abis juhur aja, sampe ashar
16	Jadi selama disini ibu tidak bisa tidur siang dari juhur sampai ashar ya bu. Kalo malam bagaimana bu?	Kalo malam ya, kalo belum jam sepuluh ya belon tidur selama dirumah
17	Jadi kalau dirumah tidurnya setelah jam sepuluh malam	Iya jam sepuluh tidur, ya bangunnya subuh
18	Bagaimana kualitas tidurnya dirumah	Ya bagus, engga bakal kebangun terus begitu
19	Kalau disini bagaimana bu?	Kalo disini kan kita ya tidur-tidur gimana gitu ya, apalagi kemaren, ya kaya kemaren-kemaren itu. Tapi semalem ngerasain enak tidurnya
20	Kenapa selama sebelum-sebelumnya ibu merasa tidurnya terganggu, apa yang menyebabkannya bu, apa karena kondisi bapak atau karena fasilitas tidurnya?	Ya terutama karena itu, ya suasananya, ya tempatnya
21	Tempatnya kenapa bu?	Ya namanya tidur diruangan gitukan, engga biasa, kita emang engga biasa tidur dibawah,

22	Jadi ibu tidak biasa tidur dibawah ya bu, kemudian tidak biasa karena suasananya	Terang banget
23	Oh jadi ibu tidak terbiasa tidur dengan suasana terang ya bu, juga tidak terbiasa tidur dilantai.	Ya tapi mau engga mau, makanya tidurnya engga bisa pules
24	Kemudian kalau untuk kondisi bapak, adakah yang membuat pola tidur ibu berubah?	Ya begitu dah
25	Memangnya kenapa bapak bu kalo malem?	Ya kadang-kadang kan kalo pake infusan kan ngeri, takut, jadi musti ngawasin bapak, abis tidurnya kan agak-agak, gimana sih kalo orang bilang, lasak ya,
26	Jadi karena tidur bapak lasak, jadi ibu mau engga mau musti mengawasi bapak ya?	Iya makanya tidurnya juga jadi engga tenang, jadi bangun lagi, untuk benerin, kadang benerin ininya (menunjuk bagian hidung)
27	Selang oksigen maksud ibu?	Iya selangnya, kadang-kadang infusannya gitu
28	Selain tadi ibu merasa tidurnya jadi kurang, kemudian makannya jadi kurang, adakah perubahan yang lainnya yang ibu rasakan pada diri ibu?	Ya campur aduk dah
29	Dapatkan ibu menceritakannya?	Ya lelah juga, dibadan kita, dipikiran kita juga, gitu
30	Lelah badan, lelah pikiran gitu ya bu, apa yang menyebabkan hal itu terjadi bu?	Ya pikiran, ya biasa kita tenang dirumah ya disini kayanya jadi gimana gitu ya, khawatir, kepikiran juga
31	Kalau kelelahan badannya karena apa ya bu?	Ya biasanya kita engga seratus persen ngurusin terus-terusan ya gitu, kan kalo disini kan kita terus-terusan.
32	Jadi musti ngurus bapak terus-terusan ya bu?	Iya
33	Menurut ibu apa yang menyebabkan ibu harus mengurus terus-terusan?	Ya soalnya kan bapak orangnya lain ya, agak cerewet, gitukan, kalo kita kan selalu ngingetin dia, jangan begitu, gitu
34	Kalau anak-anak bagaimana bu?	Anak kan semuanya udah nikah, jadi kalo kita seininya aja, ya kalo kita perintah ya dia engga pernah

		nolak, ya waktu kemaren biasa-biasa aja kan kita engga suruh nungguin gitu, tapi udah dua hari ini anak tuh bergantian nemenin saya.
35	Artinya karena anak sudah punya tanggung jawab masing-masing ya bu, sehingga ibu yang mengurus bapak	Ya iya
36	Kemudian tadi ibu bilang ibu kurang tidur, makannya sulit, kemudian jadi capek, ada lagi tidak perubahan fisik yang ibu rasakan	Engga sih, cuman kayanya kepikiran yang dirumah aja, perasaan terbagi dua, gitu
37	Jadi ibu kepikiran, perasaan terbagi dua ya bu, disini dengan dirumah?	Iya, yang bungsu kan dirumah ya, lagi hamil tua gitu maksudnya, takutnya apa mau lahir, gitu
38	Ya jadi pikirannya terbagi, ya mikirin bapak juga, tapi mikirin yang dirumah juga karena anaknya mau lahiran ya bu. Jadi sekarang siapa yang mengurus dia dirumah?	Engga ada yang ngurus, dia ama keluarganya aja. Tapi ya kadang suka kemari juga dia, walaupun udah hamil tua juga, udah hamil gede gitu
39	Kemudian untuk perasaan, untuk psikologis ibu, adakah perubahan yang ibu rasakan, tadi ibu kan merasa khawatir karena sakit bapak, ada lagi tidak yang ibu rasakan?	Kayanya engga deh
40	Mungkin rasa sedih ?	Ya saya berusaha tabah, emang sih pikiran engga luput dari rasa itu ya, namanya sakit, tapi emang dari dulu, ibu kan udah pengalaman anak kan semua sering dirumah sakit, gitu ya, tapi dalam keadaan begini tuh berusaha tabah
41	Tabah ya bu ya. Kemudian ada perasaan lain yang ibu rasakan, misalnya senang, begitu?	Ya rasa senang pasti ada
42	apa penyebab rasa senang yang ibu rasakan?	Bapak biar begitu, biar dalam keadan sakit, kadang sering humor, gitu
43	Oh, jadi bapak sering ngelucu juga ya bu?	Iya, kita jadi yang aturannya sedih, jadi ketawa bareng-bareng, ya ngobrol juga
44	Kemudian untuk kehidupan ibu bersosialisasi, mungkin selama ibu dirumah ibu bisa melakukan kegiatan,	Ya ibu dirumah kegiatannya tuh ngajar

	ya bertetangga, mungkin ada perubahan yang terjadi selama ibu disini	
45	Oh ibu guru?	Iya guru ngaji
46	Nah sekarang kan sudah dua puluh satu hari nih ibu disini, jadi engga ngajar?	Iya, kata anak-anak “udah bu biarin” tinggalin aja
47	Jadi semua kegiatan ditinggalkan ya bu?	Iya, saya tinggal minta maaf aja (tertawa), tapi ada yang saya wakulkan, gitu.
48	Jadi semua kegiatan ibu tinggalkan ya bu untuk mengurus bapak?	Kan kita pahalanya lebih gede kalo ngurusin suami. Jadi kita nyari pahalanya aja.
49	Jadi artinya kegiatan-kegiatan ibu terganggu juga selama ibu dirumah sakit ya bu?	Iya
50	Kemudian untuk masalah keagamaam bu, mungkin selama dirumah ibu bisa menjalankan kegiatan keagamaan dengan baik namanya dirumah sendiri ya bu, nah selama dua puluh satu hari ibu disini, bagaimana ibu menjalankan kegiatan keagamaan?	Ya biar gimana-gimanapun kita, kalo yang namanya perintah yang harus dikerjakan, ya tetep aja kita jalanin.
51	Ada tidak perubahan yang ibu rasakan, misalnya terkait suasananya atau terkait dengan kondisi ibu	Engga, engga ada, ya berusaha khusuk itu aja
52	Untuk kualitasnya sendiri, apa mungkin sholatnya jadi cepat, atau apa?	Iya, cuman itu aja, sholatnya engga bisa lama
53	Apa yang menyebabkan nya bu?	Ya kita kuatir aja, takut ada apa-apa gitu, jadi sholatnya jadi cepet-cepet.
54	Jadi sholatnya cepet-cepet ya bu, karena kawatir dengan kondisi bapak?	Iya
55	Kemudia, adakah perubahan lain yang ibu rasakan dalam menjalankan ibadah selama di sini, ya misalnya sehabis sholat ibu mau nmelakukan sesuatu, nah selama disini jadi berubah, mungkin saya jadi engga bisa ini, engga bisa itu?	Iya memang engga bias
56	Karena apa bu?	Ya karena engga bisa, suasana nya engga enak ngegangguin orang-orang yang lagi pada sakit, kita lagi ngaji gitu ya. Memang sih bagus,

		tapi ya kita haurs ada tempatnya, gitu kan
57	Kemudian untuk masalah ekonomi bu, selama ini yang pencari nafkah utama dirumah siapa?	Ya terus-terang, kalo bapak ya emang udah engga kerja
58	Jadi selama ini yang mencari nafkah utama siapa bu?	Jadi engga ada, engga ada yang nyari nafkah
59	Untuk kebutuhan sehari-hari bu?	Dari anak-anak aja
60	Nah sekarang, dari bapak sakit, ada tidak perubahan yang ibu rasakan terkait dengan ekonomi?	Ya ada juga, perubahannya ya sedikit-sedikit kita kan bantuin ngajar, biar sedikit kan ngasih, ya namanya biar bulanan, ya kan ada aja. Selama disini kan kita, ya baratnya engga ada pemasukan gitu
61	Jadi perubahannya, walaupun cuman sedikit, tapi biasanya ada pemasukan, karena harus menunggu bapak jadi tidak ada pemasukan	Iya engga ada pemasukan sama sekali
62	Selain itu bu, apakah ada perubahan, ya apa tidak ada biaya tambahan atau apa?	Ya yang jelas nambah, karena kita ada dirumah sakit, ya kita, keperluan bapak juga, keperluan kita juga, ya keperluan makan, ya namanya dirumah sakit kan semuanya harus beli, ya air aja kan kita harus beli, gitukan
63	Jadi artinya ada keluar uang tambahan ya selama menunggu dirumah sakit	Iya, belum lagi keperluan-keperluan bapak
64	Kemudian, tadi ibu bilang, makannya kan jadi egga teratur, makannya jadi kurang nafsu, tidurnya jadi jadi kurang, capek ya bu. Adakah akibat atau dampaknya terhadap kemampuan ibu dalam merawat bapak?	Engga, engga ada,
65	Kemudian untuk perasaan, tadi ibu mengatakan khawatir, apakah hal itu menjadi hambatan ibu dalam merawat bapak?	Engga, engga ada sih
66	Kalo untuk masalah ekonomi tadi ibu bilang berdampak karena ibu engga bisa ngajar ya	Iya, ya anak itu bener-bener pada, ya istilahnya berkorban lah,
67	Ibu, saya lihat, kondisi bapak kan nafasnya sesak ya bu, kemudian, karena struknya, bicaranya jadi agak kurang jelas	Iya agak kurang jelas

68	Ya, kemudian mungkin karena struknya juga ya, kekuatan ototnya jadi kurang ya bu, apakah kondisi seperti ini menjadi hambatan, halangan ibu dalam merawat bapak?	Engga engga
69	Ibu engga mengalami kesulitan ketika misalnya bapak ngomongnya susah, mungkin ibu jadi,...	Ya kadang-kadang aja, abis bicaranya kurang jelas, begitu. Ya ngomongnya kenceng dong, gitu aja.
70	Artinya kan karena bicaranya kurang jelas gitu, apakah ibu menemukan hambatan dalam mengurus bapak?	Ya engga sih, cuman agak, ya orangnya suka emosian, kalo kita engga denger gitu, omongan dia, kadang-kadang suka marah gitu.
71	Itu saja ya bu yang bikin hambatannya ya	Iya (tertawa)
72	Kalo untuk kondisi fisik ibu sendiri, apakah hal itu tidak menjadi hambatan ibu untuk ngerawat bapak, apakah ibu bisa tetap merawat bapak, walaupun badannya lemes, walaupun istirahatnya kurang ?	Engga, engga jadi masalah
73	Kalo untuk kondisi perasaan sendiri, karena ibu sedih, khawatir, apakah itu menjadi hambatan ibu dalam merawat bapak?	Sekarang, Alhamdulillah engga tuh, anak saya mendukung sih kata anak –anak, kalo ada urusan apa, ya istilahnya ngomong aja sih, Insya Alloh, anak-anak bisa, kalo untuk sehari-hari lah gitu. Emang sih anak saya engga ada yang kaya, gitu istilahnya, tapi sekedar bantu – bantu orang tua ya bisa
74	Jadi untuk masalah ekonomi juga tidak ada hambatan ya bu, karena walaupun ibu bilang tadi penghasilannya jadi berkurang,...	Tapi ya hanya untuk ibu doang ya, karena ya hanya sekedar nolong aja ya
75	Iya ya bu, anak-anak mau ngebantu	Iya Alhamdulillah
76	Kemudian, hambatan dalam bersosialisasi yang ibu temukan selama disini, ya karena ibu tidak dapat berhubungan dengan tetangga, engga bisa ngaji, apakah itu menjadi hambatan ibu?	Engga sih, ibu udah ngomong keorang-orang. Kita udah terima ujian dari Alloh, ya begitu
77	Bu, tadi kan ibu bilang, karena kondisi struk bapak, badannya jadi lemes, nafasnya jadi sesek, kemudian, saya	Iya, tapi ya itu, berusaha kita ngomongin ini, kita nanya lagi – nanya lagi

	lihat sehari-hari juga kan yang merawatnya ibu, bagaimana ibu bisa melakukan semua itu, bagaimana ibu bisa menyesuaikan diri dengan kondisi bapak? Misalnya ibu tadi kan bilang ngomongnya bapak engga jelas, bagaimana ibu menyesuaikan diri sehingga bisa tetep merawat bapak, walaupun bapak ngomongnya engga jelas?	
78	Oh jadi nanyanya diulang ulang ya bu kalo tidak jelas?	Iya
79	Kalo dengan kondisi bapak yang lemes gitu, gimana ibu menyesuainya?	Menyesuaikan kedalam keadaan dia sakit itu?
80	Iya bu...	Ya sebisa-bisa mungkin saya ngerjainnya, kalo engga bisa ya udah, kalo dia marah ya diem aja (tertawa)
81	Kemudian ibu tadi bilang, ibu kurang istirahat, bagaimana ibu menyesuaikan supaya kebutuhan itu bisa terpenuhi?	Ya kalo terpenuhi mah, ya engga akan bisa, tetep engga akan bisa terpenuhi.
82	Kalau begitu, bagaiman ibu mencari jalan , ya paling tidak beristirahat sedikit lah?	Ya nyari jalannya gimana ya, bingung (tertawa), engga akan bisa
83	Kalau untuk kebutuhan makannya sendiri bu?	Makan ya kadang-kadang anak dateng, ya udah
84	Tetapi kan ibu tadi bilang, ibu sering engga nafsu akan karena memikirkan kondisi bapak, nah bagaimana ibu menyesuainya?	Jadi kalo kita engga nafsu nasi, apa ajalah yang bisa dimakan, kata anak-anak gitu. Apa roti, apa kueh, apa buah, gitu. Yang seininya kita, seseleranya.
85	Jadi kalo ibu engga nafsu makan, ibu yang menyesuaikan ya , makanan apa yang diinginkan, supaya makanan bisa tetap masuk?	Iya anak-anak juga pada bilang “makan, jangan dikosongin perutnya”
86	Supaya apa tuh bu, perutnya jangan dikosongin	Ya biar keisi deh perutnya, supaya tetep sehat, bisa ngerawat bapak.
87	Kemudian untuk kelelahannya, bagaimana ibu mengatasinya?	Ya apa aja, yang kita rasakan engga enak ya kita pake obat-obatnya
88	Obat-obat apa bu, dan ibu dapetnya dari mana	Ya pake obat obatan tolak angin, apa begitu aja.
89	Jadi ibu membeli bat-obatan diwarung ya?	Ya, kalo pusing kita beli obat pusing, ya begitu aja udah

90	Menurut ibu apa yang menyebabkan ibu menjadi pusing?	Ya pusing juga kalo kurang tidur. Dan lagi, ibukan punya penyakit ini, abis kelamaan duduk sih
91	Oh, jadi ibu kalo kelamaan duduk ya ibu pusing ya?	Iya, terus kakinya juga bengkok, coba suster lihat deh ((menunjukkan kedua kakinya yang bengkok))
92	Oh ya bu ya, bengkok banget ya bu ya	Iya, kan kurang istirahat ya kalo siang, entar kalo malem tidur ya kempesnya ilang, tapi asal siang ya begitu lagi
93	Jadi selama disini ibu seringnya duduk-duduk begitu ya bu?	Iya, asam urat.
94	Selama ini, siapa yang mandiin bapak?	Saya sendiri, iya dielapin aja, engga mau dimandiin
95	Jadi yang ngelapin ditempat tidur selama ini yang ngerjain ibu?	Iya ibu
96	Bagaimana ibu bisa belajar cara ngelapin bapak segala? Apakah ada yang mengajarkan?	Enggakah bisa sendiri aja (tertawa)
97	Dari mana ibu taunya, apa misalnya pengalaman, atau kira-kira, atau karena yang lainnya?	Ya mungkin perawaan sendiri aja ya
98	Jadi mandiinnya pakai perasaan aja ya, pokoknya begini, begitu ya. Kalau untuk buang air besar dan buang air kecil bapak bagaimana?	Buang air besar ya biasa aja
99	Yang membantu menolong membersihkannya siapa?	Engga kan dikamar mandi, kalo buang air besar dia turun, engga mau ditempat tidur
100	Jadi bapak jalan kekamar mandi ya bu?	Iya, jadi megang belakang saya (menunjuk kekedua bahunya)
101	Oh jadi bapak buang air besarnya kekamar mandi, tetapi tetap dibantu sama ibu ya, dituntun sama ibu	Kalo nuntun begini ibu engga kuat (menunjuk tangannya), tapi kalo megang belakang baru ibu kuat, begitu
102	Oh jadi harus megang belakang supaya ibu kuat ya	Memang rasanya begitu, kalo rendeng kan takutnya jatuh aja gitu,
103	Karena apa ibu harus rendeng?	Ya karena bapak berat kan, badannya juga kaku ya
104	Kemudian untuk makan bapak bagaimana? Selama ini siapa yang nyuapin?	Saya
105	Bagaimana cara ibu menyuapinnya, apakah sambil tiduran atau	Ya duduk, dia engga bisa kalo makan tidur. Ya jadi sambil duduk

	bagaimana?	
106	Kemudian untuk tidurnya, miring-miringnya begitu, siapa yang menolong ibu?	Ya sendiri aja, bisa sendiri
107	Sejauh ini kan saya lihat, ibu juga bilang yang mengurus kebutuhan sehari-hari ibu, pernah tidak ada perawat yang menjelaskan cara merawat bapak sehari-hari ?	Belum pernah ada sus
108	Bagaimana dengan penjelasan cara ngasih makan yang bener misalnya, posisi tidurnya, kalo keselek nanti diapain, gitu, pernah tidak ada perawat yang ngajarin caranya keibu?	Belum pernah
109	Jadi ibu belum pernah tau gimana caranya ngasih makan. Selama ini ibu ngasih makan tau caranya dari mana?	Ya ngasih makan aja udah, seperti biasa gitu
110	Bagaimana dengan cara memandikan, apakah ibu mengerti memandikan?	Ya kalo mandiin, ya dielap biasa, gitu
111	Terus bapak kan kondisinya lemes ya bu, pernah tidak ibu diajarkan cara latihan otot-otot supaya engga kaku?	Engga
112	Jadi selama ini ibu belum pernah diajarkan apa-apa oleh perawat ya bu ya?	He-eh
113	Nantikan kedepannya bapak kan akan pulang kerumah ya bu ya. Nah kalo bapak sudah pulang kerumah, artinya kan yang merawat sepenuhnya adalah ibu	Iya
114	Menurut ibu apasih yang ibu inginkan dari perawat, diberikan penjelasan apa gitu, supaya ibu bisa lebih baik lagi waktu merawat	Ya pengennya sih dikasih tau cara-caranya
115	Cara melakukan apa yang ibu kepingin diberitahu oleh perawat?	Ya cara makan, cara mandiin, cara ngurusin sehari-hari aja gitu, supaya kita sendiri jadi lebih tau aja, kan gitu, kalo engga dikasih tau kan engga tau...
116	Bagaimana dengan cara ambulasi, miring-miring bu?	Ya itu juga
117	Selama ini belum pernah ada perawat, atau mungkin dokter atau yang lainnya, memberikan penjelasan	Belum pernah, belum tau

	kepada ibu	
118	Jadi ibu ngerawat bapak dengan cara	Ya apa adanya aja lah, sebisanya kemampuan saya
119	Kemudian untuk kondisi bapak, tadi ibu bilang berat dan sebagainya, bagaimana ibu mengatasinya, apa kah ibu meminta bantuan dengan orang lain, atau dengan perawat begitu?	Engga sih, Alhamdulillah diiniin sendiri aja (tertawa)
120	Ibu kuat melakukannya sendiri ya bu ya?	Ya kalo dia pusing, suruh duduk dulu di WC itu, kan dia bisanya kan WC duduk, jadi kalo pusing, duduk, entar kalo udah selesai ya udah, kalo mau kedalem, belum sampe tempat tidur udah pusing, ya suruh duduk lagi. Ya caranya gitu aja supaya jangan jatuh.
121	Pernahkan ada yang mengajarkan kepada ibu cara jalan yang betul harus begini, ngelangkah nya harus begini, pake tongkat atau engga, segala macem	Engga sih, belum pernah (tertawa)
122	Apakah ibu merasa perlu diberikan penjelasan mengenai hal itu?	Ya mau sih kalo dikasih tau
123	Ya, jadi yang ibu inginkan diberikan penjelasan bagaimana cara ngerawat bapak semua ya bu?	Iya
124	Tadi apa saya penjelasan yang ibu butuhkan	Ya tentang ngurusin yang sakit, ya misalnya ngurusin makannya, mandinya, cara jalannya
125	Adakah yang ingin ibu sampaikan lagi, mungkin masih ada harapan yang ingin ibu dapatkan diberikan oleh seorang perawat bu?	Ya cuman ada juga ya dokter, kalo kita nanya kayanya kurang jelas gitu
126	Jadi yang ibu inginkan?	Ya kepengennya sih diberikan penjelasan yang jelas, ya contohnya dokter jantung ya, kalo kita nanya, kayanya teburu-buru mau jalan aja gitu
127	Jadi ya harusnya baik dokter ataupun perawat kalau memnberikan penyelasan harus yang jelas ya bu?	Iya, pengennya jelas, jadi kan kita tau
128	Adakah yang ingin ibu sampaikan lagi?	Engga, terima kasih aja

Transkrip Verbatim P6

Nama : Tn M
Usia : 27 tahun
Pendidikan : SLTA
Hubungan : anak kandung
Pekerjaan : pedagang
Nama pasien : Ny T.G
Usia : 68 tahun
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Diagnose : Stroke Non Hemorragie hari ke-10 (infark cerebri dibasal ganglia dan lobus frontalis kanan)

Catatan Lapangan P6

Nama partisipan : Tn M	Kode partisipan : P6
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara : 16 Juni 2010, pukul 14.45 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja) b. Non-verbal : partisipan duduk dikursi dihadapan peneliti, meletakkan tangan dipangkuan.	
Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung : selama wawancara	

berlangsung, partisipan jarang menatap mata peneliti, lebih banyak menunduk atau menatap keluar jendela, sekali-kali tersenyum atau menundukan wajah. Intonasi suara terdengar cukup baik.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, terjadi satu kali distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P6

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat sore mas	Ya sore
2	Kan ibu sudah dirawat dirawat disini kan lebih dari satu minggu ya, terus saya lihat juga selama ini kan mas Moan yang selalu menunggu ibu dirumah sakit, bisa tidak mas Moan ceritakan perubahan-perubahan yang terjadi pada diri mas Moan selama menunggu ibu dirumah sakit?	Perubahannya, ya paling ngantuk aja, kadang kebangun gitu
3	Menurut mas Moan, apa penyebab mengantuknya itu?	Ya kadangkala kalo ibu bangun, kita ikut bangun
4	Jadi kalo ibu bangun, mas Moan jadi ikut bangun ya?	Iya ikut bangun
5	Memang selama ini kalo dirumah gimana tidurnya, hingga disini jadi ada perubahan?	Ya kalo dirumah kan, kalo udah ngantuk jam tujuh, engga kemana-mana, ya tidur, kadang jam sembilan udah tidur. Kalo engga ada apa-apa ya tidur
6	Kalo disini?	Ya disini kan <i>stand-by</i> terus, kalo belum tidur, ya kita engga bisa tidur
7	Jadi kalo ibu belum tidur, mas Moan juga tidak bisa tidur	Iya, kalo ibu belum tidur, kita engga bisa tidur (tertawa). Iya jagi bukannya engga bisa tidur, tapi masa dianya engga tidur, yang jagainnya malah tidur, kan gitukan
8	Kemudian kalau sipasien tidur, mas Moan bisa tidur pulas, atau kebangun-bangun juga?	Ya tidur aja, paling kalo dipanggil, bangun gitukan
9	Untuk apa biasanya ibu manggil?	Ya paling minum, apa-apa, ya

		paling kalo bangun kan manggil, ngurutin, gitukan, pada pegel gitu
10	Jadi ibu manggil untuk meminta sesuatu ya?	Ya kadang kalo manggil kita kasih minum satu gelas, ya entar kalo dia engga bisa tidur ya paling pijit-pijitin, ya apa gitu deh, apa aja, biar diliat sama dia
11	Jadi kebutuhan istirahat tidurnya keganggu disini yang pertama karena kalau ibu belum bisa tidur, mas Moan juga engga bisa tidur, yang kedua juga kalo pas lagi tidur keganggu juga karena ibu minta dipijit-pijit?	Iya
12	Kemudian, selain istirahat tidur, ada tidak perubahan lain yang dirasakan, misalnya makan, atau apalah yang menyebabkan terjadinya perubahan antara dirumah dengan disini?	Makan iya, makannya ya jadi sedikit
13	Kenapa makannya jadi sedikit?	Tau kenapa, karena kurang tidur kali, nafsu makan jadi turun
14	Jadi, karena kurang tidur, jadinya tidak nafsu makan	Ya iya
15	Selain itu karena apa?	Apa ya?
16	Menunya mungkin ? apa kalau hal itu tidak bermasalah?	Menunya sih bebas beli dibawah (tertawa)
17	Malah bisa milih menunya ya. Tapi karena kurang tidur jadi kurang nafsu makan ya?	Apa mungkin juga karena cocokan masakan orang tua ya kali
18	Oh jadi kurang istirahat juga menyebabkan nafsu makan menurun, tetapi selera juga engga pas?	Iya, engga cocok gitu, kadangkannya saya engga suka pedes, tapi makanannya yang ada pedes, gitukan
19	Selain itu, tadi dikatakan susah tidur, nafsu makannya juga jadi menurun ya, apalagi perubahan yang dirasakan selain itu?	Ya ini, matanya jadi merah nih (menunjukkan mata kanannya yang tampak merah)
20	Apa penyebabnya?	Engga tau, dikucek-kucek mungkin, kan jarang tidur, kadang tidur tuh cuman dua jam, bangun, tidur, jadi kaya tidur-tidur ayam gitukan, engga tidur pules. Ya kalo dirumah kan udah tidur less,...kita kan tidur bisa eee... (tertawa sambil

		menggerakkan lehernya seperti sedang tidur)
21	Kalo disini tidurnya jadi tidur-tidur ayam ya?	Iya,
22	Masih ada lagi tidak keluhan fisik yang dirasakan ?	Engga ada sih
23	Bagaimana dengan rasa lelah?	Engga sih, banyakin minum air putih aja sih
24	Bagaimana dengan rasa pusing?	Kalo pusing engga sih, cuman kalo malem rasanya kedinginan doang, ACnya kedinginan, eh
25	Memangnya tidak tahan dingin ya?	Bukannya engga kuat dingin, biasanya engga make AC sih dirumah, sekarang tidur pake AC(tertawa), ya repot
26	Jadi suasana dirumah sakit juga mempengaruhi pola tidur ya?	Iya, kadang jam sebelas, kadang kan misalnya orang ke kamar mandikan juga kedengeran
27	Oh jadi suasana rebut juga ya?	Ya bukan rebut sih, tapi orang jalan ke kamar mandi juga kan,...tek,tek,tek, (menggerak-gerakan kaki seperti orang melangkah), jadi kaget
28	Jadi merasa kaget ya?	Iya kaget, tapi ya tidur lagi, gitu, walaupun engga tidur nyenyak, biasalah tidur ayam, iya (tertawa)
29	Tadi mas Moan mengatakan menjadi ngantuk, lelah, matanya jadi merah karena dikucek-kucek, adakah perubahan yang dirasakan terkait dengan perasaan?	Yah paling gimana ya, kepikiran orang tua, kok, begini ya, gimana ya
30	Begininya kenapa?	Ya kapan mau pulangny,
31	Kemudian apa lagi yang dipikirkan ?	Ya terbengkalai semua dirumah, kalo engga ada yang pulangkan, kepikiran dirumah, jadi kan kepikiran disini, kepikiran dirumah
32	Oh jadi mikir kapan orang tua bisa pulang, juga memikirkan rumah jadi terbengkalai	Iya, lama-lamakan banyakan disini kan pusing (tertawa)
33	Pusingnya dari segi apa?	Ya kan jajan mahal, biayanya mahal
34	Selain perasaan, tadi pikirannya terbagi, ada lagi tidak yang dirasakan, perasaan	Ya kalo kuatir sih ada dikit kautirnya

	kuatir, atau yang lainnya	
35	Apa yang dikuatirkan?	Bisa pulih lagi engga penyakitnya
36	Jadi mas Moan menginginkan ibu seperti sedia kala ya mas?	Ya minimal udah bisa bangun lah ya, ini mah tidur mulu, duduk belon,
37	Jadi mas Moan kepikiran kondisinya apa bisa pulih atau engga ya?	Ya minimal bisa bangun lah itu ya, ya kao dia masih tidur terus kan kita mau kemana-mana kan enak. Nanti kan kalo pas pulang, belum bisa kekamar mandi berdiri kan repot, kalo kita mau kemana gitu
38	Jadi mas Moan merasa tidak bisa melakukan aktivitas dengan bebas kalo kondisi ibu seperti itu ya?	Ya kalo emang bisa bangun kan, kekamar mandi kan mungkin, minimal ya pake ember-ember dulu deh, duduk di ember (tertawa). Kalo engga bisa bangun kan kita bingung, otomatis <i>stand-by</i> terus 24 jam terus kalo pulang kerumah gitu kan
39	Jadi mas Moan mau engga mau untuk merawat orang tua 24 jam ya?	Iya, merawat orang tua itu deh kepikirannya
40	Masih ada lagi tidak perasaan yang mas Moan rasakan terkait dengan kondisi ibu?	Engga, itu doang kali ya
41	Bagaimana dengan hubungan sosial, mungkin sebelum ibu sakit, ya mas Moan melakukan kegiatan, ya kerja, ya berhubungan dengan tetangga. Nah selama disini kan mau engga mau harus nungguin disini terus. Ada tidak perubahan yang dirasakan?	Ya engga ada lagi sih, ya berdoa aja sih, supaya penyakitnya lekas sembuh. Itu aja cuman begitu doang sih
42	Tapi bagaimana dengan hubungan social mas Moal, misalnya hubungan pertemanan, bertetangga, jadi terganggu tidak selama menunggu orang tua disini?	Ngerti sih temen-temen semua
43	Teman-teman ngerti ya, jadi tidak terganggu hubungan sosialnya?	Engga, temennya yang kesini ya
44	Kemudian untuk kegiatan keagamaan, maaf mas Moan agamanya apa?	Kristen
45	Kristen. Kemudian untuk kegiatan menjalankan ibadah. Bagaimana mas	Ya kalo sekarang udah dua minggu engga kegereja (tertawa),

	Moan ?	biasanya sih rajin bu
46	Jadi selama dirumah sering kegereja ya, tapi selama dirumah sakit mas Moan jadi engga pernah kegereja juga ya?	Iya, kadang waktunya gitu ya, kita mau pulang juga kan engga ada waktunya
47	Tapi untuk kegiatan keagamaan yang lain ada kendala yang dihadapi tidak?	Engga sih, ya bilang aja, orang tua sakit, jadi minta doanya aja gitu kan
48	Jadi tetap minta doa kepada orang lain ya?	He-eh
49	Kalo untuk masalah ekonomi mas Moan, ada engga perubahanyang dirasakan terkait dengan kondisi ibu selama ini?	Ya jadi ini, jadi kaga dagang. Maksudnya engga bisa bantuin. Engga kerja
50	Selain itu?	Ya udah
51	Pengeluaran mungkin ada yang berubah?	Pengeluaran ya, mungkin ya sisa-sisa yang dulu ya. Kadang dari yang besuk, ya dari itulah yang dipake (tertawa).
52	Jadi untuk keperluan disini, mengandalkan orang yang besuk ya, terus tabungan juga lama-lama habis ya, terpakai?	Iya
53	Tapi ada perbedaaan ya, pengeluaran jadi makin banyak begitu?	Ya paling, sama aja, biasa sih, paling untuk makan. Makan doang sih
54	Adaak perubahan lain yang dirasakan?	Ya paling engga kerja doang
55	Kemudian tadi mas Moan sudah cerita, dampak fisiknya jadi usah tidur, susah makan juga, apakah hal tersebut berdampak pada kemampuan man Moan dalam merawat orang tua?	Ya untuk makan sih tetep, paling-paling juga untuk makan yang biasanya sepiring, sekarang jadi setengahnya, ya porsinya jadi berkurang sedikit doing
56	Bagaimana dengan istirahat tidurnya, apakah itu berdampak pada cara merawat ibu?	Engga, paling kalo lagi gantian nih, paling ada sodara yang dateng nih, dia gantiin jaga, kita sebentar tidur dulu,
57	Oh jadi mengatasinya dengan cara begitu ya. Tetapi dampaknya pada keluarga sendiri tidak ada ya?	Engga
58	Misalnya gara-gara kurang tidurnya nih makannya waktu ngerawat ibu jadi menemukan kesulitan?	Engga sih, mungkin karena masih muda kali ya, belum terasa kali ya (tersenyum)
59	Jadi walaupun kurang tidur dan kurang makan, tetapi staminanya tetap ya?	Iya
60	Kemudian, tadi mas Moan merasakan	Engga, kita nyemangatin yang

	kawatir, kepikiran dan sebagainya, apakah itu berdampak pada kemampuan mas Moan dalam merawat ibu?	sakit aja deh, entar kalo ikut-ikutan, dianya sakit lagi, kita juga kan yang repot, ya diseneng-senengin aja
61	Kemudian, bagaimana dengan kegiatan beraktivitas mas Moan, apakah berdampak pada kemampuan merawat ibu?	Ya paling engga kerja aja gitu doing
62	Tadi saya lihat kan ibu kondisinya lemah ya. Kata mas Moan kondisi ibu juga ya tiduran terus, duduk juga tidak pernah, sepertinya bicara juga masih belum jelas sekali, apakah masalah itu menjadi hambatan mas Moan selama merawat ibu?	Engga, paling ngasih makan doang, ama minum, udah
63	Tapi untuk kondisi itu, apakah menjadi hambatan mas Moan untuk merawat ibu?	Ya engga lah
64	Kalo untuk masalah biaya dan sebagainya, apakah itu menjadi hambatan mas Moan dalam merawat ibu?	Engga, untuk masalah biaya, pakai kartu SK-TM sih,
65	Jadi ibu mengurus surat keringannya?	Iya, surat keringanan
66	Semama ini kan yang merawat ibu mas Moan ya?	Iya
67	Bagaimana mas mMan mengatasi kondisi ibu seperti saat ini sehingga dapat merawat ibu, misalnya mandiin?	Dirumah apa disini?
68	Selama dirumah sakit	Kalo disini ya saya ngelapin, kadang ada suster tuh yang lagi praktek tuh, yang lagi sekolah, kadang minta tolong ama dia
69	Kalo pas lagi engga ada perawat yang sekolah	Ya, paling kita elapin aja, tangan, kaki, muka, udah
70	Kalo untuk buang air besar ibu misalnya?	Kebetulan pas ibu mau buang air, pas lagi kakak ipar ada. Nah kalo ganti pempers belum pernah, kadang suruh aja suster.
71	Oh, kalo ibu buang air besar sih belum ngerti, jadi minta tolong suster aja	Ya kan pake pempers.
72	Kalau untuk miring-miringnya segala macem, misalnya saat mandiin, kan ibu harus miring-miring kekanan-kiri, bagaimana mas Moan melakukannya,	Ya paling dibantu suster gitu, ya kita panggil suster

	kan kondisi ibu lumpuh, lemes, bagaimana mas Moan melakukannya?	
73	Jadi kalo miring-miring dibantu ama suster ya	Iya dibantu ama suster, kalo lagi ada susternya
74	Kalo tidak ada susternya?	Ya kadang dia suka miring sendiri sih, atau ya dipaksa miring, saya bilang “miring dikit ma”
75	Tapi mengerjakan sendiri ya, engga minta bantuan sama orang lain	Iya
76	Kalau untuk makannya bagaimana, kan ibu engga bisa makan ya?	Pake selang
77	Jadi ibu makannya pakai selang ya?	Iya, pakai selang
78	Untuk masalah kekawatiran yang mas Moan rasakan, bagaimana mas Moan mengatasinya?	Ya udah, paling dukungan temen aja, ya udah
79	Minta dukungan temen ya,selain itu?	Ya mau bagaimana lagi, masa mau nangis (tertawa), ya udah dibawa ini aja
80	Dibawa apa mas ?	Ya dibawa tenang aja
81	Kalau untuk masalah ekonomi, tadi mas Moan bilang mau engga mau jadi engga kerja, karena harus merawat ibu disini, mau engga mau penghasilannya jadi berkurang, bagaimana mas Moan mengatasinya?	Ya mungkin kalo ada sodara yang bantuin, ya begitulah,
82	Jadi menerima bantuan orang lain ya?	He-eh
83	Kalau untuk masalah spiritual, tadi mas Moan bilang sudah dua minggu ini tidak kegereja ya karena nungguin ibu, bagaimana mas mengatasinya, sehingga kebutuhannya tetap terpenuhi ?	Kebutuhan apa, spiritual?. Ya, mungkin karena dari dulu udah sering kebaktian, ya sekarang ujian lah.
84	Mas Moan merasa tidak pentingnya perawat memberikan pendidikan kesehatan, memberikan penjelasan?	Penjelasan bagaimana maksudnya?
85	Ya misalnya penjelasan mengenai sakitnya ibu, penjelasan mengenai cara merawat	Maksudnya bagaimana?
86	Misalnya, saat ngasih makan, kan mas Moan ngasih makan ibu melalui selang, mas Moan mengetahui cara ngasih makan lewat selang dari mana, belajarnya dari mana?	Dari suster.
87	Oh, susternya mengajarkan?	Ya kadang-kadang ngeliatin,

		kadang gitu kan
88	Waktu pertama kali, susternya ngajarin atau mas Moan ngeliatin ?	Ngeliatin susternya ngasih makan
89	Susternya ngasih makan , mas Moan ngeliatin, habis itu?	Engga ada, ngeliatin aja gitu
90	Kemudian waktu mas Moan ngasih makan, diliatin suster apa engga?	Engga, kan udah ngeliatin, yang penting jangan kena udaranya aja, gitu. Langsung dipencet , gitu doing
91	Itu perawatnya yang bilang seperti itu?	Iya, ya gagal-gagal sedikit aja mah wajar, moncrot-moncrot (tertawa)
92	Jadi waktu mas Moan ngasih makan, siperawatnya ngeliatin apa engga?	Ya pas sekali dua kali ya liat, gitu ya, sesudah itu sendiri. Kadang waktu pertama ya kesemprot, trus keluar separo, ya gagal-gagal awalnya, udah gitu mah bisa lah.
93	Jadi awal-awalnya waktu ngasih makan ibu...	Ya awalnya muncrat, obatnya tumpah, kan ininya, apanya tuh, tempat tidurnya basah, akhirnya diganti ama suster.
94	Jadi pada awal-awalnya ngeliatin siperawatnya kerja, udah gitu...	Ya nyoba aja.
95	Pernahkan perawatnya mengajarkan, misalnya posisi tidurnya harus begini, makanannya harus diginiin, berapa banyak yang diberikan, pernah engga diajarkan sama perawatnya?	Belum sih
96	Jadi cuman diajarin bagaimana caranya ngasih makan aja?	Tapi kita inisiatif sendiri, ngasih minumannya, dua gelas, emang kalo bangun, ada aja, harus bergerak, kalo engga, entar marah-marah (tertawa)
97	Jadi ibu marah-marah ya?	Iya, pokoknya kalo lagi bangun, kasih minum kek, apa kek, dibelai-belai kek, ya begitu
98	Kemudian, waktu mas Moang ngasih makan, posisi tidur ibu bagaimana?	Ya begini, ya tiduran
99	Jadi ibu tidur terlentang ya?	Iya, ibu tidur terlentang
100	Engga ditinggiin?	Engga, emangnya harus ditinggiin ya? Ya tambahan aja
101	Apakah perawatnya engga pernah ngasih tau kaya apa posisi tidurnya?	Engga pernah ngasih tau
102	Kemudian untuk mandiin dan segala	Belum sih cuman ngeliatin doing

	macemnya, pernah engga perawatnya ngajarin cara mandiin yang betul?	
103	Belum ya, jadi hanya ngeliatin si perawatnya mandiin aja?	Iya, terus saya ikutin, paling kalo ganti baju, ya saya minta tolong ama yang praktek tuh
104	Kemudian untuk miring-miringin ibu, ada engga perawat yang ngajarin caranya, pasiennya musti miring kanan-kiri?	Harus miring gitu?, iya sih
105	Perawatnya bilang apa waktu itu?	Nanti jangan terlalu tidur mulu, nanti giniannya (menunjuk punggungnya) panas gitu, apa tuh, punggung ya, trus punggungnya sering diiniin (menggerak-gerakan tangannya turun naik)
106	Diajarin caranya atau cuman ngasih tau aja?	Ya cuman ngasih tau aja, tapi kadang dia mau sih miring-miring
107	Mas Moan tau engga cara miring-miring yang bener?	Engga tau sih
108	Tapi pernah dipraktekin cara miring-miringin ibu ?	Pernah sih
109	Tapi engga tau caranya?	Ya pokoknya miring aja (tertawa)
110	Untuk menggerakkan otot-otot ibu, pernah engga melakukannya?	Belum
111	Jadi selama lebih dari satu minggu disini, ototnya engga pernah digerakin?	Belum, paling cuman kita urut-urutin aja
112	Itu siapa yang ngasih tau supaya diurut-urut?	Orang tua yang minta diurutin, pegel gitu
113	Tapi artinya belum pernah ada perawat yang ngajarin cara ngelatih otot-ototnya	Engga
114	Kalau begitu, bisa tidak mas Moan ceritakan kegiatan yang mas Moan lakukan selama menunggu ibu dari pagi sampai pagi lagi, itu ngapain aja	Ya kalo pagi ngasih makan
115	coba mulai dari bangun tidur mas?	Pertama nih jam empat nih ngasih susu dulu
116	Itu mas Moan kerjain sendiri?	Iya, terus minum. Kan jam tujuh tuh kan makan
117	Makan apa?	Makan bubur blender, ya makan bubur , terus ngasih obat. Oh yang pertama minum susu, dielapin, dielap.

118	Dielap apanya mas?	Ya mandi, mandi,
119	Jadi habis minum susu, abis itu mandiin ibu?	Ya, tapi kadang mandiin dulu, kadang minum susu dulu, tergantung dia lagi tidur. Kalo dia lagi tidur, ya kasih susu dulu, kadang ya mandiin dulu
120	Trus yang mandiin mas?	Kalo pagi-pagi iya
121	Mandiin ya sama mas sendiri, apakah mas bisa melakukannya, ada masalah engga?	Ya paling kaki, tangan, badan, gitu aja udah
122	Kenapa punggungnya engga?	Kalo punggungnya sore
123	Kalo pagi kenapa engga semuanya?	Takut ngebuka-bukain bajunya
124	Jadi mas Moan masih takut ya ngebukain bajunya, jadi gelapnya hanya sepermukaan aja?	Iya, kalo sore kan ada susternya
125	Sehabis mandiin terus apa lagi kegiatannya?	Abis mandiin ya ngasih makan, tergantung dulu, kadang mandiin dulu, kadang ngasih susu dulu, abis itu ngasih makan, ngasih obat, udah
126	Kemudian apa lagi kegiatannya?	Abis ngasih obat ya udah, paling mijit-mijitin, apa ngebelai-belai, pokoknya engga boleh dilihat duduk deh. Tapi kalo udah tidur ya udah, kita bisa merem-merem dikit,
127	Jadi banyak ya yang mas Moan kerjakan ya?	Iya
128	Tapi perawatnya selama ini hanya memberitahu caranya ngasih makan?, udah gitu mandiin belum pernah diajarkan bagaimana caranya? Kalo buang air besar udah pernah ngerjain belum?	Kalo itu belum, abis pas ada kakak ipar.
129	Jadi belum pernah ngerjain ya, perawatnya juga belum pernah ngasih tau cara ngebersihinnya ya?	Belom
130	Nah, kedepannya, ibu kan engga akan disini terus ya mas, ibu kan juga akan pulang kerumah ya? Kan tidak akan disini terus ya, nah, karena kondisi ibu yang seperti ini, mas Moan nanti yang akan merawat ibu dirumah ya?	He-eh
131	Nanti yang ngerawat ibu dirumah siapa?	Ya saya,
132	Jadi nanti mas Moan ya, yang ngerawat	Iya

	ibu dirumah?	
133	Nah mas, informasi atau penjelasan apa yang kira-kira mas Moan butuhkan dari perawat supaya mas Moan bisa ngerawat ibu dengan baik?	Untuk ngeganti pempers sih belum pernah sih, belum pernah nyobain
134	Artinya mas Moan ingin diberikan penjelasan cara membersihkan saat ibu buang air besar?	Iya, caranya pakein pempersnya, terus apa lagi ya, paling itu aja?
135	Kalo cara ngasih makan sudah bisa?	Kan udah disini
136	Cara membuat makanannya?	Kalo makanannya kan udah jadi disini
137	Nanti kalo dirumah bagaimana?	Oh iya, menu-menu makanannya paling, terus cara ngebelendernya belum bisa. Itu masih bisa dilepas apa engga ya?
138	Harusnya sih nanti diajarkan cara melatih reflex menelan, sehingga keluarga dapat melatih reflex memelannya, kalo reflex memelannya sudah bagus, ya selang ibu bisa dicabut. Tetapi artinya mas Moan ingin ya diberi penjelasan mengenai selang makannya dicabut atau tidak	Iya, penjelasan tentang itu, selangnya
139	Kemudian apa lagi yang mas Moan harapkan diberikan penjelasan, misalnya cara miring-miringin?	Cara miring-miringin kayanya masih belum bisa, takut-takut sih
140	Hal apa yang membuat mas Maon takutkan?	Ya abiskan inikan jarum nih (menunjukkan kearah pergelangan tangan kirinya), miring kan tangannya gitu
141	Selama ini tidak ada perawat ya yang memberikan penjelasan	Kita abis paling takut ama jarum, ngeri nya kan entar kelepas, kan kasian entar, disuntik lagi
142	Jadi mas Moan ingin diberikan penjelasan ya gimana caranya supaya miring-miringnya bener ya, jarumnya juga tetap aman	Iya, ganti baju juga begitu, takutnya jarumnya kelepas, entar kasian kan kalo disuntik, yang sehat aja sakit, apalagi yang sakit disuntik lagi.
143	Mas Moan, adakah yang ingin mas Moan sampaikan terkait dengan kondisi ibu?	Pinginnya sih sehat
144	Kalo untuk perawatnya sendiri, apa harapan mas moan supaya bisa lebih baik lagi?	Ya perawatnya udah pada baik-baik semua sih, lumayan

145	Penjelasan seperti apa yang mas Moan inginkan, misalnya, kan tadi katanya belum tau cara ngegerakkin otot-ototnya, belum tahu cara ngasih makannya, posisi makan yang boleh dan tidak, apa yang kira-kira mas butuhkan nanti ketika akan merawat ibu dirumah?	Ya itu paling cuman ngeliat-liatin doang sih taunya, ya harusnya dijelasin, sering diginiin, gituin , caranya bagaimana , kita kan selama ini bukannya diajarin, tapi ngeliatin doang, kita kan ngikutin doing
146	Jadi mas Moang inginnya juga diajarkan ya, bukan hanya ngeliatin saja ya?	Iya, harusnya cara ngasih makan gitu gimana, mandi gimana, kita kan selama ini cuman ngikutin doing
147	Jadi harusnya perawatnya jangan cuman menjelaskan, tapi mempraktekan juga ya?	Ya harusnya ngajarin gitu, ya nanti kalo begini gimana, kalo begitu gimana, kalo ngasih makan nih posisi yang bagusnya begini
148	Selain itu apa lagi mas?	Ya, paling ganti pempers nya nih saya belum bias
149	Kalo untuk perasaan atau ketenangan mas, apa yang mas Moan inginkan, supaya kalo mas Moan lagi stress, banyak pikiran, supaya bisa lebih tenang? Apa harapannya	Ya selama ini sih, baik –baik aja, engga ada masalah sih
150	Untuk masalah biaya, apa yang mas Moan harapkan	Ya, harapannya dapat keringanan lah
151	Ya mudah-mudahan bisa lebih baik ya mas. Ada lagi yang ingin mas Moan sampaikan?	Sudah engga
152	Kalo begitu terima kasih banyak ya	Iya

Transkrip Verbatim P7

Nama : Ny J
Usia : 42 tahun
Pendidikan : SD
Hubungan : istri
Pekerjaan : ibu rumah tangga
Nama pasien : Tn S.S
Usia : 45 tahun
Pekerjaan : supir
Diagnose : Stroke Hemorrhagic hari ke 16 (perdarahan dibasal ganglia kanan))

Catatan Lapangan P7

Nama partisipan : Ny J	Kode partisipan : P7
Tempat wawancara : ruang konsultasi dokter, RS Fatmawati, Lt VI Selatan	Waktu wawancara :18 Juni 2010, pukul 16.00 wib
Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara : wawancara dilakukan diruang tertutup, suasana nyaman dan hening, penerangan baik, tidak ada satu orang pun dalam ruang tempat berlangsungnya wawancara.	
Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara : a. Posisi : duduk berhadapan dengan jarak kurang lebih 50 meter (dipisahkan oleh suatu meja) b. Non-verbal : partisipan menjabat tangan peneliti, kemudian duduk meletakkan tangan dipangkuan, menundukan wajah.	
Gambaran respon partisipan saat wawancara berlangsung :selama wawancara	

berlangsung, terkadang partisipan tersenyum, kadang wajah tampak sedih dan meneteskan air mata. Intonasi suara terdengar naik turun.
Gambaran suasana tempat saat wawancara berlangsung : suasana hening, penerangan baik, tidak ada distraksi saat wawancara berlangsung

Isi Transkrip Verbatim P7

No	Peneliti	Partisipan
1	Selamat sore ibu Jubaidah	Sore
2	Bapak kan sudah dirawat disini mulai tanggal empat ya bu, artinya sudah sekitar lima belas hari bapak ada dirumah sakit ya bu. Bisa kah ibu menceritakan mengenai perubahan-perubahan yang terjadi pada diri ibu selama ibu merawat bapak dirumah sakit?	Perubahan gimana ya?
3	Selama ini yang merawat bapak siapa?	Ya saya
4	Yang ngerawat ya ibu ya bu selama ini? Yang terkait dengan kondisi fisik ibu, mungkin selama dirumah ibu bisa istirahat, bisa makan, dan sebagainya, selama ibu disini kan ibu mesti ngejagain bapak, nungguin bapak, ada engga yang ibu rasakan berubah pada diri ibu selama ibu menunggu dirumah sakit?	Ada, ya perubahannya tuh, ya kurang tidur, Abis mesti ngejagain, jam berapa saya mesti bikin susu, ya jam sembilan ya dibikin, trus jam dua belas, saya engga tidur lagi, saya tunggu, jadi ya, kalo malem ya jam dua belas saya bikin susu, nanti jam empat kan disuruh bikin lagi, engga tidur dah tu, dua jam, nanti jam empat saya bangun, bikin lagi. Udah saya engga tidur lagi dah tuh.
5	Kalo dirumah ibu biasanya tidurnya seperti apa?	Kalo dirumah sih ya jam tujuh kadang-kadang saya udah tidur, setelah saya capek, karena kan saya biasanya ngurusin semauanya tuh, ngurusin anak, ya anak – anak saya, ya saya yang ngurusin semua, jadi jam tujuh tujuh saya sudah tidur, kadang – kadang kalo saya belum ngantuk, jam sembilan, abis nonton, nonton tipi,

		gitu
6	Ya, jadi tidurnya jam berapa biasanya bu kalo dirumah?	Ya paling jam tujuhan
7	Jadi, tidurnya jam tujuh malem sampe bangunnya?	Ya, bangunnya jam lima pagi,
8	Nah, selama dirumah sakit kalo malem...	Ya namanya dirumah sakit (tertawa), tidurnya sebentar doang, ya jam empat saya udah bangun kan, trus abis adjan, udah saya engga tidur lagi
9	Menurut ibu, apa yang menyebabkan ibu menjadi sering terbangun kalo tidur	Ya karena itu, ngejagain bapak
10	Memangnya bapak kenapa bu kalo malam?	Ya kadang-kadang dia gelisah tuh, engga bisa tidur, sebentar-sebentar mau bangun, bingung saya, kalo engga dijagain takut nanti dia jatuh, itu lagi nanti
11	Bagaimana dengan istirahat siang bu?	Ya, gantian, kadang-kadang adeknya gitu, kalo engga saya tungguin aja, saya kipasin
12	Jadi, istirahat ibu kalo siang...	Ya kalo siang engga istirahat, ini aja saya engga tidur dari pagi nih, perasaan saya ngantuk banget, pusing kepala (tertawa)
13	Jadi ibu merasa kepalanya pusing...	Iya, kurang tidur, makan kaga ini, lagian, ya engga selera makan.
14	Menurut ibu apa yang menyebabkan ibu engga selera makan?	Ya ngantuk ya gitu, jadi engga ini makannya,
15	Engga apa bu?	Engga gitu seneng makan
16	Engga nafsu makan karena...	Ya karena ngntuk
17	Menurut ibu, selain ibu katanya nafsu makannya menurun, karena tadi ibu bilang karena ngantuk, selain itu apa lagi yang menyebabkan nafsu makan ibu menjadi berkurang?	Karena pusing juga kepala, jadi makannya kurang nafsu jadinya
18	Apa yang menyebabkan kepala ibu rasanya pusing?	(tertawa) ya karena ngantuk aja
19	Selain itu ada tidak yang ibu rasakan selain yang tadi, ya ngantuk, pusing, nafsu makannya menjadi menurun, selain itu apa lagi yang ibu rasakan?	Engga ada , ya paling capek
20	Apa penyebab capeknya	Ya capek nunggu jadinya... capek nunggu, bukan capek kerjaan
21	Jadi capek menunggu bapak ya?	Iya

22	Tadikan ibu sudah ceritakan badan ibu rasanya capek..	Iya, terus pusing , capek, ngantuk, udah
23	Adakah perubahan perasaan yang ibu rasakan berubah, mungkin yang tadinya dirumah, sekarang ibu ada disini, sudah lima belas hari ya bu, adakan perasaan ibu yang ibu rasakan berubah?	Ya rasanya pengen pulang aja gitu, pengen cepet-cepet pulang, engga betah gitu rasanya lama-lama disini, yang sakit, ya saya kasihan aja sama anak-anak dirumah, ya bingung, semua engga ada yang ngurusin, engga ada yang kerja, saya sedih jadinya mikirin anak-anak (menangis)
24	Ibu merasa sedih ya bu memikirkan anak-anak. Selain itu hal apa lagi yang menyebabkan ibu merasa sedih, bagaimana dengan penyakit bapak?	Ya saya mikirin juga sih
25	Apyang ibu pikirkan mengenai penyakit bapak?	Ya itu, mikirin ininya, kepalanya itu, takutnya nanti engga sembuh, penyakitnya berat
26	Selain itu apa lagi yang menyebabkan ibu merasa sedih?	Itu aja, ya sedih, takut.
27	Untuk hubungan sosial, mungkin selama ibu dirumah, ibu bisa melakukan kehidupan bertetangga, kehidupan bersaudara, nah, selama disini , ibu tadi bilang ibu engga pernah pulang ya bu ya?	Iya
28	Adakah perubahan yang ibu rasakan untuk kehidupan bertetangga?	Ya ada juga, saudara, saya kangen sama ponakan, selama inikan saya yang ngurusin, saya mandiin
29	Kalo kegiatan ibu sehari-hari selama ibu dirumah, mungkin selama ibu disini, ibu jadi tidak dapat melaksanakan kegiatan, ada engga perubahannya bu?	Engga
30	Ibu sehari-hari bekerja?	Ya bekerja rumah tangga aja, ngurusin anak-anak aja dirumah, ya ngurusin bapak
31	Adakah kegiatan yang ibu lakukan selain itu?	Ya dirumah masak, nyuci, ya banyak deh
32	Kalo kegiatan yang lainnya bu, misalnya arisan	Engga ada, pengajian adanya
33	Jadi selama ibu disini, bagaimana kegiatan mengajinya?	Ya, libur dulu dah
34	Artinya ada perubahan ya bu ya,	Ya engga bisa ngikut ngaji dulu

	jadinya engga bisa...	
35	Ibu maaf, agamanya apa bu?	Islam
36	Bagaimana ibu menjalankan kegiatan keagamaan ibu selama disini?	Eh... apa ya, saya kurang begitu ngerti
37	Apakah ibu menjalankan ibadah sholat lima waktu?	Iya, biasa itu sholat lima waktu, tiap ini
38	Nah selama dirumah kan mungkin ibu bisa menjalankan kegiatan ibadah dengan baik, bagaimana selama disini, ada engga perubahannya, sekarang kondisinya ibu ada dirumah sakit, ada engga perubahannya bu?	Ya ada juga sih, kadang-kadang gimana ya, jadi bingung deh
39	Apakah selama disini ibu bisa menjalankan ibadah sholat lima waktu dengan baik?	Engga ada
40	Bagaimana dengan fasilitas beribadah disini?	Tempatnya enak, untuk ibadah tempatnya enak
41	Karena kondisi bapak yang seperti ibu, apakah mempengaruhi ibu untuk mengatur waktunya atau menjadi kendala ibu dalam melaksanakan ibadah sholat?	Ya engga ada masalah, saya gantian ama adeknya, ya kalo saya sholat duluan, dia sholat belakangan, gantian nungguin bapak gitu.
42	Jadi engga ada masalah ya bu untuk pelaksanaan sholatnya. Kalo untuk kegiatan keagamaan yang lain, seperti membaca Al-Quran, atau yang lainnya, apakah ada yang ibu rasakan berubah?	Engga ada, semuanya baik-baik aja,
43	Tadi ibu sudah menceritakan perubahan fisik ibu, ya perasaan ibu, dan lainnya, bagaimana untuk masalah ekonomi bu, selama ini siapa yang bekerja mencari nafkah?	Anak saya udah ada yang kerja, dua orang, jadi ya lumayan lah, kalo abis bulan gitu, walaupun sedikit, ya seitu nya aja. Paling ngasih dua ratus, yang satunya juga ngasih dua ratus.
44	Kalo bapak sendiri bagaimana bu?	Bapak sendiri ya kerjanya engga tentu sih, diakan rental, rental panggilan, kalo ada ya narik, kalo engga ada ya, bisa beberapa hari, kadang-kadang seminggu, gitu diem aja dirumah kalo engga narik, kalo ada yang nelon, pergi kesini-kesini, kadang ke Bandung, atau kemana, baru berangkat gitu, dapetnya paling berapa, gitu
45	Sekarang karena kondisi bapak sakit,	Ya ada itu, bingung saya nantinya,

	artinya bapak kan tidak dapat bekerja lagi ya bu, adakan perubahan biaya yang ibu rasakan, terkait bapak tidak bisa mencari nafkah lagi?	engga kerja lagi, bingung bagaimana nanti, mungkin saya harus nyari kerjaan, biar dapet uang
46	Tadi ibu sudah menceritakan mengenai perubahan-perubahan yang ibu rasakan, bisakan ibu menceritakan mengenai dampak yang ibu rasakan, misalnya ibu kan tadi bilang engga bisa tidur, sebentar-bentar bangun, engga bisa tidur, jadi ibu engga bisa tidur, susah makan, adakah kondisi itu mempengaruhi, berdampak pada kemampuan ibu dalam merawat bapak, misalnya karena ibu kurang tidur, ibu jadi tidak bisa merawat bapak	Engga ada sih, biasa aja, ya walau pun saya ngantuk, capek, tapi tetep aja ya saya laksanakan
47	Kenapa ibu berfikir, walaupun saya ngantuk tetep harus dilaksanakan, karena apa bu?	Ya supaya bapak cepet sembuh, cepet pulang, gitu aja deh
48	Selain itu kalo untuk rasa capek nya sendiri, adakah dampaknya dalam merawat bapak?	Ya, sebentar aja dah saya diem dulu, ya kao udah ilang ininya, capenya, ya saya itu lagi,
49	Bagaimana untuk perasaan , tadi ibu bilang sedih, takut dan sebagainya, apakah perasaan yang ibu rasakan itu berakibat saat ibu merawat bapak	Engga ada sih ya kayanya ya
50	Terus untuk masalah biaya, tadi ibu bilang kan bapak jadi engga bisa kerja, ada tidak dampaknya pada kondisi merawat bapak?	Ya saya jadi engga bisa ngomong jadinya (menangis), gimana ya susah saya untuk menceritakannya
51	Kemudian bu, tadi ibu kan bilang bapak makannya kan pake selang, bapak juga kan bicaranya jadi susah, bagaimana ibu bisa tetap merawat bapak	Ya bagaimana, ya saya ini, jalanin aja ya, ya di iniin aja pelan-pelan.
52	Maksudnya diiniin bagaimana bu?	Ya jangan banyak-banyak diajak bicara, supaya bisa balik lagi ingetanya
53	Katanya ibu tadi engga bisa makan, bagaimana ibu mengatasinya supaya bisa tetap merawat bapak?	Gimana ya, engga tau deh caranya
54	Jadi bagaimana ibu mengatasinya supaya nafsu makan ibu bagus?	Ya, entar kali kalo udah tenang kali pikirannya, kalo sekarang, pikirannya lagi kacau, ya bagaimana mau makan.

55	Kalo untuk kurang tidurnya bu, bagaimana ibu mengatasinya ?	Ya, kalo lagi pusing ya saya istirahat sebentar, ya tiduran, kalo engga saya minum obat aja
56	Ibu dapat obat-obatnya dari mana?	Ya beli disitu aja, dikoperasi, ya minum obat paremex, itu aja, ya udah agak mendingan deh tuh.
57	Untuk masalah ekonomi bu, tadi ibu bilang, karena bapak sakit, sehingga bapak engga bisa kerja. Ada tidak hambatan yang ibu temukan untuk mengatasi masalah biaya ini? apakah itu menjadi kendala	Ya iya, abis, kalo saya tinggal disini, uang segini untuk makan sendiri disini (menangis)
58	Kalo dirumah?	Ya kalo dirumah dua puluh ribu udah bisa buat makan sama anak-anak bareng-bareng, disini dua puluh ribu saya buat makan sendiri ama itu, ama saudara, itu ade ipar, adenyanya bapak.
59	Kemudian bagaimana ibu mengatasinya supaya ekonominya, keuangannya jadi cukup,	Ya itu lah, saya engga tau ... (menangis)
60	Ibu tadi bilang pikiran ibu terbagi, ya mikirin bapak, ya mikirin anak-anak juga, siapa yang mengurus anak-anak dirumah?	Ya mungkin ngurus dirinya sendiri masing-masing kali dirumah. Tadi anak-anak juga nelpon kemari, katanya engga punya uang, saya juga engga tau gimana ngatasinnya (menangis)
61	Saya lihat kondisi bapak seperti itu, makannya juga masih pakai selang ya bu, selama ini siapa yang memberi makan bapak?	Ya selama disini sih saya yang ngasih
62	Jadi selama disini ibu yang ngasih makan bapak ya bu?	Iya
63	Bagaimana cara ibu memberi makan bapak?	Jadi selang itu di apa namanya, dimasukin, terus ditarik dulu, bilanganya begitu, selangnya tuh dimasukin ininya, katanya ditarik, dulu, nanti kalo ada kotorannya kan nanti keluar, katanya gitu, Ya baru kasih makanan, katanya gitu. Jadi saya taroh makanan, terus disedot, ya begitu
64	Ibu tau tidak seberapa banyak yang harus dikasih, kemudian jam-jam	Ya tau, kalo siang, malem

	ngasih makannya?	
65	Kemudian kalau posisi saat ibu ngasih makan ibu?	Ya biasa aja tidurnya, terlentang, yang penting dia miring kiri gitu, tergantung sekarang lagi miring aja tidurnya gitu, mungkin karena capek kali gitu
66	Selama ini kan ibu memberi makan bapak, dari mana ibu mengetahui cara memberi makan bapak?	Ya itu, diajari ama dokter, waktu masih diruang haeker, itu sama dokter, engga tau saya engga kenal
67	Dikasih tau bagaimana bu sama dokternya?	Ya caranya kaya gitu ngasih makannya
68	Dia mengajarkan ibu cara memberi makan, atau ibu hanya melihat waktu dia memberi makan?	Ya dia yang ngajarin, saya yang ngelaitin, cara ngasih makannya, ya makannya gini, masukin selang, masukin itunya, apanya namanya tuh, sedotannya, terus ditarik dulu, entar kalo ada kotoran warna hitam, didiemin dulu, katanya, baru kasih makan
69	Kalau saat ibu mengerjakan pertama kali bu, itu dilihatin engga sama perawatnya?	Engga
70	Engga dilihatin ya bu?	Engga
71	Sekarang apakah ibu merasa ibu sudah bisa melakukannya?	Ya bisa udah
72	Ibu rasa bener engga caranya?	Ya, mungkin kali.
73	Kemudian untuk mandiin bapak, kan bapak belum bisa kekamar mandi, siapa yang mandiin bapak setiap hari?	Ya saya yang ngelapin
74	Bagaimana cara ibu ngelapin bapak?	Ya saya elapin aja, yang elapin mukanya, badannya, terus saya miringin, belakangnya, tangan, terus yang sebelah lagi saya miringin, ini semua nih, kakinya, saya bersihin, gitu
75	Dari mana ibu mengetahui cara memandikan seperti itu?	Engga dari mana-mana, sendiri
76	Menurut ibu dari pengalaman ibu, atau dari perkiraan ibu, atau apa?	Ya sendiri aja, engga ada yang ini
77	Pernah tidak ada perawat yang ngajarin cara memandikan yang betul?	Engga ada
78	Belum pernah ada ya bu ya?	Belon
79	Kemudian untuk buang air besar dan buang air kecil, kalau buang air	Pake selang

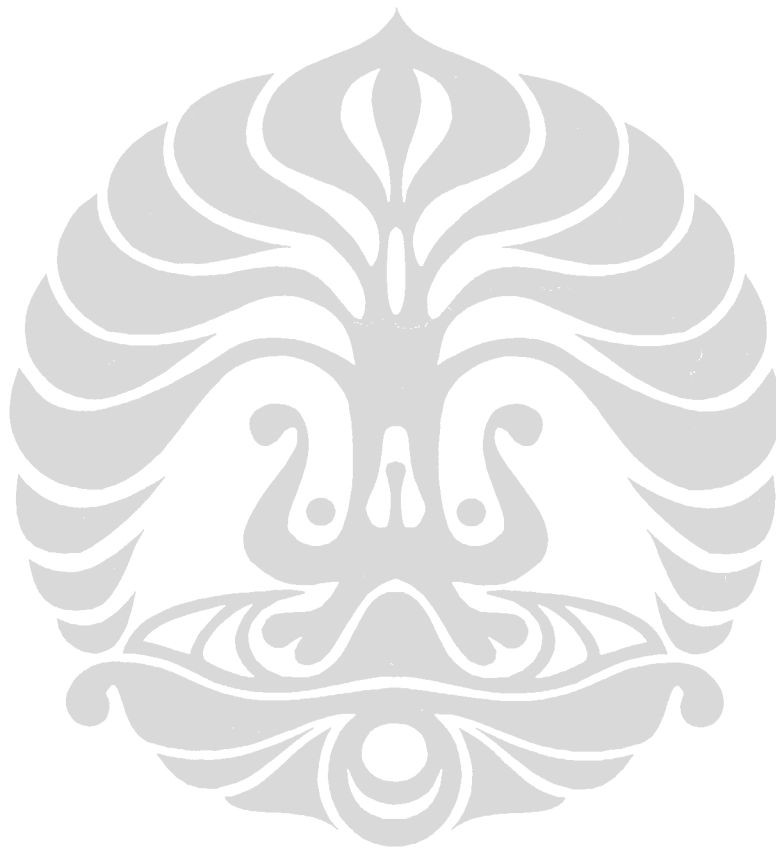
	kecilnya bapak pake apa bu?	
80	Jadi untuk buang air kecilnya masih pakai selang ya bu, kemudian untuk buang air besarnya bagaimana?	Ya untuk buang air besarnya ya pake pempers
81	Selama ini siapa yang membantu membersihkannya?	Ya saya sendiri yang ngurusnya
82	Yang mengurus apanya bu?	Ya yang mengurus buang air besarnya
83	Bagaimana caranya ibu membersihkan buang air besarnya bapak, kan badan bapak lemas tuh, bagaimana cara ibu melakukannya?	Ya kan ituannya kan di pempers, trus saya elapin aja tuh pakai inian, pakai tissue basah, saya elapin. Terus saya miringin, saya elapin pake anduk, saya sabunin pake anduk kecil, gitu aja saya bersihin.
84	Pernah tidak ada perawat yang mengajarkan caranya?	Engga ada
85	Tidak pernah ada ya buy a perawat yang mengajarkan?	Engga, engga pernah
86	Kalau begitu, ibu taunya dari mana bu, cara seperti itu?	Sendiri aja
87	Menurut ibu berasal dari mana, apa dari pengalaman, diberitahu orang lain, atau dari mana?	Ya emang pernah bapak saya waktu itu setruk, ya gitu juga engga bisa ini, engga bisa turun, ya ituannya disitu, ditempat tidur, tapi saya jarang sih ngurusin, yang ngurusin ibu saya, saya ngeliat ibu saya aja ngurusin (tertawa)
88	Jadi pengalaman waktu melihat bapak sakit ya bu, orang tua ibu yang ngurusin?	Iya, ya saya kerjain kaya sekarang
89	Kemudian untuk otot-ototnya sendiri, kan bapak kaku ya bu otot-ototnya, bagai mana cara ibu mengatasinya supaya ototnya engga kaku?	Kadang kalo itu, suka saya giniin tangannya (menekuk kedua belah tangannya)
90	Diapain bu?	Dilemes-lemesin dah gitu, jarinya juga saya gituin, trus saya gini-giniin gitu supaya jangan kaku
91	Sehari berapa kali ibu melakukan latihannya	Paling saya sekali sehari (tertawa)
92	Sekali sehari saja ya bu ya?	Iya sekali sehari doing
93	Dari mana ibu mengetahui cara ngelatihnya seperti itu ?	Ya saya engga tau, saya aja sendiri, saya kira-kira
94	Menurut ibu, kenapa bapak harus	Supaya jangan kaku tangannya

	dilatih seperti itu?	
95	Pernah tidak ada perawat yang mengajarkan kepada ibu caranya melatih ?	Belum ada sih
96	Selama ini bapak suka dilatih engga?	Ada sih dokter terapinya
97	Terus waktu dokter terapinya ngelatih bapak, ibu diajarin engga sama dia?	Engga, cuman saya liat aja, jadi saya tau, ya terus saya coba
98	Kemudian bu, saya lihatkan bapak ngomongnya juga tidak lancar, ada tidak kesulitan yang ibu temukan karena bapak ngomongnya tidak jelas	Ya ada sebelumnya, kadang-kadang inget – inget dikampung gitu, jadi ya ngomong bahasa itu, ya bahasa Jawa, saya juga kurang ngeri tuh ngomong Jawa
99	Jadi kalo lagi pas bapak begitu, bagaimana ibu mengatasinya, apa yang ibu lakukan?	Saya ini aja, saya anggap aja, saya terusin, gitu, saya ngomong, ngomong apa gitu
100	Jadi ibu diamkan saja ya bu?	Iya, he-eh,
101	Selama ini, adakah perawat yang mengajarkan bagaimana supaya ibu bisa tepat berkomunikasi dengan bapak secara baik?	Engga ada
102	Kalau bapak sedang ngomong, apa yang ibu lakukan?	Ya saya ngerti, sih, ngerti dikit, dia kalo ngomong Jawa, ya pas sekarang-sekarang ini
103	Trus bagaimana kalo bapak minta sesuatu, tetapi ibu engga ngeri, jadi bagaimana caranya ibu supaya tetep bisa, apa yang bapak mau juga tetep ibu bantu, bagaimana caranya bu?	Ya saya engga apa-apain, saya diemin aja (tertawa)
104	Kalo misalnya bapak ingin buang air besar, bilang tidak?	Ya, bilang,”saya kepengen ini nih, ya udah disitu aja saya bilang, dia sih maunya turun, ya sambil nunjuk, pengen buang air, katanya,
105	Jadi bicara seperti itu ya bu?	Iya, pengen berak, gitu, bilangnya gitu, oh disitu aja, saya bilang, “ah engga enak, “ katanya. Beginiian ditempat tidur, kencing ditempat tidur, berak ditempat tidur, kaya bayi, dia bilang gitu. Tapi ya saya bilang “ya udah engga apa-apa, emang lagi sakit, ya saya bilang gitu
106	Tapi masih suka ngomongnya ya ini ya bu ya?	Ya iya, kalo lagi sadar, ngomongnya benar, gitu, kalo lagi

		engga sadar ya ngomongnya kemana-mana, ngaco
107	Bagaimana perasaan ibu waktu bapak berbicara ngaco itu?	Engga sih, kadang-kadang bikin ketawa aja dia kalo lagi ngomong
108	Oh malah jadinya ibu, kalo bapak lagi ngomong ya malah jadi pengen ketawa ya?	He-eh, malah jadi pengen ketawa, abis bilang yang aneh aneh, kepengen kencing di bawah pohon pisang lah (tertawa), “dia bilang ya, kencing dibawah pohon pisang, saya bilang dimana ada pohon pisang, disini engga ada, saya bilang begitu aja.
109	Ibu maah jadinya malah jadi lucu ya bu ya?	Iya, makanya, tuh sebelah saya juga tuh ketawa terus kalo ngeliat dia.
110	Jadinya walaupun sedih juga...	Iya, jadi walaupun sedih juga tapi ada hiburannya
111	Ibu, tadi ibu bilang bahwa ibu belum pernah diajarin oleh perawat, pernah diajarin oleh perawat sekali cara pemberian makan, tetapi ibu juga engga tau yang ibu kerjakan itu benar atau tidak ya bu?	Iya
112	Sekarangkan kedepannya bapak engga mungkin terus kan bu, dirumah sakit	Ya iya
113	Ibu juga pinginnya kan bapak kan pulang ya bu?	Iya
114	Apakah ibu merasa siap engga untuk bisa ngerawat bapak dirumah?	Siap dah, siap
115	Apakah ibu merasa sudah cukup pengetahuan mengenai cara merawat yang betul?	Engga tau ya
116	Sekarang ini, apa yang menurut ibu, harus nya perawat berikan, penjelasan mengenai apa yang harus diberikan oleh perawat kepada ibu agar ibu bisa ngerawat bapak dengan baik?	Ya pengennya ya gitu, untuk pulang gitu ya, saya pengennya ada yang ngasih tau, gini-gini,
117	Begini-begini apa bu, coba diceritakan saja?	Ya misalnya makan, makan gini teraturnya, harusnya makannya ini-ini,
118	Artinya jenis-jenis makanan ya?	Iya, tempe apa direbus, tahu direbus, gitu aja, dan engga boleh mana yang pedes
119	Jadi ingin nya diberi penjelasan apa	Iya apa yang boleh, apa yang

	yang boleh dan...	engga, gitu
120	Kemudia apa lagi yang ibu kepengin diberitahukan oleh perawatnya, misalnya cara bikin makanannya, atau apanya?	Ya apa aja deh, kalo dikasih tau saya nurut
121	Selain itu apa lagi yang ibu rasa penting banget nih, ini harus dikasih tau sama perawatnya, ya sama ibu agar ibu bisa merawat pasien saat pulang ya terkait dengan kondisi bapak saat ini?	Apa lagi ya, saya bingung
122	Untuk cara mandiin misalnya, bisa ibu ?	Ya bisa sih
123	Apakah ibu merasa penjelasan itu penting atau tidak	Ya iya, soalnya kan kalo masih belum bisa mandi sendiri, ya saya mandiin,
123	Tapi perawatnya perlu engga ngasih tau keibu cara-caranya begitu?	Ya perlu dah, he-eh, abis bingung saya,
124	Apa yang dibingungkan bu,	Ya pengen ini aja, pengen jelas begitu dikasih taunya
125	Apakah ibu merasa perlu bahwa perawat tidak hanya memberitahukan ...	Ya iya, gitu ya, harusnya dipraktekin ya...jadi kita tau pasti
126	Jadi harusnya dipraktekin ya bu ya?	Iya
127	Penjelasan seperti apa lagi yang ibu inginkan, misalnya perawatnya kalo ngomong mesti bagaimana, misalnya, gimana yang ibu nginkan?	Ya saya engga tau
128	Kalo untuk latihan jalannya bu, kan selama ini ibu bilang ibu belum latihan otot-ototnya, memang sudah ibu kerjakan, tetapi ibu engga tau, apakah benar atau tidak?	Iya
129	Terus juga belum ada yang ngajarin cara-caranya ya bu?	Iya belom
130	Apakah ibu merasa bahwa hal tersebut sebagai sesuatu yang harus diajarkan?	Latihan jalan? Ya iya
131	Ibu pinginnya diajarinnya seperti apa?	Seperti, gimana ya, kalo mau jalan gitu ya dibantu, jalannya ya gimana ya?
132	Jadi ibu tidak mengerti ya cara melalukannya?	Iya
133	Selain itu, adakah lagi yang ingin ibu sampaikan, harapan ibu, misalnya harapan ibu untuk bapak, untuk	Ya harapannya sih kepengennya cepet sembuh aja,

	perawatnya, untuk rumah sakit supaya ibu bisa ngerawat dengan baik?	
134	Kalo untuk perawat bu, supaya perawatnya lebih bisa apa, misalnya	Ya yang lebih bagus, ya merawatnya yang bener gitu, ya harus rajin,
135	Selama ini perawatnya udah bener dan rajin belum bu?	Perawatnya sih udah rajin
136	Ada yang ingin ibu sampaikan lagi bu?	Kaya nya udah deh
137	Terima kasih banyak kalo begitu ya bu	Iya



PENGALAMAN *CAREGIVER* KELUARGA DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE TAHAP PASKA AKUT DI RSUP FATMAWATI JAKARTA

Winda Yuniarsih, Ratna Sitorus, Astuti Yuni Nursasi

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mendalam tentang pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit dan bagaimana *caregiver* keluarga memaknai pengalaman tersebut. Pendekatan fenomenologi deskriptif digunakan dengan wawancara mendalam. Pada penelitian ini partisipan direkrut dengan tehnik *purposive sampling*. Data dianalisa menggunakan tehnik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 6 tema, yaitu 1) penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga, 2) penyesuaian fungsi keluarga, 3) perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual, 4) penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien, 5) perencanaan pulang belum terstruktur, dan 6) informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang dibutuhkan terkait dengan pemenuhan kebutuhan dasar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa informasi dan perencanaan pulang bermanfaat terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut.

Kata kunci : *caregiver* keluarga, pasien stroke tahap paska akut, perencanaan pulang

Abstract

The study purposes to explore family caregiver`s experience in caring for stroke patien in post acute stage at hospital and how they gave meanings to those experience. The descriptive phenomenology approach was applied in depth interview was used for data collection. The data was analyzed using Collaizi`s technique. This study identified 6 themes, that are ; 1) adaptation in fulfilling the basic human need ; 2) family functions adaptation ; 3) change in caring ability due to physical limitation, psychological burden, and reducing spirituality activity ; 4) adaptation to provide client`s basic need ; 5) unstructured discharge planning ; 6) information, education, and discharge planning that information and structure discharge planning are useful for family in caring post acute stroke patient.

Key word : family caregiver, post acute stroke patient, discharge planning

LATAR BELAKANG

Stroke, saat ini merupakan penyebab kematian kedua terbanyak diseluruh dunia setelah penyakit jantung dan menempati urutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik (Apriwanto, 2008). Orang Amerika yang mengalami stroke baru dan

stroke berulang setiap tahunnya diperkirakan mencapai sekitar 780.000. Saat ini, terdapat lebih dari 5 juta pasien stroke hidup, 50% sampai 70% pasien stroke fungsional kembali seperti kondisi semula dan sebanyak 30% dari mereka yang cacat permanen sebagai akibat dari stroke.

Sebagian besar pasien stroke tersebut dirawat oleh anggota keluarganya dirumah (Haugh, 2008).

Banyak keluarga pasien stroke yang harus secara tiba – tiba berubah peran sebagai pengasuh untuk merawat anggota keluarga dengan stroke, hal ini disebabkan karena sifat akut dari penyakit ini dan hanya memiliki sedikit waktu untuk beradaptasi. Smeltzer dan Bare (2002) menyebutkan 40% dari pasien stroke akan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari. Hasil observasi dan komunikasi personal yang dilakukan peneliti dengan keluarga pasien stroke tahap paska akut yang dirawat di RS Fatmawati, ditemukan banyak keluarga merasa tidak cukup siap untuk beradaptasi dengan peran baru mereka sebagai seorang *caregiver* untuk merawat anggota keluarga dengan kecacatan.

Sejumlah penelitian telah dilakukan dari waktu kewaktu pada *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, Steiner., et al (2008) , Warholac (1980) Rodgers., et al (2008), Bruvol., et al (2004), Shyu., et al (2008) serta masih banyak lagi yang lain.

Merujuk pada fenomena-fenomena yang telah dipaparkan, tampak bahwa kurangnya informasi dan edukasi yang diberikan oleh perawat pada *caregiver* keluarga menyebabkan mereka tidak cukup siap untuk merawat pasien stroke, utamanya pada tahap paska akut. Beberapa penelitian yang mengungkapkan mengenai kualitas / pengalaman hidup pasien paska stroke telah dilakukan di Indonesia, tetapi belum ada laporan yang menyebutkan pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat pasien stroke paska akut di rumah sakit. Dengan mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut, dapat dilihat sejauh mana kebutuhan keluarga akan informasi dan edukasi, yang

pada akhirnya akan mempengaruhi tingkat kesembuhan pasien.

METODOLOGI

Desain penelitian ini menggunakan metoda penelitian kualitatif, yaitu suatu penelitian yang menggunakan pendekatan yang berfokus pada pemahaman suatu fenomena dan lingkungan sosial (Pollit & Hungler,1999). Pendekatan fenomenologi ini digunakan untuk memahami, menjelaskan dan memberi makna secara mendalam terhadap pengalaman *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati berdasarkan perspektif mereka pada saat penelitian ini dilakukan.

Data studi ini dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*). Peneliti juga membuat catatan lapangan (*field notes*) untuk lebih menjamin kelengkapan data secara komprehensif.

Analisis data dilakukan dengan metode Collaizi. Data hasil rekaman wawancara diubah dalam bentuk tertulis (transkrip verbatim), kemudian dilakukan identifikasi kata kunci, membuat kategori, menentukan sub-sub tema, melakukan validasi ke partisipan dan menentukan tema akhir penelitian.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 orang berpartisipasi dalam penelitian ini. Enam orang diantaranya adalah perempuan dan satu orang laki-laki. Usia partisipan bervariasi antara 27 sampai 60 tahun. Pendidikan terakhir partisipan dalam penelitian ini adalah bervariasi dari SD, SMP, hingga SMU. Hubungan antara anggota keluarga yang merawat dengan pasien yaitu istri dan anak. Lama perawatan

pasien antara lain 10 hari hingga 22 hari. 6 orang partisipan telah menikah dan 1 orang partisipan belum menikah. Pekerjaan partisipan bervariasi antara lain pedagang, karyawan, guru mengaji dan ibu rumah tangga biasa. 6 orang partisipan beragama Islam dan 1 orang partisipan beragama Kristen.

Analisis Tematik

1. Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar *caregiver* keluarga banyak diungkapkan oleh partisipan. Partisipan mengatakan adanya perubahan fisik, psikologis, pola interaksi sosial dan perubahan spiritual selama merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Berikut contoh ungkapan partisipan mengenai hal ini :

“ Kalo lagi kebanyakan diri, kaki saya jadi bengkak, makanya saya suka duduk dibawah, nyelonjor, supaya kaki saya engga bengkak,...kalo duduk begini aja nih nungguin bapak, kan kakinya ngegantung, bengkak, sendalnya sampe sempit...(P2).

“ Ya, saya khawatir sus, apa dia bisa kaya dulu lagi, emang sih umurnya udah tua, tapi kalo sakitnya engga bisa disembuhin, kita ngurusinnya kan repot juga ya sus, udah kaya bayi lagi, engga bisa ngapa-ngapain (P1)

2. Penyesuaian fungsi keluarga banyak dialami oleh partisipan. Mereka menyatakan adanya perubahan tanggung jawab, perubahan financial keluarga dan bagaimana *caregiver* keluarga menyesuaikan dengan perubahan financial yang dialami. Berikut contoh ungkapan partisipan mengenai hal ini :

” ... Namanya ama suami ya emang kewajiban ya, kewajiban seorang istri ya, gitu harus nurut...(P4).

“ Ya yang jelas nambah,karena kita ada dirumah sakit, ya kita, keperluan bapak juga, keperluan kita juga ya keperluan makan, ya namanya dirumah sakitkan semuanya harus beli, gitukan (P5.).

3. Perubahan kemampuan merawat akibat keterbatasan fisik, beban psikologis dan menurunnya aktifitas spiritual. Keterbatasan fungsi fisik, ekspresi psikologis dan penurunan aktifitas spiritual dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Berikut ungkapan mereka:

“ ...Fisiknya juga udah lemes...jalan juga udah engga bisa cepet...kakinya udah pegel, kaku, pegel kalo lagi ini. Kata dokter itu akibat dari gulanya tinggi, jadi sekarang begitu, kaki ibu jadi sering pegel, makanya jangan sampe tinggi gulanya, makannya, diit begitu (P2).

“ Ya, perasaan tuh memang, jujur aja tuh, kondisi bapak kayak gini tuh saya kesel, soalnya gimana yah, bapak kan engga bisa anteng, engga bisa diem, yang bikin kesel, ya kalo sebentar-bentar miring kekiri, kan belon ada setengah jam, baru lima menit aja dia udah minta, kadang saya juga kesel, kan baru mirin sebentar, miring belum bener, udah minta terlentang (P3).

4. Penyesuaian pemenuhan kebutuhan dasar pasien dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. Mereka mengungkapkan keterbatasan fungsi fisik pasien, status emosional pasien yang labil, dan pemenuhan kebutuhan pasien yang menggunakan alat kesehatan. Berikut ungkapan partisipan mengenai hal ini :

“ Iya kan berat, karena lumpuhnya ya, makanya saya sulit banget. Kadang saya nelpon mantu saya, mantu saya datang,

dingkat aja ama mantu saya. Nih mantu saya lagi sibuk dirumah, jadi tetangga disebelah bapak tuh, ada sayu tuh anak laki, jadi minta tolong ama dia (P2)

“ Cuman yang jelas agak ngeri aja kalo ngasih makan aja gitu, karena kan belum terbiasa, ngeri kalo selangnya kecabut (P3).

5. Perencanaan pulang belum terstruktur. Partisipan menjelaskan mengenai berbagai methoda informasi yang diberikan serta hambatan yang mereka temukan dalam memperoleh informasi, seperti diungkapkan partisipan :

“ Kalo ngasih makan, kan itu juga saya baru ngeliatin sekali, itupun juga saya yang ngelakuin, tau salah, tau bener (P3).

“ Ya pengennya sih diberikan penjelasan yang jelas, ya contohnya dokter jantung ya, kalo kita nanya, kayanya terburu-buru mau jalan aja, gitu (P5).

6. Informasi, edukasi, dan perencanaan pulang yang diperlukan kerkait pemenuhan kebutuhan dasar. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut :

“ Ya, kepengennya sih dikasih tau cara ngasih makan, apa kalo tiduran engga apa apa, cara duduk yang bener gitu, efek sampingnya kalo makan sambil tiduran apa boleh apa engga, trus apa posisinya harus duduk, pengen taunya gitu aja (P1).

PEMBAHASAN

Berbagai perubahan dalam pemenuhan kebutuhan dasar dialami oleh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke

tahap paska akut. Perubahan pemenuhan kebutuhan dasar yang dialami bukan hanya pada kebutuhan fisik, tetapi juga kebutuhan psikologis, sosio spiritual. Fletcher., et al (2009) mengatakan kelelahan berkelanjutan yang terjadi pada *caregiver* keluarga dapat menimbulkan resiko kesehatan dan keselamatan pada *caregiver* keluarga itu sendiri. Penelitian lain yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) mengenai efek fisik dan mental *caregiver* keluarga pasien stroke, mendapatkan bahwa perawatan pasien stroke tahap paska akut menimbulkan dampak negative pada *caregiver* keluarga. Stress primer ditimbulkan sebagai akibat dari lamanya durasi dan jenis perawatan yang diberikan oleh *caregiver* keluarga, serta jenis kecacatan fungsional dan gangguan kognitif pada pasien. Sedangkan stress sekunder ditimbulkan akibat adanya perubahan finansial dan konflik dalam keluarga.

Deficit neurologis yang dialami oleh pasien stroke juga menjadi salah satu tantangan yang harus dihadapi *caregiver* keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Grant (1996) mengidentifikasi empat masalah utama yang biasanya dihadapi pasien stroke tahap paska akut. Masalah-masalah ini termasuk hilangnya identitas penderita stroke dan perasaan keputusasaan serta depresi, perubahan status emosional pasien, rasa frustasi kerana kegagalan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti kesulitan untuk mandi, berpakaian, transfer, berjalan dan makan.

Perubahan fungsi peran dalam keluarga yang dinyatakan oleh seluruh *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke tahap paska akut dirumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Pierce dan kawan-kawan (2007) mengenai pengalaman merawat istri yang menderita stroke, menggambarkan bagaimana seorang suami melaksanakan

peran pemeliharaan untuk merawat istrinya dan mengambil alih tanggung jawab merawat anak-anak mereka.

Peran *caregiver* keluarga untuk merawat pasien stroke merupakan kunci keberhasilan rehabilitasi pasien. Kesibukan yang dihadapi *caregiver* keluarga selama merawat pasien stroke dapat menyita waktu dan perhatian untuk memikirkan dirinya sendiri. Mereka cenderung mengabaikan kesehatan fisik, emosional dan rohani (Fall, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) mengenai efek fisik dan mental pada *caregiver* keluarga, menyebutkan bahwa kerusakan kognitif, kecacatan fungsional dan durasi serta jumlah waktu penjagaan yang diberikan, berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan *caregiver* keluarga.

Berbagai defisit neurologis yang ditimbulkan sebagai akibat dari stroke, tidak hanya akan mempengaruhi kehidupan pasien, tetapi juga keluarga. *Caregiver* keluarga harus belajar mengenai tehnik rehabilitasi dan menyesuikannya terhadap perubahan dalam hubungan mereka dengan pasien stroke (Coombs, 2007 dalam Otswald, 2008). Meningkatnya tuntutan pada keluarga untuk dapat memberikan perawatan diri kepada pasien stroke mendasari perlunya pendidikan kesehatan dan perencanaan pulang yang terstruktur.

Stuart (1998), menyatakan bahwa perawatan kesehatan dirumah sebagai bagian dari proses keperawatan dirumah sakit. Peran perawat spesialis medikal bedah sangat besar dalam perencanaan pulang (*discharge planing*) yang sesuai dengan kondisi pasien. Warholac (1980) menyebutkan perawat spesialis berperan untuk merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan

yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat spesialis memberikan asuhan keperawatan langsung dan mengevaluasi asuhan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Perawat spesialis medikal bedah sangat berperan dalam merencanakan dan mengkoordinasikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga. Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa pemberian informasi / *discharge planning* yang bermanfaat secara signifikan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke dirumah, utamanya pada bulan - bulan pertama setelah pulang dari rumah sakit.

KESIMPULAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam mengenai pengalaman *caregiver* keluarga dalam konteks asuhan keperawatan pasien stroke tahap paska akut di RSUP Fatmawati. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa merawat pasien stroke tahap paska akut menimbulkan berbagai perubahan fisik, psikososio spiritual dan finansial pada *caregiver* keluarga dan berdampak pada kemampuan *caregiver* keluarga dalam merawat pasien stroke tahap paska akut di rumah sakit. Perubahan yang dialami *caregiver* keluarga, menimbulkan tantangan tersendiri bagi *caregiver* keluarga dapat melakukan perawatan pada pasien stroke tahap paska akut. Dengan pemberian informasi, edukasi dan perencanaan pulang yang terstruktur, *caregiver* keluarga dapat menghadapi tantangan yang ada selama merawat pasien stroke.

KEPUSTAKAAN

- Andersson., A & Hansebo., G. (2009). Enderly peoples' experience of nursing care after a stroke : from a gender perspective. *Journal of Advance Nursing* 65 (10), 2038-2045.
- Bruvol., Anna & Gilboe., M.F. (2004). Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of advance Nursing* 48 (4), 322-332.
- Casas., S.M. (1999). *Experience in coping with stroke : a survey of caregivers. Journal of Rehabilitation* , 10(11)
- Cook., A. et al (2006). Self-care need of caregivers dealing with stroke. *Journal of Neuroscience Nursing* 2006(2)
- Drummond., K. et al. (2008). Young female "perceived experience of caring for husband with stroke. *Online Journal of Nursing Informations (OJNI)*11(2)
- Fletcher., et al. (2009). *Trajectories of fatigue in family caregiver of patient undergoing radiation therapy for prostate cancer.*
- Hickey, J.V. (2003). *The Clinical Practice : neurological and neurosurgical nursing.* 5th edition. Philadelphia : Lippincott William and Wilkins.
- McGown., Anne. (1992). Stereotypes of emotional caregivers and their capacity to absorb information : the views of nurses, stroke carers and the general public. *Journal of Advance Nursing.* 17 (10)
- Pollit, D.F & Hungler, B.P (1999). *Nursing research : principles and methods.* (6th ed). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.