



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, PROGRAM PEMULANGAN
DARI RUMAH SAKIT DAN KARAKTERISTIK KLIEN DENGAN
PERAWATAN DI RUMAH PADA AGGREGATE
DEWASA PASCA STROKE
DI KOTA BUKITTINGGI

TESIS

Yaslina

0906594841

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA, PROGRAM
PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT DAN
KARAKTERISTIK KLIEN DENGAN
PERAWATAN DI RUMAH PADA *AGGREGATE*
DEWASA PASCA STROKE
DI KOTA BUKITTINGGI**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

Yaslina

0906594841

Pembimbing I : Dra.Junaiti Sahar, SKp, MAppSc, Ph.D

Pembimbing II : Ety Rekawati, SKp, MKM

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI, 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahakan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Jakarta, 11 Juli 2011

Pembimbing I



Dra. Junaiti Sahar, SKp, MAppSc, Ph.D

Pembimbing II



Etty Rekawati, SKp, MKM

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Yaslina

NPM : 0906594841

Tanda Tangan :

Tanggal : 11 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Yaslina
NPM : 0906594841
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan
Keperawatan Komunitas
Judul Tesis : Hubungan dukungan keluarga, program
pemulangan dari rumah sakit, karakteristik
klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate*
dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

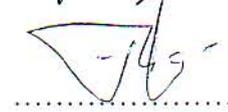
Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar, Ph.D



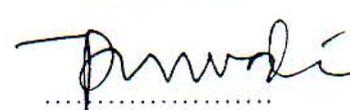
Pembimbing : ETTY Rekawati, SKp.MKM



Penguji : Ns. Widyatuti, SKp,M.Kes.Sp.Kom



Penguji : Ns. Purwadi, S.Kep.M.Kep.Sp.Kom



Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberikan karunia dan rahmat-Nya, sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1). Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD yang terhormat selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- (2). Ibu Dra.Junaiti Sahar, SKp, MAppSc, Ph.D yang terhormat selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus sebagai pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
- (3). Ibu Astuti Yuni Nursasi, M.N, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- (4). Ibu Etty Rekawati, SKp, MKM yang terhormat sebagai pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini
- (5). Bapak/Ibu staf pengajar yang terhormat pada Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepada saya dalam proses belajar mengajar
- (6). Orang tua, suami, anakku dan saudara yang tercinta yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
- (7). Seluruh sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini

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

Jakarta, 11 Juli 2011

Yaslina

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

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

Nama : Yaslina
NPM : 0906594841
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Komunitas
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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

Hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit, karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : 11 Juli 2011

Yang menyatakan

(Yaslina)

Abstrak

Nama : Yaslina
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit, karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada aggregate dewasa pasca stroke di Kota Bulittinggi

Klien pasca stroke yang tidak melakukan perawatan yang optimal dapat menyebabkan terjadinya stroke berulang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada aggregate dewasa pasca stroke di Bukittinggi. Penelitian ini menggunakan desain cross sectional dengan sampel penelitian 144 klien dewasa pasca stroke. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan dukungan keluarga, program pemulangan, usia, jenis kelamin dan pendidikan dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dukungan keluarga diperlukan dalam perawatan pasca stroke di rumah serta program pemulangan dari rumah sakit perlu terencana dan sistematis.

Kata kunci : dukungan keluarga, program pemulangan, karakteristik klien, stroke, perawatan di rumah, *aggregate* dewasa

Daftar Pustaka : 74 (1992-2011)

Abstract

Name : Yaslina
Study Program : Master in nursing science
Title : The Relationship of Family Support, Repatriation Program of Hospital And Characteristics of Clients with The Care at Post-Stroke Adult Aggregate in Bukittinggi

Post-stroke clients who do not do the optimal treatment can lead to recurrent stroke.. This study aims to determine the relationship of family support, repatriation programs and the characteristics of clients with home care in the aggregate post-stroke adult in Bukittinggi. These studies use traditional cross-sectional design of the study sample with clients post-stroke. The study found a significant associations of family support, repatriation program, age, gender and education with post-stroke care at home. Family support is needed in post-stroke care at home as well as the repatriation program of the hospital need to be planned and systematic.

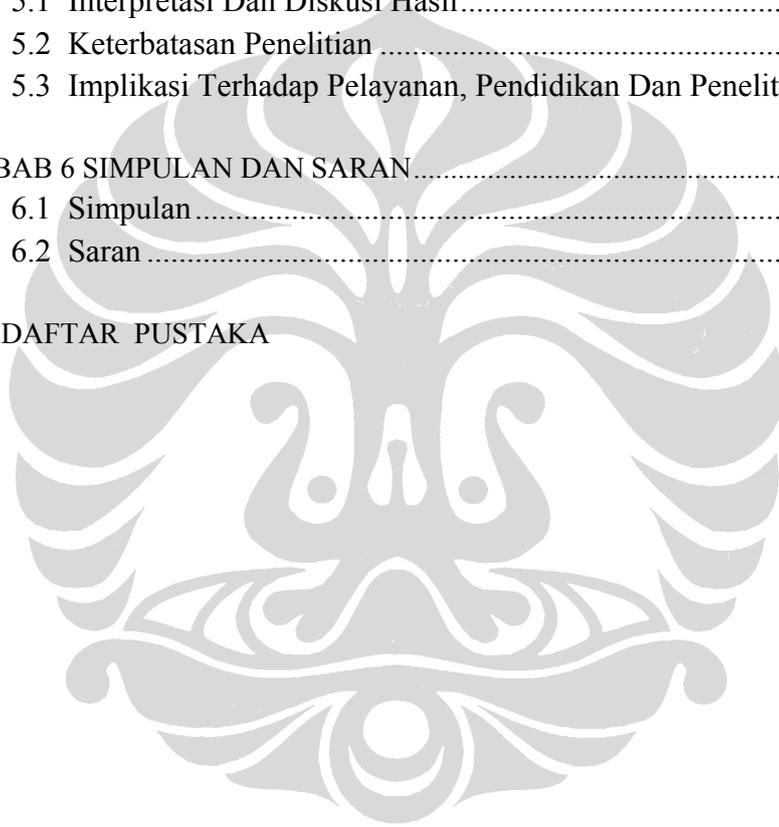
Key words : family support, repatriation programs, client characteristics, stroke, care at home, adult *aggregate*

Bibliography: 74 (1992-2011)

DAFTAR ISI

	Hal
JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	11
1.3 Tujuan.....	12
1.4 Manfaat.....	13
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	15
2.1 Aggregate Dewasa Pasca Stroke Sebagai Pupulasi Rentan.....	15
2.2 Keperawatan Dewasa Pasca Stroke.....	19
2.3 Program Pemulangan Klien Pasca Stroke.....	42
2.4 Dukungan Keluarga.....	48
2.5 Karakteristik Individu.....	52
2.6 Kerangka Teori.....	55
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL.....	60
3.1 Kerangka Konsep.....	60
3.2 Hipotesis.....	60
3.3 Defenisi Operasional.....	61
BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN.....	65
4.1 Desain Penelitian.....	65
4.2 Populasi Dan Sampel.....	65
4.3 Tempat Penelitian.....	67
4.4 Waktu Penelitian.....	67
4.5 Pertimbangan Etik.....	67
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	71
4.7 Cara Dan Prosedur Pengumpulan Data.....	74
4.8 Uji Instrumen.....	76
4.9 Pengolahan Dan Analisis Data.....	78

BAB 4 HASIL PENELITIAN	82
4.1 Karakteristik Responden.....	82
4.2 Dukungan Keluarga.....	84
4.3 Program Pemulangan Dari Rumah Sakit.....	85
4.4 Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	85
4.5 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah.....	86
4.6 Hubungan Program Pemulangan Dengan Perawatan Di Rumah	90
4.7 Hubungan Karakteristik Klie Dengan Perawatan Di Rumah	91
4.8 Analisis Multivariat Faktor Dominan.....	95
 BAB 5 PEMBAHASAN.....	 99
5.1 Interpretasi Dan Diskusi Hasil.....	99
5.2 Keterbatasan Penelitian	126
5.3 Implikasi Terhadap Pelayanan, Pendidikan Dan Penelitian.....	127
 BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	 133
6.1 Simpulan.....	133
6.2 Saran	135
 DAFTAR PUSTAKA	

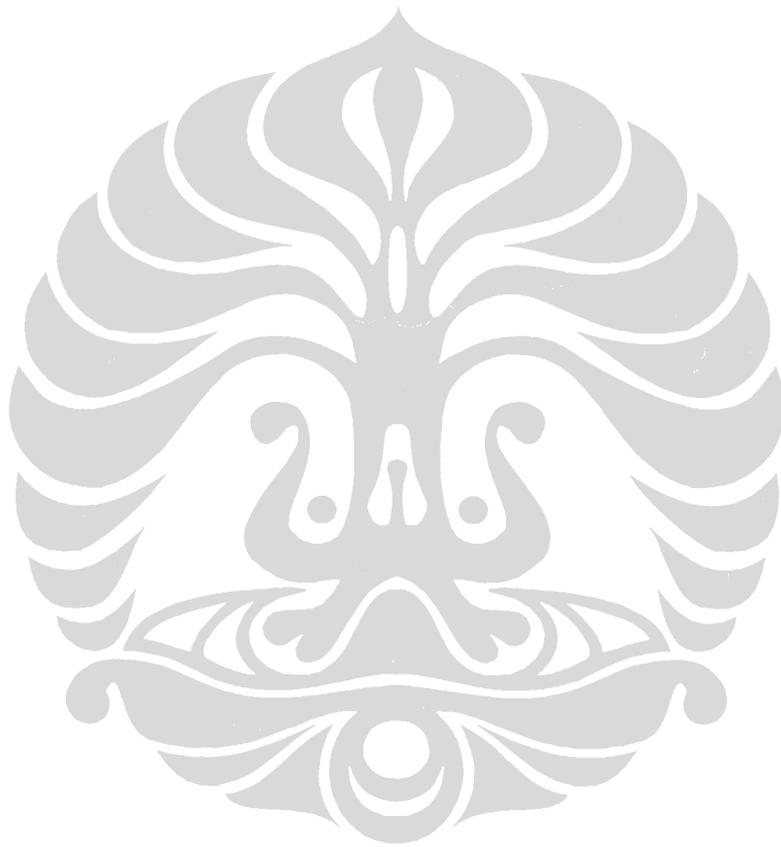


DAFTAR TABEL

Tabel 3.2. Defenisi Operasional.....	61
Tabel 3.9. Analisis Data.....	81
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden.....	83
Tabel 5.2 Distribusi Dukungan Keluarga.....	84
Tabel 5.3 Distribusi Program Pemulangan.....	84
Tabel 5.4 Distribusi Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	85
Tabel 5.5 Hubungan Dukungan Emosional Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	86
Tabel 5.7 Hubungan Dukungan Informasional Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	87
Tabel 5.8 Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Perawatan Pasca Stroke Di rumah.....	88
Tabel 5.9 Hubungan Dukungan Penghargaan Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	89
Tabel 5.10 Hubungan Program Pemulangan Dengan Perawatan Pasca Stroke Di rumah.....	90
Tabel 5.11 Hubungan Usia Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	91
Tabel 5.12 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	92
Tabel 5.13 Hubungan Pendidikan Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	93
Tabel 5.14 Hubungan Pekerjaan Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	94
Tabel 5.15 Hubungan Suku Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah.....	95
Tabel 5.16 Analisis Uji Logistik Awal.....	96
Tabel 5.17 Analisis Uji Logistik Akhir.....	98

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori.....	57
Skema 3.1	Kerangka Konsep.....	59



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kisi – Kisi Instrumen
- Lampiran 2 : Kuesioner
- Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Persetujuan Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 : Surat izin uji instrumen penelitian
- Lampiran 7 : Surat izin penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini akan menjelaskan latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian dan manfaat penelitian yang dilakukan. Bab ini merupakan sebagai hal yang mendasari penelitian ini dilakukan.

1.1 Latar Belakang

Kondisi penyakit kronis dan akut dapat terjadi pada berbagai komunitas (Anderson & McFarlane, 2004). Penyakit tersebut dapat mengenai semua kelompok usia seperti bayi, anak balita, usia sekolah, remaja, dewasa dan lansia. Empat masalah kesehatan utama yang terjadi pada *agregat* dewasa adalah penyakit jantung, stroke, kanker dan cedera (Allender & Spradley, 2005). Penyakit jantung yang dialami khususnya penyakit jantung kronik (CHD) dan penyakit stroke merupakan penyebab kematian pertama di Amerika Serikat pada kelompok dewasa khususnya usia 25 sampai 64 tahun (Allender & Spradley, 2005). Di Indonesia didapatkan bahwa penyebab kematian utama untuk semua umur adalah stroke (15,4%) dan terutamanya pada usia 45-54 tahun (RISKESDAS, 2007). Penyebab kematian pertama khususnya pada *aggregate* dewasa di Bukittinggi sampai saat ini peneliti belum menemukan datanya.

Aggregate dewasa pasca stroke yang berada di komunitas merupakan bagian dari populasi rentan (*vulnerable populations*). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) bahwa rentan atau rawan (*vulnerable*) adalah jika seseorang atau kelompok berhadapan dengan penyakit, bahaya, atau akibat negatif. Flaskerud dan Winslow (1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) menyatakan bahwa kerentanan berasal dari kombinasi beberapa efek yaitu keterbatasan sumber-sumber, kesehatan yang jelek dan tingginya faktor resiko. Populasi rentan (*vulnerable populations*) menurut Pender, Murdaugh dan Parsons (2006, hlm 104) adalah “kelompok individu yang beresiko lebih besar terhadap kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis, atau

kesehatan sosial". Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa populasi rentan merupakan kelompok yang beresiko lebih besar terhadap terjadinya masalah kesehatan dibandingkan dengan populasi lain akibat dari kondisi atau gangguan kesehatan sebelumnya atau bahaya yang ada baik internal atau eksternal.

Perjalanan penyakit stroke yang beragam dapat menimbulkan masalah fisik, sosial dan psikologi pada klien pasca stroke. Masalah fisik yang terjadi pada klien stroke yakni cacat baik bersifat ringan hingga berat yang dapat bersifat permanen. Menurut Lumbantobing (2007) bahwa stroke paling banyak menyebabkan seseorang cacat pada kelompok usia 45 tahun keatas. Terjadinya cacat mengakibatkan klien pasca stroke mengalami ketidakmampuan dalam banyak hal seperti tidak mampu berbicara atau berkomunikasi, tidak mampu melakukan mobilitas dan perawatan diri antara lain makan, buang air, berpakaian, mandi dan lain-lain. Kondisi ini menyebabkan klien pasca stroke mengalami ketergantungan pada orang lain.

Kemunduran mobilitas atau penurunan kekuatan fisik, kesulitan dalam bekerja dan menurunnya fungsi kognitif merupakan faktor pencetus terjadinya masalah psikologis seperti depresi pada klien pasca stroke. Depresi dilaporkan terjadi pada sejumlah orang yang yang rentan (Bogard *et al.*, 2001, dalam Maurer & Smith, 2005). Menurut Robinson, dkk (dalam Lumbantobing, 2007) sekitar 26% - 60% klien stroke diduga menunjukkan gejala klinis depresi. Kecacatan yang terjadi atau adanya gejala sisa pada pasca stroke tidak hanya menyebabkan terjadinya masalah psikologis seperti depresi tetapi juga beresiko besar terhadap masalah sosial. Penderita tidak dapat bekerja seperti biasa dan banyak diantara klien pasca stroke menjadi beban bagi keluarga. Kira-kira 50% penderita stroke yang masih hidup tidak dapat bekerja lagi (Lumbantobing, 2007). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa klien pasca stroke memiliki resiko yang lebih besar terhadap terjadinya masalah fisik, sosial dan psikologis, tentunya hal ini akan mempengaruhi status kesehatan klien dan kualitas kehidupannya. Kerentanan yang terjadi pada dewasa pasca stroke dapat merupakan

kombinasi dari buruknya kesehatan akibat dari stroke, tingginya faktor resiko dan keterbatasan sumber yang dimiliki.

Insiden stroke bervariasi antar negara dan tempat. Stroke menduduki urutan ketiga terbesar di negara maju dan sebagai penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, dengan laju mortalitas 18% sampai 37% untuk stroke pertama dan 62% untuk stroke berulang (Bustan, 2007). Hasil survey menurut ASNA (Asosiasi Stroke Nasional) dari 28 rumah sakit diseluruh Indonesia didapatkan distribusi penderita stroke pada laki – laki lebih banyak daripada perempuan. Lebih lanjut dikemukakan bahwa profil usia terbanyak penderita stroke adalah usia 45-64 tahun sebesar 54,2 % dan usia ≥ 65 tahun sebesar 33,5% serta usia < 45 tahun sebesar 11,8% (Rasyid & Soertidewi, 2007). Diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, dan sekitar 25% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat (Lumbantobing, 2007). Hasil RISKESDAS tahun 2007 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala didapatkan prevalensi nasional stroke sebanyak 0,8%, selanjutnya dilaporkan juga 11 provinsi mempunyai prevalensi stroke diatas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, dan Papua Barat,

Sumatera Barat merupakan salah satu propinsi penyumbang angka stroke yang tinggi di Indonesia. Peningkatan jumlah klien stroke dapat dilihat dari bertambahnya angka kunjungan klien stroke ke beberapa rumah sakit serta untuk merespon peningkatan kasus stroke tersebut maka didirikan RS. Stroke Nasional di Kota Bukittingi yang merupakan rumah sakit stroke nasional yang pertama di Indonesia. Angka kunjungan klien pasca stroke di RS. Stroke Nasional Bukittingi di unit rawat jalan yang berasal dari dari berbagai kota dan kabupaten di Sumatera Barat dan luar Sumatera Barat didapatkan pada tahun 2009 adalah 6.228 orang dengan rincian klien lama sebanyak 4.972 dan klien baru 1.256 sedangkan pada tahun 2010 sebanyak 9.627 orang dengan rincian klien lama sebanyak 7.320 dan klien baru 2.307. Di unit

rawat inap pada tahun 2009 jumlah penderita stroke adalah 1.020 orang dan tahun 2010 angka kasus stroke menunjukkan peningkatan yaitu menjadi 1.230 orang (Data dari RSSN Bukittinggi tahun 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sahim (2002) bahwa masyarakat Sumatera Barat termasuk masyarakat yang berpotensi paling besar terkena penyakit stroke dan jantung koroner di Sumatera, bahkan di Indonesia. Hal ini dikaitkan dengan kebiasaan masyarakat Sumatera Barat mengkonsumsi makanan kolesterol lebih tinggi dibandingkan propinsi di Pulau Sumatera lainnya. Menurut Hadril (2002) bahwa saat ini terjadi perubahan dalam usia penderita stroke di Sumatera Barat. Perubahan usia penderita ini menunjukkan gejala yang sangat mengkhawatirkan, karena ternyata usia muda yakni 20 tahun juga banyak terkena stroke. Penyakit stroke sebelumnya hanya diidentikkan dengan lanjut usia (lansia), tetapi sekarang kelompok usia produktifpun dapat terserang stroke. Hal ini ditenggarai karena klien tidak menjaga pola makan dan jarang berolahraga. Lebih lanjut Hadril mengemukakan bahwa karena masyarakat Minang suka memakan makanan berlemak yang berasal dari santan kelapa, lemak daging dan jeroan, sehingga plasma darah masyarakat minang lebih kental dan banyak mengandung lemak jenuh, dibandingkan dengan plasma darah Suku Sunda atau Jawa.

Mackay dan Mansah (2004, dalam Lawrence *et al.*, 2009) mengemukakan bahwa terjadinya peningkatan kejadian stroke baik yang pertama kali atau pun berulang perlu mendapatkan perhatian dari semua pihak terutama dari klien, keluarga dan pemerintah, karena dampak yang ditimbulkannya. Penderita stroke dapat menimbulkan gejala sisa ataupun komplikasi terjadinya kecacatan. Terjadinya kecacatan akan mempengaruhi produktivitas kehidupan penderita sehingga dapat menimbulkan ketergantungan kepada keluarga ataupun orang lain dilingkungannya serta bagi negara akan meningkatkan biaya perawatan dan pengobatan klien stroke. Dengan demikian terjadinya stroke dan stroke berulang serta menghindari dampak yang akan terjadi perlu menjadi perhatian klien, keluarga dan

perawat dalam perawatan kesehatan klien pasca stroke baik di rumah sakit maupun di rumah.

Perawatan klien pasca stroke di rumah adalah sebagai bagian dari proses pemulihan klien. Tujuan perawatan kesehatan di rumah adalah meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan dan memaksimalkan tingkat kemandirian sambil meminimalkan pengaruh disabilitas dan penyakitnya (Blais *et al.*, 2002). Sebagian besar klien pasca stroke mampu kembali ke rumah telah mengalami pemulihan yang cukup bermakna sebelum di pulangkan, sebagian masih memerlukan bantuan untuk turun dari tempat tidur, mengenakan pakaian, makan, dan berjalan kadang membutuhkan tempat perawatan terlatih atau mengikuti program rehabilitasi, atau menjadi penghuni rumah perawatan (Valery, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo dan Somantri (2009) menyatakan bahwa sebagian besar klien menunjukkan perbaikan kondisi fisiknya menjelang dipulangkan baik atas instruksi medis atau bahkan atas inisiatif sendiri (pulang paksa) yang terlihat dari rentang skor index barthel berada pada kisaran 40 -80 (rentang indeks barthel 0-100).

Perawatan pasca stroke yang diberikan harus secara terus menerus dilakukan agar kondisi klien membaik, penyakitnya terkontrol, resiko serangan stroke berulang menurun, tidak terjadi komplikasi atau kematian mendadak. Perawat perlu mengkaji kondisi dan kebutuhan klien dalam perawatan di rumah pada saat klien akan pulang, sehingga setelah klien kembali ke rumah perawatan dapat dilakukan sesuai kemampuan klien dan dilakukan secara terus menerus oleh klien maupun keluarga sampai mencapai keadaan fisik yang optimal. Perawatan kesehatan di rumah untuk klien pasca stroke meliputi perawatan kesehatan diri dan pencegahan terhadap kekambuhan melalui modifikasi perilaku atau mengontrol faktor resiko stroke (Mulyasih & Ahmad, 2008).

Faktor utama yang harus diperhatikan pada saat klien pulang adalah bagaimana tingkat kemandirian klien dalam melakukan aktivitas sehari-harinya, karena hal ini akan mempengaruhi kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri di rumah (Lewis *et al.*, 2007). Perawatan diri klien

pasca stroke meliputi : makan, menggunakan pakaian, eliminasi, mandi, kebersihan diri, berdandan, berjalan atau menggunakan alat bantu, dan cara berpindah (Icnatavicius & Workman, 2010). Menurut Mulyasih dan Ahmad (2008) perawatan diri klien pasca stroke di rumah ditujukan pada aktivitas sehari-hari di rumah, yang meliputi perawatan terhadap kelumpuhan atau kelemahan, gangguan sensibilitas, gangguan keseimbangan, gangguan bicara dan komunikasi, gangguan menelan, gangguan buang air besar dan kecil, kesulitan mengenakan pakaian, gangguan memori, perubahan kepribadian dan emosi serta gangguan seksual. Perawatan klien pasca stroke di rumah juga diarahkan pada pencegahan terjadinya kekambuhan stroke melalui pengendalian faktor resiko stroke.

Modifikasi perilaku serta pengontrolan faktor resiko stroke merupakan hal yang penting dilakukan dalam perawatan pasca stroke karena stroke dapat berulang. Stroke berulang merupakan suatu hal yang mengkhawatirkan, karena dapat memperburuk kondisi klien artinya kondisi yang terjadi bisa lebih parah dari serangan pertama dan meningkatkan biaya perawatan (Siswanto & Yuliadji, 2005). Menurut studi Framingham insiden stroke berulang dalam kurun waktu 4 tahun pada pria 42% dan wanita 24% (Bustan, 2007). Makmur, dkk (2002) mendapatkan angka kejadian stroke berulang sebesar 29,52%, usia yang paling sering terjadi pada usia 60-69 tahun (36,5%), dan pada kurun waktu 1-5 tahun (78,37%) dengan faktor risiko utama adalah hipertensi (92,7%) dan *dislipidemia* (34,2%).

Faktor-faktor risiko stroke berulang sama dengan faktor penyebab stroke serangan yang pertama (Hankey, 2002; Chest Heart Stroke Scotland, 2004). Faktor risiko stroke adalah faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi (melalui farmakologi dan perubahan gaya hidup). Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi meliputi : umur, gender, ras, etnis dan riwayat keluarga dengan stroke. Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi meliputi: hipertensi, diabetes, *Transien Ischemic Attack* (TIA), *atrial fibrilasi*, merokok, kurang aktivitas, obesitas, konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat, terapi hormonal dan *homocysteine* (Miller, 2007). Penelitian yang dilakukan

oleh Siswanto dan Yuliaji (2005) disimpulkan bahwa terdapat empat faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian stroke berulang yaitu tekanan darah sistolik 140 mmHg, kadar gula darah sewaktu lebih dari 200 mg/dl, kelainan jantung dan ketidak teraturan berobat. Pendapat yang sama juga dinyatakan oleh Mulyasih dan Ahmad (2008) bahwa klien pasca stroke perlu mengontrol faktor resiko yang meliputi diet, latihan fisik, kontrol tekanan darah, pemeriksaan kolesterol darah, pemeriksaan gula darah, merokok dan pengendalian stress dalam perawatan stroke di rumah.

Perawatan klien pasca stroke di rumah dapat diinformasikan oleh perawat melalui program pemulangan klien di rumah sakit. Perawat sebaiknya menyiapkan klien stroke dan keluarga pada saat akan pulang melalui edukasi, demonstrasi, mempraktikkan serta mengevaluasi kemampuan klien dalam perawatan diri (Lewis *et al.*, 2007). Setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan program pemulangan yang terencana dan sistematis (Potter & Perry, 2005). *Discharge planning* atau program pemulangan adalah proses sistematis yang bertujuan menyiapkan klien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan di rumah (Taylor *et al.*, 1989). Program pemulangan klien bertujuan untuk meminimalkan dampak dari suatu keadaan kesehatan dan mengurangi resiko kambuh serta meningkatkan kepuasan klien dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dan keperawatan.

Klien stroke yang akan pulang beserta keluarga jika dipersiapkan dengan baik melalui pemberian informasi yang dibutuhkan oleh klien dan keluarga maka klien dan keluarga tidak akan mengalami hambatan dalam perawatan dan rehabilitasi yang dilakukan di rumah. Hal tersebut sesuai dengan hasil riset yang dilakukan oleh Almborg, Ulander, Thulin dan Thulin (2008) yang menyimpulkan bahwa klien dan keluarga perlu diberikan informasi dan pengetahuan yang banyak tentang stroke dan perawatan, pengobatan, rehabilitasi serta dukungan bagi klien dan keluarga. Beberapa penelitian lain menyatakan bahwa klien stroke dan keluarga perlu untuk lebih dilibatkan penentuan sasaran dan di dalam mengidentifikasi program pemulangan yang dilakukan (Hariyati, Afifah & Handayani, 2010).

Klien pasca stroke jika mendapatkan informasi yang adekuat pada saat akan pulang, perawatan yang baik di rumah maka dapat mencapai kesehatan yang optimal melalui perawatan di rumah sehingga kekambuhan dan komplikasi dapat diminimalkan. Pada penelitian tentang manfaat perencanaan pulang, bahwa ada kenaikan kesiapan untuk pulang pada klien stroke yang diberikan perencanaan pulang dengan terprogram (Hariyati, Afifah & Handayani, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo dan Soemantri (2009) menyimpulkan bahwa program *discharge planning* yang diberikan oleh pihak rumah sakit merupakan suatu kebutuhan yang mutlak untuk dipenuhi pada klien pasca stroke. Program pemulangan klien dari rumah sakit dilakukan berdasarkan identifikasi kebutuhan yang menyeluruh dari sisi klien dan keluarga. Perawatan yang menyeluruh yang perlu diingatkan pada perencanaan pulang klien stroke meliputi : obat-obatan, nutrisi, mobilitas, latihan fisik, dan kebersihan diri (Lewis *et al.*, 2007). Keterlibatan klien di dalam penentuan sasaran perencanaan pulang meningkatkan kebutuhan dalam perawatan dan rehabilitasi (Siegert & Taylor 2004 , dalam Almborg, Ulander, Thulin & Berg, 2008).

Klien pasca stroke akan mempengaruhi dalam perawatan yang dilakukan dalam mencapai proses pemulihan penyakitnya. Beberapa faktor berkaitan dengan klien pasca stroke dalam perawatannya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan ras. Penelitian yang dilakukan oleh Dearborn dan McCullough (2010) didapatkan bahwa wanita sering tidak mampu untuk mengidentifikasi faktor resiko stroke berkaitan dengan kondisi kesehatan mereka. Beberapa wanita tidak memahami tentang prevensi primer perilakunya. Disamping klien, keluarga juga memiliki peran yang penting dalam perawatan pasca stroke di rumah.

Keluarga merupakan sumber daya yang penting dalam pemberian pelayanan kesehatan, baik dari segi individu maupun keluarga. Gillis & Davis (1993, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) menyatakan bahwa keterlibatan keluarga telah terbukti meningkatkan efektifitas dalam perawatan klien karena keluarga memainkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa

penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan atau pemulihan sulit dicapai (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Menurut National Board of Health and Welfare , 2000; Riks-Stroke, 2006 (dalam Almborg, Ulander & Thulin, 2008) beberapa klien stroke membutuhkan perawatan lanjutan dan tergantung dengan dukungan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari – harinya di rumah. Mant *et al.*, (2000) menyimpulkan bahwa dukungan keluarga memberikan manfaat yang signifikan pada aktivitas sosial dan kehidupan, namun belum jelas terhadap manfaat psikologis. Harding dan Lincoln (1999) hasil penelitiannya menyatakan ada hubungan antara dukungan sosial dan kesehatan terhadap klien dan orang merawatnya. Klien stroke yang memiliki dukungan yang tinggi lebih cepat proses pemulihannya dan sebagai bagian yang penting dalam pemulihan klien, serta kemampuan keluarga dalam memperbaiki sikap klien pasca stroke berhubungan dengan kecepatan pemulihan, sementara itu menurut Agustina, Priambodo dan Soemantri (2009) untuk aspek emosional, adanya dukungan dari orang terdekat dalam hal ini keluarga merupakan kebutuhan yang dianggap sangat berperan dalam proses pemulihan kondisi klien.

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai suatu proses yang terjadi selama hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial yang bervariasi pada masing – masing siklus kehidupan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Menurut Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan meliputi dukungan informasional (keluarga berfungsi sebagai pencari dan penyebar informasi), dukungan penghargaan (keluarga bertindak sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan membantu pemecahan masalah dan merupakan sumber serta validator identitas anggota keluarga), dukungan instrumental (keluarga sebagai sumber bantuan praktis dan konkrit) dan dukungan emosional (keluarga berfungsi membantu penguasaan emosional dan meningkatkan moral keluarga). Hal yang sama juga dinyatakan oleh House (dalam Smet,

1994) membedakan empat dimensi dukungan sosial keluarga, yakni : emosional, penghargaan, instrumental dan informatif

Hasil pengamatan peneliti di RS.Stroke Nasional Bukittinggi bahwa pemulangan klien stroke ditentukan oleh dokter, selanjutnya perawat memberikan informasi pada klien saat akan pulang berkaitan dengan hal – hal perlu diperhatikan dalam perawatan di rumah. Klien dan keluarga diberikan informasi seperti obat yang akan dilanjutkan di rumah, kemana dan kapan melakukan kontrol ulang dan makanan pantangan, namun hal ini belum dilakukan secara terprogram dan sistematis. Hasil wawancara yang dilakukan pada perawat di unit stroke tersebut menyatakan bahwa selama ini klien stroke yang akan pulang biasanya informasi yang mereka berikan kepada klien dan keluarga hanya secara verbal selama 5–10 menit.

Peneliti juga melakukan wawancara pada klien pasca stroke dan keluarga. Dua orang pasca stroke yang diwawancarai pada sekitar lingkungan tempat tinggal peneliti, didapatkan bahwa pengontrolan faktor resiko masih kurang seperti: tidak sempat melakukan aktivitas fisik, masih sulit untuk menghentikan atau mengurangi merokok, dan masih mengonsumsi makanan yang tinggi lemak. Hasil wawancara dengan keluarga, mereka menyatakan bahwa mereka sudah berusaha untuk melakukan anjuran rumah sakit dalam perawatan di rumah seperti menyiapkan makanan rendah lemak dan kurang garam bagi anggota keluarga pasca stroke, namun klien berupaya untuk mendapatkan makanan yang berlemak dengan membeli di rumah makan.

Hingga saat ini peneliti belum menemukan penelitian yang berkaitan dengan perawatan pasca stroke di rumah dan berdasarkan fenomena yang ditemukan maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “ hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Bukittinggi ”.

1.2 Rumusan Masalah

Klien stroke yang dirawat di RS. Stroke Nasional Bukittinggi perbulan $\pm 15\%$ nya klien stroke berulang. Hasil pengamatan peneliti yang dilakukan pada klien pasca stroke yang akan pulang, klien belum mendapatkan informasi yang adekuat. Pada saat melakukan wawancara pada dua orang klien dan keluarga pasca stroke dirumah klien belum mematuhi anjuran untuk perawatan dirumah seperti tidak melakukan aktivitas fisik, merokok dan makanan berlemak sementara keluarga telah berusaha melakukan perawatan di rumah sesuai informasi yang didapatkan dari rumah sakit seperti menyiapkan makanan rendah lemak, memotivasi untuk melakukan kontrol ulang serta menganjurkan menghentikan merokok.

Klien pasca stroke setelah menjalani proses perawatan di rumah sakit, perlu melakukan perawatan lanjutan di rumah untuk proses pemulihan dan pencegahan berulangnya serangan. Perawatan pasca stroke di rumah tersebut dapat diinformasikan oleh perawat melalui program pemulangan klien dari rumah sakit. Hasil penelitian oleh Agustina, Priambodo dan Soemantri (2009) menyimpulkan program pemulangan klien dari rumah sakit (*discharge planning*) merupakan suatu kebutuhan yang mutlak untuk dipenuhi sebelum klien pasca stroke berada dirumah atau dilingkungan masyarakat (komunitas). Sekitar 25% klien pasca stroke dapat mengalami serangan yang berulang dalam 5 tahun setelah stroke, hal ini meningkatkan terjadinya kecacatan dan lamanya perawatan (Lawrence *et al*, 2007).

Masyarakat Minang merupakan masyarakat yang matrilineal dengan hubungan kekerabatan yang dekat sehingga jika ada anggota keluarga yang sakit maka keluarga serta keluarga yang lain saling membantu dan memberikan dukungan, namun apakah dukungan yang diberikan untuk klien pasca stroke berhubungan dengan perawatan di rumah belum pernah diteliti serta klien pasca stroke yang akan pulang ada mendapatkan informasi untuk perawatan dirumah walupun belum adekuat, namun masih terjadi stroke berulang sebesar 15% pada klien pasca stroke di RS.Stroke Nasional Bukittinggi maka hal ini menunjukkan bahwa perawatan di rumah belum optimal pada klien pasca stroke.

Berdasarkan fenomena tersebut maka dapat dirumuskan masalah penelitian ini “ apakah ada hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Bukittinggi”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh gambaran hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Bukittinggi.

1.3.2 Tujuan Khusus, teridentifikasi :

- 1.3.2.1 Dukungan keluarga *aggregate* dewasa pasca stroke meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan.
- 1.3.2.2. Program pemulangan klien pasca stroke dari rumah sakit (persiapan, pelaksanaan dan akhir kegiatan).
- 1.3.2.3 Karakteristik klien dewasa pasca stroke mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan suku .
- 1.3.2.4 Perawatan di rumah (perawatan diri dan pengendalian faktor resiko) pada *aggregate* dewasa pasca stroke .
- 1.3.2.5 Hubungan dukungan emosional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke.
- 1.3.2.6 Hubungan dukungan informasional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke
- 1.3.2.7. Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke
- 1.3.2.8 Hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke.
- 1.3.2.9 Hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke
- 1.3.3.0 Hubungan usia dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

- 1.3.3.1 Hubungan jenis kelamin dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke
- 1.3.3.2 Hubungan pendidikan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke .
- 1.3.3.3 Hubungan pekerjaan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke .
- 1.3.3.4 Hubungan suku dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke
- 1.3.3.5 Faktor dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien yang dominan berhubungan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengelola Pelayanan Kesehatan

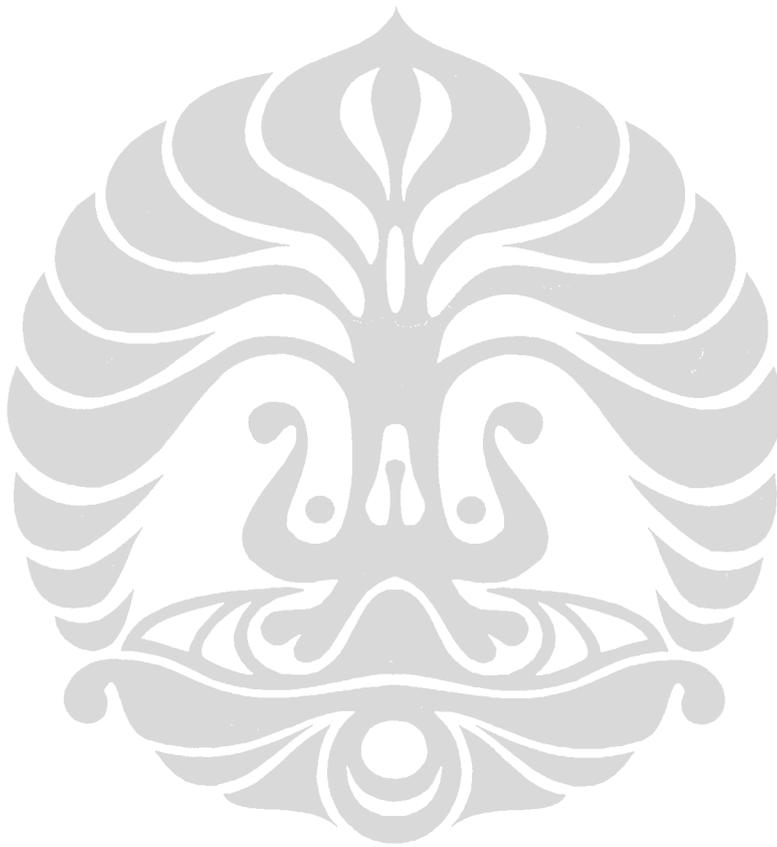
Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi penyedia pelayanan kesehatan sebagai landasan dalam menyusun, mengembangkan program pemulangan klien dari rumah sakit (perencanaan pulang) yang terencana dan sistematis khususnya pada *aggregate* dewasa pasca stroke dan melibatkan klien serta keluarga untuk memberikan dukungan dalam perawatan di rumah sehingga tidak terjadinya kekambuhan dan komplikasi pasca stroke.

1.4.2 Bagi Perawat Komunitas

Penelitian ini dapat memberikan masukan pada perawat komunitas agar dapat mengidentifikasi kebutuhan *aggregate* dewasa pasca stroke terutama terhadap kebutuhan akan informasi kesehatan berkaitan perawatan kesehatan di rumah dan membantu modifikasi perilaku. Perawat dapat mengembangkan dan perlu melakukan strategi intervensi yang efektif dalam perawatan pasca stroke di rumah dengan memperhatikan karakteristik klien dan meningkatkan dukungan oleh keluarga.

1.4.3. Bagi Institusi Pendidikan Dan Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi institusi pendidikan keperawatan khususnya bidang keilmuan komunitas untuk melakukan perubahan dan melakukan inovasi yang lebih banyak lagi dalam mengembangkan strategi intervensi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada *aggregate dewasa* pasca stroke dan menjadi masukan bagi peneliti selanjutnya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan beberapa konsep, teori dan penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan masalah penelitian yang dilakukan dan akan digunakan sebagai bahan rujukan dalam melakukan penelitian serta pembahasan nantinya. Tinjauan pustaka pada penelitian ini berisikan : *aggregate* dewasa, keperawatan dewasa dengan stroke, dukungan keluarga, program pemulangan dan karakteristik individu .

2.1 *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Sebagai Populasi Rentan (*Vulnerable Populations*)

2.1.1 Batasan dewasa

Masa dewasa adalah periode antara remaja akhir dan pertengahan yang berakhir pada usia 65 tahun (Edelman & Mandle, 2007). Batasan kelompok usia dewasa terdiri dari dewasa awal dan dewasa tengah (Perry & Potter, 2004). Masa dewasa awal adalah periode antara remaja akhir yang berusia 18 tahun sampai usia 35 tahun dan masa dewasa tengah dimulai usia akhir 35 dan berakhir pada 65 tahun (Edelman & Mandle, 2007). Hal yang sama mengenai batasan usia dewasa juga dinyatakan oleh Allender dan Spradley (2004) bahwa tahap usia dewasa terdiri dari dewasa muda (18 tahun sampai 35 tahun) dan dewasa pertengahan (35 sampai 65 tahun). Menurut Departemen Kesehatan (Depkes) Republik Indonesia tahun 2006, remaja Indonesia adalah seseorang yang berusia 10-19 tahun. Usia lansia menurut UU No 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, bahwa lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun (enam puluh) tahun ke atas. Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan batasan usia dewasa adalah 20 tahun sampai 59 tahun.

Perkembangan kedewasaan mencakup perubahan yang teratur dalam karakter dan sikap. Haber *et al.*, (1992, dalam Potter & Perry, 2005) menyatakan perkembangan setiap orang, bagaimanapun merupakan

sebuah proses yang unik. Selama waktu berjalan maka pada orang dewasa akan terjadi perubahan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual secara dinamis (Cottrell, Given, Mc. Kenzie, 2001, dalam Edelman & Mandle, 2007).

2.1.2 Karakteristik rentan pada *aggregate* dewasa pasca stroke

Pender, Murdaugh, dan Parsons (2002) menyatakan bahwa "populasi *vulnerable* (rentan) didefinisikan sebagai kelompok individu yang beresiko lebih besar terhadap kelemahan atau keterbatasan fisik, psikologis, atau kesehatan sosial" (hal 104). Populasi *rentan* lebih mudah untuk berkembangnya masalah - masalah kesehatan, biasanya dikaitkan dengan hasil dari pengalaman terhadap kesehatan sebelumnya dan bagaimana sumber – sumber yang dimiliki untuk memperbaiki kondisi mereka.

Menurut Maurer dan Smith (2005) bahwa populasi rentan merupakan kelompok atau group yang lebih mudah berkembangnya masalah kesehatan, lebih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan berkaitan masalah-masalah kesehatannya, lebih banyak terjadinya masalah-masalah kesehatan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan bahwa rentan (*vulnerable*) adalah jika seseorang atau kelompok dikatakan rawan apabila mereka berhadapan dengan penyakit, bahaya, atau akibat negatif. Kerentanan terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal yang menyebabkan seseorang menjadi rentan mengalami kondisi kesehatan yang buruk (Stanhope & Lancaster, 2004).

Flaskerud dan Winslow (1998, dalam Stanhope & Lancaster, 2004) menyatakan bahwa kerentanan berasal dari kombinasi dari beberapa efek yaitu keterbatasan sumber-sumber, kesehatan yang jelek dan tingginya faktor risiko. Kerentanan dapat terjadi karena interaksi antara keterbatasan fisik dan sumber-sumber dilingkungan, keterbatasan

sumber manusia (pendapatan dan tingkat pendidikan) (Aday, 2001 dalam Stanhope & Lancaster, 2004).

Kemiskinan, keterbatasan dukungan sosial dan bekerja pada lingkungan kerja yang membahayakan merupakan contoh dari sumber fisik dan sumber lingkungan. Perubahan status kesehatan yang normal merupakan predisposisi terjadinya kerentanan pada seseorang, hal ini dapat akibat dari proses penyakit seperti penyakit kronik. Seseorang dengan penyakit kronik sering lebih rentan karena terjadinya perubahan fisiologis, keterbatasan status fungsional dan kehilangan kemandirian. Faktor resiko yang dapat menimbulkan terjadinya kerentanan meliputi lingkungan yang membahayakan (seperti terpaparnya zat racun), bahaya sosial (kriminalitas dan kekerasan) serta perilaku individu (seperti kebiasaan diet dan olahraga) atau dari biologi serta genetik (seperti gangguan kongenital dan penurunan status imunitas). Semua faktor resiko tersebut dapat berinteraksi dengan faktor lain, membuat situasi yang lebih membahayakan (Stanhope & Lancaster, 2004)

Beberapa defenisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa populasi rentan merupakan kelompok yang beresiko lebih besar terhadap terjadinya masalah kesehatan dibandingkan dengan populasi lain akibat dari kondisi atau gangguan kesehatan sebelumnya atau bahaya yang ada baik internal atau eksternal. Kerentanan yang terjadi pada klien pasca stroke ini dapat merupakan kombinasi dari faktor internal dan eksternal yaitu buruknya kesehatan, tingginya faktor resiko dan kurangnya dukungan yang ada.

Stroke merupakan satu dari empat masalah kesehatan yang terjadi pada orang dewasa. Hal ini dikaitkan dengan gaya hidup dan perilaku yang tidak sehat pada orang dewasa (Allender & Spradley, 2004). Perjalanan penyakit stroke yang beragam menyebabkan klien pasca stroke akan berisiko besar terjadinya berbagai masalah yang berkaitan dengan fisik, psikologi, dan sosial (Smeltzer & Bare, 2005; Lumbantobing, 2007).

Sehingga klien pasca stroke termasuk pada kelompok populasi rentan di komunitas.

Ketidakmampuan, kecacatan dan kerusakan, adalah masalah fisik yang sering terjadi pada klien pasca stroke kehidupan klien pasca stroke. Kecacatan dapat menyebabkan klien tidak mampu atau mengalami gangguan dalam aktivitas sehari-harinya, menjadi tergantung pada orang lain dan hal ini juga dapat mempengaruhi terhadap kesehatan mental yang berisiko terjadinya gangguan konsep diri, frustrasi dan depresi. Akibat kecacatan klien juga dapat mengalami kehilangan pekerjaan dan tidak mampu melakukan aktivitas sosial di lingkungannya sehingga semua hal tersebut memperburuk status kesehatannya dan dapat menurunkan kualitas hidup mereka dibandingkan dengan populasi yang sehat.

2.2 Keperawatan Dewasa Dengan Stroke

2.2.1 Pengertian Stroke

Menurut Iskandar (2004) stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak yang bersifat akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan, dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau terjadinya kematian, gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan perdarahan ataupun non perdarahan. Stroke adalah gangguan suplai darah pada sebagian otak yang dapat mematikan (Gordon, 2000). Menurut Mansjoer (2000) stroke adalah sindrom klinis yang awalnya timbul mendadak, progresif, berupa defisit neurologis fokal atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa stroke adalah suatu keadaan terjadinya kurangnya suplai darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba sehingga menimbulkan manifestasi neurologis ringan hingga berat.

2.2.2 Jenis dan Faktor risiko stroke

Stroke dapat dibedakan berdasarkan jenisnya yaitu stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik (Smeltzer & Bare, 2005; Icnatavicius & Workman, 2010; Lewis *et al.*, 2007). Perbedaan tersebut dapat dikaitkan dengan beberapa perbedaan antara lain faktor risiko, saat terjadi atau awitan, dan peringatan atau warning serta prognosis.

Faktor risiko pada stroke iskemik berkaitan dengan penyakit jantung, diabetes mellitus, kurangnya aktifitas fisik dan konsumsi alkohol, sedangkan faktor resiko stroke *hemoragik* yakni akibat hipertensi dan *aneurisma* (Lumbantobing, 2007). Stroke non *hemoragik* pada saat serangan terjadi klien biasanya sedang istirahat, sedangkan pada stroke *hemoragik* biasanya klien sedang melakukan aktivitas. Gangguan yang terjadi pada stroke *hemoragik* sering didahului adanya peringatan atau warning terlebih dahulu seperti adanya rasa kesemutan pada wajah pada satu sisi yang berlangsung hanya beberapa menit saja, mungkin 5 atau 10 menit, namun pada stroke hemoragik biasanya klien dapat tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran (Hadinoto, Setiawan & Soetedjo, 1992).

Faktor-faktor risiko stroke stroke berulang sama dengan faktor risiko stroke serangan yang pertama (Hankey, 2002; Chest Heart Stroke Scotland, 2004, dalam Miller, 2007). Faktor resiko utama pada penyakit jantung dan stroke meliputi hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg), penyimpangan kadar kolesterol (lebih dari 200 mg/dl), merokok, obesitas, riwayat keluarga, usia tua dan aktivitas fisik yang kurang. (Maurer & Smith, 2005). Menurut Miller (2007) bahwa faktor risiko stroke meliputi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dimodifikasi meliputi usia, gender, ras, etnis dan riwayat keluarga dengan stroke. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi : hipertensi, diabetes, *Transien Ischemic Attack (TIA)*, *atrial fibrilasi*,

merokok, kurang aktivitas, obesitas, konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat, terapi hormonal dan *homocysteine* .

Seseorang yang berusia 55 tahun berisiko lebih besar menderita stroke dan dapat terjadi satu hingga enam tahun setelah berusia 55 tahun (Rosamond *et al.*, 2007, dalam Miller 2007). Menurut Sidharta (1985, dalam Bustan, 2007) bahwa stroke merupakan penyakit yang terjadi pada golongan usia diatas 50 tahun, karena pada golongan usia tersebut terjadi pengerasan/kekakuan dinding pembuluh darah arteri. Penurunan kelenturan pembuluh darah dapat disebabkan oleh faktor keturunan, hipertensi dan gaya hidup serta akibat lanjut dari pengerasan pembuluh darah tersebut aliran darah dapat berkurang sehingga salah satunya dapat menimbulkan terjadinya stroke.

Menurut Goldstein *et al.*, (2006, dalam Miller, 2007) mengenai perbedaan jenis kelamin, bahwa stroke lebih sering terjadi pada laki – laki, terkecuali bagi wanita yang berusia 35–45 tahun dan pada usia lebih tua yaitu lebih dari 85 tahun. Laki- laki lebih sering menderita stroke dari pada wanita dengan perbandingan 3 : 1 (Hadinoto, Setiawan & Soetedjo, 1992). Angka kematian akibat stroke pada wanita lebih tinggi dibanding dengan laki- laki dengan angka kematian 61% pada wanita di tahun 2004 (Rosamond *et al.*, 2007, dalam Miller, 2007). Di Indonesia hasil penelitian ASNA (Assosiasi Stroke Nasional) juga didapatkan bahwa distribusi stroke penderita laki–laki lebih banyak dari perempuan. Tingginya penderita stroke pada laki - laki dikaitkan dengan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, diet yang jelek dan latihan fisik yang kurang pada laki–laki (Murai, 2003; Kenzie, Pinger & Kotekie, 2005).

Etnis dan Ras Amerika Afrika, Amerika Hispanik, Native Amerika memiliki angka insiden dan angka kematian stroke yang tinggi dibandingkan dengan dewasa Kaukasia (Goldstein *et al.*, 2006; Lewis *et al.*, 2007). Insiden yang tinggi pada ras Amerika Afrika dikaitkan dengan tingginya angka kejadian hipertensi, diabetes mellitus, anemia

bulan sabit (Lewis *et al.*, 2007; Smeltzer & Bare, 2005). Di Indonesia dari hasil penelitian Sahim (2002) menyatakan bahwa karena masyarakat Minang suka memakan makanan berlemak yang berasal dari santan kelapa, lemak daging dan jeroan maka plasma darah mereka, umumnya lebih kental dan banyak mengandung lemak jenuh, dibandingkan dengan Suku Sunda dan Jawa sehingga risiko menderita stroke lebih tinggi dibandingkan dengan suku lainnya.

Riwayat keluarga dengan stroke baik dari ibu, ayah atau keduanya memiliki risiko untuk terjadinya stroke (Sacco *et al.*, 2006, dalam Miller 2007). Laki-laki Amerika Afrika dengan riwayat keluarga stroke memiliki risiko lebih besar dan harus waspada serta memperhatikan faktor risiko lain yang dapat dimodifikasi (Miller, 2007). Menurut Hadinoto, Setiawan dan Soetedjo (1992) menyatakan belum faktor genetik menjadi berperan terhadap stroke jika digabungkan dengan faktor risiko lainnya. Faktor risiko stroke lain adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi.

Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi meliputi : hipertensi; diabetes; penyakit jantung meliputi : *atrial fibrilasi*, *infark miokard* dan gangguan katup jantung; merokok; kurang aktivitas; obesitas; konsumsi alkohol; penyalahgunaan obat; terapi hormonal; dan *homocysteine* (Miller, 2007; Icnatavicius & Workman, 2010; Lewis *et al.*, 2007). Faktor risiko yang dapat dimodifikasi dapat dirubah melalui perubahan perilaku atau gaya hidup yang sehat dan melalui farmakologi untuk mengurangi faktor risiko stroke (Lewis *et al.*, 2007).

Hipertensi merupakan sebagai faktor risiko sejumlah penyakit yaitu penyakit jantung, stroke, ginjal dan retinopati (Maurer & smith, 2005). Penelitian berbasis populasi menemukan bahwa tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko yang signifikan untuk stroke pertama dan berulang; hipertensi diperkirakan jumlahnya 60% dari populasi risiko yang timbul untuk penyakit serebrovaskular (Lindsay, 2008).

Hipertensi dinyatakan sebagai faktor risiko yang kuat terhadap terjadinya stroke tetapi sering tidak dideteksi atau pengobatan yang tidak adekuat (Lewis *et al.*, 2007). Di Indonesia diperkirakan sebesar 15 juta penduduk yang mengalami hipertensi hanya 4% dengan hipertensi terkontrol artinya mereka yang menderita hipertensi tahu menderita hipertensi dan menjalani pengobatan hipertensi (Bustam, 2007). Klien perlu mengetahui atau memiliki kemampuan dalam mendeteksi terhadap tanda gejala penyakit dan menjalani pengobatan yang terkontrol. Tanda gejala yang dapat dideteksi melalui gejala dan tanda antara lain : nyeri kepala dan tengkuk, dada berdebar – debar dan tekanan darah *sistole* lebih dari 160 mmHg serta *diastole* lebih dari 95 mmHg (batasan menurut WHO dalam Bustam, 2007). Menurut Maurer dan Smith (2005) jika seseorang tekanan darahnya 139/89 mm/Hg sudah dinyatakan menderita prehipertensi sehingga perlu didorong untuk melakukan modifikasi gaya hidupnya.

Diabetes mellitus juga sebagai resiko terhadap kejadian stroke namun tidak sekuat hipertensi. Risiko terjadinya stroke pada penderita diabetes 4-5 kali lebih tinggi dibandingkan mereka yang tidak menderita diabetes mellitus (Lewis *et al.*, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Gertler, dkk (1975, dalam Lumbantobing, 2007) menyimpulkan bahwa 70% penderita yang diteliti menderita diabetes yang tersembunyi dan yang nyata. Penyakit lain yang juga berisiko terhadap terjadinya stroke adalah penyakit jantung.

Penyakit jantung meliputi *atrial fibrilasi*, *infark miokard*, penyakit jantung kongenital dan kelainan katup jantung juga sebagai faktor risiko stroke. Atrial fibrilasi merupakan faktor risiko yang paling sering menyebabkan terjadinya stroke dibandingkan penyakit jantung lainnya (Lewis *et al.*, 2007). *Atrial fibrilasi* dapat dikenali melalui pemeriksaan rekaman listrik jantung (EKG) dan merupakan faktor risiko stroke yang paling tinggi dibandingkan dengan penyakit jantung lainnya, yaitu sekitar 15%–20% dari kasus stroke (Rasyid & Soertidewi, 2007).

Faktor risiko lain berkaitan dengan stroke adalah kadar kolesterol yang tinggi (hiperkolesteromia) dan obesitas.

Kadar kolesterol yang tinggi salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya kekakuan (*atherosclerosis*) dan pembentukan plak pada pembuluh darah. Kadar kolesterol diharapkan normal yaitu : trigliserid 150 mg/dl, kadar lemak jenuk (LDL) pada pria < 40 mg/dl dan pada wanita < 50 mg/dl (Bustam, 2007). Kadar kolesterol yang tinggi biasanya juga ditemui pada obesitas. Obesitas dan overweight sering dihubungkan dengan resiko terjadinya hipertensi, diabetes, stroke, apnu pada tidur, artitis dan penyakit kronik lainnya (Maurer & Smith, 2005). Individu yang memiliki kelebihan berat badan atau obesitas masa harapan hidupnya lebih rendah (Lewis *et al.*, 2007). Obesitas dapat dikenali dengan kelebihan berat badan, indeks massa tubuh (IMT) yang lebih dan lingkar perut yang tidak normal. Nilai IMT 19 – 25 m² berarti berat badan normal sedangkan IMT antara 30 - 40 m² disebut obesitas, IMT > 40 disebut obesitas yang berbahaya. Lingkar perut pada laki – laki > 90 cm dan pada wanita > 80 cm dianggap sebagai obesitas (Bustan, 2007). Beberapa faktor risiko stroke lainnya berkaitan dengan gaya hidup yang tidak baik, yaitu : merokok, konsumsi alkohol, dan aktivitas fisik yang kurang.

Merokok merupakan salah satu gaya hidup atau kebiasaan yang sering dilakukan pada laki – laki dan wanita (Bustan, 2007).. Salah satu zat yag berbahaya dalam rokok adalah *Carbon Monoksida* (CO) yang dapat menyebabkan terjadinya kekakuan pembuluh darah (*atherosclerosis*) sehingga berisiko stroke, jantung koroner, dan kanker paru serta lainnya. Untuk mengetahui adanya keterpaparan seseorang dengan rokok dapat dilakukan dengan: wawancara langsung kepada klien tersebut, keluarga atau orang terdekat dan pemeriksaan eskresi komponen rokok yaitu nikotin pada urin klien (Bustan, 2007).

Alkohol juga sebagai faktor risiko stroke, hal ini akan tergantung dari jamlah yang dikonsumsi. Wanita yang mengkonsumsi alkohol satu kali

sehari dan laki – laki lebih dua kali sehari sangat berisiko tinggi menderita hipertensi yang dapat menimbulkan terjadinya stroke (Lewis *et al.*, 2007). Alkohol yang diminum berlebihan akan meningkatkan tekanan darah, kadar *trigliserid*, *atrium fibrilasi* dan dapat menyebabkan pembesaran jantung (Hadinoto, Setiawan & Soetedjo, 1992).

Aktivitas fisik yang kurang pada laki- laki dan wanita menunjukkan adanya hubungan dengan risiko terjadinya stroke dari beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan (Miller, 2007). Aktivitas fisik dapat mempengaruhi status kesehatan, jika dilakukan secara teratur 3 kali dalam seminggu maka dapat meningkatkan nadi selama 15 sampai 20 menit, meningkatkan fungsi kardiopulmonal dengan menurunkan tekanan darah dan denyut jantung (Potter & Perry, 2005). Menurut Bustan (2007) aktivitas fisik atau olahraga berperan dalam membantu perbaikan penyakit jantung dan stroke melalui penurunan tekanan darah, peningkatan lemak tidak jenuh, penurunan lemak jenuh, memperbaiki aliran darah dan meningkatkan kapasitas kerja jantung.

2.2.3 Tanda gejala Stroke

Tanda dan gejala awal yang pada klien stroke meliputi : tiba-tiba kehilangan rasa, kesemutan, tiba-tiba kelemahan pada muka, bahu atau kaki terutama bila hanya terjadi pada sebagian tubuh, tiba- tiba merasa bingung, tiba-tiba kesulitan berbicara dan penangkapan pengertian, tiba- tiba kesulitan melihat pada sebelah mata ataupun keduanya, tiba –tiba kesulitan berjalan, pusing dan kehilangan keseimbangan atau koordinasi, dan sakit kepala yang amat sangat tanpa diketahui sebab –sebabnya dengan jelas (LeMone & Buke, 1996). Klien pasca stroke perlu mengenali tanda dan gejala awal stroke sehingga penatalaksanaan dan penanganan dapat cepat dilakukan sehingga tidak terjadi serangan yang lebih berat (Smeltzer & Bare, 2005).

Perjalanan penyakit stroke sebagai manifestasi klinis selanjutnya memberikan efek terhadap beberapa fungsi tubuh. Fungsi - fungsi

tersebut yang mengalami perubahan atau gangguan akan tergantung dari area arteri dan bagian otak yang dikenai (Hudak & Gallo, 2005). Manifestasi klinis penyakit stroke juga akan dipengaruhi oleh jenis stroke yang terjadi.

Manifestasi klinis stroke adalah (1) defisit pergerakan meliputi : kerusakan mobilitas, gangguan fungsi pernafasan, gangguan menelan dan bicara, gangguan gag reflek dan gangguan kemampuan perawatan diri, (2) gangguan komunikasi, (3) kesukaran dalam mengendalikan emosi dan respon emosi yang terjadi kadang tidak dapat diprediksi dan berlebihan, (4) kerusakan memori dan fungsi penilaian, kerusakan ini dapat mempengaruhi terhadap kemampuan bahasa, kemampuan dalam penilaian dan kesulitan dalam mengeneralisasi, (5) gangguan eliminasi B.A.K seperti kesulitan dalam memulai dan mengontrol dan eliminasi B.A.B seperti konstipasi yang dikaitkan dengan kurangnya pergerakan, lemahnya pergerakan otot abdomen, dehidrasi dan kurangnya reflek defekasi (Lewis *et al.*, 2007).

2.2.4 Dampak stroke

Stroke akan berdampak pada klien, keluarga dan negara (Mackay & Mansah, 2004). Berikut ini akan diuraikan dampak stroke pada klien, keluarga dan negara.

2.2.4.1 Dampak pada individu

Dampak yang terjadi pada seseorang yang menderita stroke meliputi fisik, psikologis dan sosial. Dampak fisik yang dapat terjadi akibat penyakit stroke adalah kecacatan (Lumbantobing, 2007). Kecacatan yang terjadi pada penderita pasca stroke dapat ringan hingga berat. Akibat dari kecacatan menimbulkan terjadinya perubahan dan keterbatasan fungsional pada individu tersebut sehingga akan berefek pada aktifitas sehari-hari klien. Menurut Institut Nasional Jantung, Paru, dan Darah, enam bulan setelah stroke iskemik 30% seseorang yang berusia ≥ 65 tahun tidak dapat berjalan tanpa

bantuan, 26% tergantung pada aktivitas hidup sehari-hari, dan 26% berada di panti jompo (Kelly-Hayes *et al.*, 2003).

Kecacatan juga akan memberikan dampak terhadap psikologis dan sosial klien. Dampak psikologis yang dapat terjadi pada klien pasca stroke meliputi penurunan citra tubuh, harga diri rendah, frustrasi, depresi dan keterbatasan dalam berhubungan dengan orang lain (Lewis *et al.*, 2007). Depresi merupakan salah satu masalah psikologis yang paling sering terjadi pada klien dengan penyakit kronis dan kecacatan (Potter & Perry, 2007). Dampak sosial yang terjadi pada klien pasca stroke dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu : ketidakmampuan melaksanakan peran sosial, ketidakmampuan melakukan peran dirumah, dan kehilangan pekerjaan. Klien dapat menjadi beban bagi keluarga akibat tidak bekerja lagi dan merasakan tidak berguna dalam keluarga akibat kehilangan atau perubahan fungsi peran yang terjadi (LeMone & Buke, 1996).

2.2.4.2 Dampak pada keluarga

Penyakit yang terjadi dalam keluarga mempengaruhi jalannya penyakit tersebut dan status kesehatan anggota keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Penyakit yang terjadi pada anggota keluarga khususnya penyakit kronik akan mempengaruhi terhadap fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual seluruh anggota keluarga. Dampak pada keluarga dengan anggota yang menderita sakit kronis dapat dipengaruhi oleh tingkat kecacatan, persepsi terhadap kecacatan dan pengetahuan tentang gejala-gejala penyakit (Kaakinen *et al.*, 2010).

Klien pasca stroke biasanya juga mengalami berbagai macam disfungsi, seperti disfungsi motorik, disfungsi sensorik, gangguan kognitif, gangguan komunikasi dan kemampuan

menelan (Hudak & Gallo, 2005). Individu dapat menjadi tergantung pada keluarga dalam pemenuhan kebutuhan atau aktivitas sehari – harinya sehingga hal ini tentu juga akan menimbulkan masalah bagi keluarga baik secara fisik, psikologis dan sosial ekonomi. Hasil penelitian Susan, Wong, dan Christopher (2006) menemukan para pengasuh dari penderita stroke berada pada risiko yang lebih besar mengembangkan kesehatan fisik dan emosional yang buruk dari pada pengasuh pasien yang mengalami penyakit saraf lainnya.

2.2.4.3 Dampak pada negara (pemerintah)

Angka kejadian stroke yang tinggi pada *aggregate* dewasa akan mempengaruhi negara yaitu menurunnya jumlah penduduk yang produktif karena pada usia dewasa mereka adalah sebagai pencari nafkah dalam rumah tangganya. Dampak lain adalah meningkatkan beban negara terhadap biaya pengobatan dan perawatan stroke. Di Kanada pada tahun 2005 biaya yang berkaitan dengan stroke baik langsung dan tidak langsung diperkirakan sebesar \$2.7 milliar pertahun, sedangkan di Amerika Serikat sebesar \$56, 8 miliar pertahun (Lewis *et al.*, 2007). Di Indonesia peneliti tidak mendapatkan berapa biaya yang telah digunakan negara untuk pengobatan dan perawatan stroke ini.

2.2.5 Perawatan pasca stroke di rumah

Menurut Warhola (1980, dalam Smith dan Maurer, 2005) perawatan kesehatan rumah adalah suatu pelayanan kesehatan secara komprehensif yang diberikan kepada klien dan atau keluarga ditempat tinggal mereka. Tujuan perawatan kesehatan di rumah adalah meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian sambil meminimalkan pengaruh disabilitas dan penyakit (Blais *et al.*, 2002). Klien pasca stroke yang kembali ke rumah dapat

dalam berbagai keadaan. Hal ini berkaitan dengan seberapa berat serangan stroke yang terjadi dan gejala sisanya. Hasil survey pada klien pasca stroke didapatkan : 50%–70% akan mampu kembali mencapai kemandirian fungsionalnya dan 15%–30% dapat mengalami kecacatan yang permanen (Lewis *et al.*, 2007).

Proses pemulihan menyebabkan klien pasca stroke membutuhkan perawatan lanjutan di rumah atau tatanan lain seperti fasilitas perawatan intermediet, atau fasilitas rehabilitasi (Lewis *et al.*, 2007). Perawatan klien pasca stroke di rumah ditujukan terhadap kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari – hari yang berkaitan dengan perawatan diri (*self care*) dan pencegahan terhadap terjadinya serangan stroke berulang melalui pengontrolan faktor risiko (Mulyasih & Ahmad, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo & Soemantri (2009) bahwa aspek kebutuhan fisik yang diperlukan dalam perawatan pasca stroke di rumah menurut klien dan keluarga sebagian besar mereka mengungkapkan bahwa mereka membutuhkan bantuan dalam hal pengaturan nutrisi, perawatan diri, membantu dalam hal pemasangan kateter urine, serta bantuan untuk melatih bicara bagi klien yang mengalami gangguan bicara pasca serangan stroke. Disamping itu, klien membutuhkan adanya bantuan dari pihak lain untuk memulihkan anggota tubuh yang mengalami disfungsi pergerakan.

2.2.5.1 Perawatan diri pasca stroke

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri (Depkes, 2000). WHO mendefinisikan bahwa perawatan diri sebagai kegiatan individu, keluarga, dan masyarakat yang dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, membatasi penyakit, dan memulihkan kesehatan (Owan, 2000) .

Keperawatan mandiri (*self care*) menurut Orem (1980, dalam Tommey & Alligood, 2006) merupakan suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. *Self care* harus dipelajari dan dilakukan dengan bebas dalam waktu berkelanjutan dan menyesuaikan kebutuhan individu (Tommey & Alligood, 2006).

Menurut Owan (2000) perawatan diri dalam promosi kesehatan adalah “ mengacu pada keputusan dan tindakan individu, dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan atau memperbaiki kesehatannya“. Contoh perilaku perawatan diri termasuk mencari informasi (misalnya: membaca buku atau pamflet, mencari informasi kesehatan melalui internet, menghadiri kelas kesehatan, bergabung dengan kelompok *self-help*), melakukan kontrol secara teratur, istirahat yang cukup, perubahan gaya hidup; seperti : diet rendah lemak, pemantauan tanda-tanda vital, dan mencari nasehat melalui tenaga kesehatan, mengevaluasi informasi , dan membuat keputusan untuk bertindak. Dengan demikian perawatan diri dapat disimpulkan sebagai perilaku atau aktivitas seseorang berkaitan dengan mempertahankan hidup, kesehatan, kesejahteraan serta keputusan dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

Perawat professional mempunyai tanggung jawab dalam memberdayakan klien pasca stroke dan keluarga dalam melakukan perawatan diri sesuai dengan keadaan klien tersebut. Oleh karena itu model konseptual *self care* Orem dapat dijadikan sebagai landasan berfikir dan membantu penyelesaian masalah dan dampak yang terjadi pada klien pasca stroke. Pada dasarnya diyakini bahwa semua manusia mempunyai kebutuhan-kebutuhan perawatan diri (*self care*) dan mereka mempunyai hak untuk

mendapatkan kebutuhan itu sendiri, kecuali bila tidak mampu. Model perawatan diri (*self care*) Orem ini dibentuk oleh tiga teori yaitu teori perawatan diri, teori defisit perawatan diri dan teori sistem keperawatan (Orem, 1995, dalam Hood & Leddy, 2006, hal 119)

Berikut ini akan dijelaskan tentang hubungan antara *self care*, defisit perawatan diri dan sistem keperawatan pada klien stroke berdasarkan model konseptual keperawatan menurut Orem (2001, dalam Tommey & Alligood, 2006).

a. Teori Perawatan Diri (*self care*)

Teori perawatan diri (*self care*) ini terdiri atas :

- 1). *Self care*, adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan dilakukan berdasarkan adanya kebutuhan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan.
- 2). *Self care agency*, adalah kemampuan yang kompleks dari pendewasaan dan orang-orang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk meregulasi fungsi dan perkembangan manusia. *Self care agency* dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya.
- 3). *Therapeutic self care demands*, adalah tindakan *self care* secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan *self care* individu melalui cara-cara tertentu seperti: pengaturan nilai-nilai yang terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara dan cairan, serta pemenuhan elemen-elemen aktifitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Model Orem menyatakan bahwa ada beberapa kebutuhan *self care* (*self care requisite*), yaitu :

- a). Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self care requisite*)

Kebutuhan perawatan diri universal adalah umum untuk semua orang, dihubungkan dengan proses kehidupan dan integritas struktur serta fungsi manusia. Orem (2001, dalam Tommey dan Alligood, 2006) menyatakan kebutuhan tersebut meliputi mempertahankan kebutuhan asupan udara, air, makanan, eliminasi dan eksresi, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara menyendiri dan interaksi sosial, pencegahan bahaya dalam kehidupan, fungsi dan kesejahteraan manusia dan peningkatan perkembangan sesuai dengan potensi, keterbatasan dan keinginan manusia pada umumnya.

Klien pasca stroke memiliki kebutuhan universal yang sama dengan manusia lainnya, namun klien dapat mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan mereka akibat dari perjalanan penyakitnya. Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada klien stroke antara lain: tidak efektifnya jalan nafas, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan menelan, gangguan eliminasi, gangguan mobilisasi dan perubahan interaksi sosial (Mulyasih, 2007, dalam Rasyid & Soertidewi, 2007).

- b). Kebutuhan perawatan diri perkembangan (*developmental self care requisite*)

Kebutuhan perkembangan dikaitkan dengan perkembangan atau dikaitkan dengan kondisi atau kejadian pada seseorang sehingga dapat berupa tahapan-tahapan yang berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial. Kebutuhan perawatan diri perkembangan yang dapat terjadi pada klien adalah penyediaan kondisi-kondisi yang mendukung proses perkembangan, keterlibatan dalam

pengembangan diri dan pencegahan terhadap gangguan yang mengancam perkembangan. Kebutuhan perawatan diri perkembangan pada klien stroke dipengaruhi oleh kondisi tubuhnya.

Stroke merupakan salah satu penyakit kronik yang banyak terjadi pada *aggregate* dewasa. Pada masa dewasa seseorang biasanya lebih perhatian pada pengejaran pekerjaan dan sosial, mencoba membuktikan status sosial ekonominya (Potter & Perry, 2005). Proses penyakit stroke akan bervariasi tergantung akibat atau efek yang terjadi pada penyakit ini seperti: terjadinya gangguan dalam beraktivitas, gangguan komunikasi, gangguan kognitif yang membutuhkan waktu dalam proses pemulihannya. Kondisi tersebut membuat klien stroke dewasa mengalami masalah dalam menjalankan peran secara sosial dan ekonomi bagi keluarga (Lumbantobing, 2007). Sehingga mereka membutuhkan dukungan dalam proses pemulihannya dari keluarga, perawat dan orang-orang disekitar mereka sehingga dapat berperan lagi bagi keluarga dan lingkungan sekitarnya.

c). Kebutuhan deviasi kesehatan (*Health deviation self care requisite*)

Kebutuhan deviasi kesehatan secara spesifik berhubungan dengan apa yang diperlukan individu untuk dirinya sendiri, atau mengatur orang lain untuk melakukannya jika ia tidak mampu karena kondisi sakit, cedera, penyakit atau terapinya (Blais *et al.*, 2002; Basford & Slevin, 1996). Klien pasca stroke dapat mengalami berbagai gangguan akibat perjalanan penyakitnya seperti : aktivitas motorik, perawatan diri, fungsi intelektual, persepsi sensori, personality, afek, sensasi menelan dan komunikasi (Smeltzer & Bare, 2006). Untuk mengatasi masalah yang terjadi akibat dari stroke tersebut klien memerlukan bantuan untuk memenuhi kebutuhan mereka.

b. Teori defisit perawatan diri (*self care deficit theory*).

Teori defisit perawatan diri merupakan hubungan antara *therapeutic self care demands* dengan *self care agency*. Kemampuan *self care agency* lebih kecil dibandingkan dengan *therapeutic self care demands* sehingga *self care* tidak terpenuhi. Kondisi ini menyebabkan adanya kebutuhan perawat (*nursing agency*) melalui sistem keperawatan. *Self care deficit* terjadi bila agen *self care* atau orang yang memberikan perawatan diri baik pada diri sendiri maupun pada orang lain tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan diri individu dan lebih memberikan *self care therapeutic*. Defisit perawatan diri dapat terjadi pada klien pasca stroke.

Klien pasca stroke biasanya dipulangkan dari perawatan akut ke rumah, fasilitas perawatan intermediet, atau fasilitas rehabilitasi. Kriteria utama yang harus diperhatikan pada saat klien akan dipulangkan atau dipindahkan adalah kemampuan fungsional untuk melakukan aktivitas sehari – hari (Lewis *et al.*, 2007). Kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meliputi: mandi, berpakaian, makan, ambulasi, kamar mandi, kebersihan tubuh, berjalan, kemampuan dalam berpindah dan kemandirian dalam keterampilan yang lain seperti menggunakan telepon, menyiapkan makan dan mengurus rumah tangga (Potter & Perry, 2010). Skala status fungsional dapat digunakan antara lain adalah Indeks Barthel.

Indeks Barthel adalah alat sederhana untuk menilai perawatan diri dan kegiatan mobilitas dalam kehidupan sehari-hari. Instrumen ini banyak digunakan dalam penilaian klien dengan gangguan neurologi, jiwa dan menjalani rehabilitasi. Informasi diperoleh dari observasi, laporan diri atau laporan informan. Waktu yang diperlukan sekitar 5-10 menit untuk menilai jika metode observasional digunakan. Skor tertinggi yang dapat dicapai klien

adalah 100 dan yang terendah 0, indikasi untuk skore 100 jika klien secara lengkap mampu melakukan semua aktivitas secara mandiri. Aktivitas yang dinilai ada 10 item meliputi : makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, elimansi B.A.K dan B.A.B, ke kamar mandi, mobilitas, pindah posisi (transfer) dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya, dan naik atau turun tangga (Mahoney & Maryland, 2005, <http://www.racgp.org.au/>; Loretz, 2005) .

Perawat komunitas dapat memenuhi kebutuhan klien pasca stroke tergantung derajat atau tingkat fungsional klien tersebut, sehingga intervensi keperawatan yang diberikan pada klien sesuai dengan keterbatasan yang terjadi pada mereka. Penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo dan Somantri (2009) menyatakan bahwa sebagian besar klien menunjukkan perbaikan kondisi fisiknya menjelang dipulangkan baik atas instruksi medis atau bahkan atas inisiatif sendiri (pulang paksa) yang terlihat dari rentang skor indeks barthel berada pada kisaran 40 -80.

c. Teori sistem keperawatan (Theory of nursing system)

Teori ini menggambarkan kebutuhan klien yang akan dipenuhi oleh perawat, oleh klien itu sendiri atau keduanya. Sistem keperawatan didesain berupa tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk melatih/meningkatkan *self agency* seseorang yang mengalami keterbatasan dalam pemenuhan *self care*. Perawat membantu individu dengan aktivitas perawatan diri yang mereka mampu lakukan bagi dirinya, tujuannya adalah memandu klien untuk melakukan perawatan diri mereka sendiri.

Tiga tingkatan sistem keperawatan yang dapat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan *self care* pasien, yakni :

- 1). Sistem kompensasi keseluruhan (*Wholly compensatory system*), yaitu tindakan perawat secara total untuk pemenuhan *self care*,

menyediakan kebutuhan *self care* akibat ketidakmampuan klien, mendukung klien dan melindungi klien.

Stroke dapat dibedakan berdasarkan jenisnya yaitu stroke non hemoragik (iskemik) dan stroke hemoragik (Smeltzer & Bare, 2005; Icnatavicius & Workman, 2010; Lewis *et al.*, 2007). Stroke hemoragik biasanya disertai dengan penurunan kesadaran. Dua pertiga klien stroke hemoragik akan mengalami koma (Rasyid & Soertidewi, 2007). Kondisi tersebut menyebabkan klien akan sangat membutuhkan tindakan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan atau dalam perawatan diri mereka secara total. Intervensi keperawatan pada klien stroke antara lain adalah: mempertahankan jalan nafas, membersihkan lendir dari jalan nafas, memberikan makanan melalui slang naso gastric tube, dan melakukan aktivitas untuk kebersihan diri klien (Lewis *et al.*, 2007).

- 2). Sistem kompensasi sebagian (*Partially compensatory system*), yaitu sebagian tindakan pemenuhan kebutuhan dilakukan oleh perawat melalui pengkajian kebutuhan *self care* klien, menyediakan kebutuhan *self care* akibat keterbatasan klien, membantu klien sesuai indikasi yang dibutuhkan. Perawatan diri klien pasca stroke meliputi: makan, menggunakan pakaian, eliminasi, mandi, kebersihan diri, berdandan, berjalan atau menggunakan alat bantu, dan cara pemindahan (Icnatavicius & Workman, 2010).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mendorong dan membantu klien dalam melakukan aktivitas perawatan diri yaitu (1) Makan : ciptakan suasana tenang dan rileks pada waktu makan, berikan makanan yang tidak perlu dikunyah dan letakan bagian tengah belakang dari lidah dan bila perlu gunakan peralatan makan seperti sendok dan garpu, (2) Berpakaian : masukan terlebih dahulu lengan yang lemah

kedalam lengan baju, tarik lengan baju keatas sampai ke bahu, putar baju ke arah lengan yang sehat dan masukan tangan yang sehat ke lengan baju lainnya, (3) Penggunaan toilet : berikan pegangan yang menempel di dinding kloset, sediakan kursi di kamar mandi untuk mandi, usahakan lantai kamar mandi tidak licin, (4) Cara berpindah : letakan kursi roda/kursi di sebelah sisi yang lemah, anjurkan klien bergeser ke tepi tempat tidur, duduk dengan telapak kaki menapak di lantai, pegang pinggang klien dan ajurkan memegang kedua bahu penolong, bantu pasien untuk duduk di kursi (Mulyasih, 2008)

3). Sistem suportif- edukatif (*Supportive educative system*)

Sistem ini membantu klien yang mampu atau dapat belajar melakukan perawatan diri secara terapeutik, namun membutuhkan bantuan dalam pengambilan keputusan, pengendalian perilaku, atau mendapatkan pengetahuan atau keterampilan. Perawat dapat membantu klien dengan memberikan bimbingan, dukungan, pengajaran, atau merubah lingkungan.

Klien pasca stroke dengan faktor risiko yang dapat dimodifikasi dapat dibantu dalam merubah atau mengendalikan perilaku yang tidak sehat melalui pemberian informasi seperti: mengkonsumsi makanan rendah lemak, sayur dan buah yang cukup, melakukan kontrol tekanan darah, melakukan olahraga, melakukan kontrol gula darah, dan melakukan penghentian merokok (LeMone & Muke, 1996 ; Lumbantobing, 2007).

2.2.5.2 Pengendalian (pengontrolan) faktor risiko stroke

Pengendalian atau pengontrolan faktor risiko merupakan salah satu bagian dalam perawatan klien pasca stroke yang penting dilakukan

untuk mencegah terjadinya kekambuhan stroke sehingga klien dapat melakukan perubahan serta beradaptasi terhadap gaya hidup setelah serangan stroke yang terjadi. Stroke dapat dicegah baik untuk serangan pertama atau berulang dengan mengontrol faktor risiko yang ada dan melalui pengobatan (Lewis *et al.*, 2007; Icnativicius & Workman, 2010). Faktor risiko stroke yang dapat dikontrol khususnya adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi yang meliputi hipertensi, diabetes, *Transien Ischemic Attack (TIA)*, *atrial fibrilasi*, merokok, kurang aktivitas, obesitas, konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat, terapi hormonal dan *homocysteine* (Miller, 2007).

Beberapa faktor risiko tersebut berkaitan dengan gaya hidup atau perilaku yang tidak sehat pada klien stroke tersebut. Menurut McKenzie, Pinger dan Kotecki (2005) masalah kesehatan yang sering terjadi pada orang dewasa antara lain penyakit jantung koroner dan stroke berasal dari perilaku yang tidak sehat, seperti merokok, peminum alkohol. Hal tersebut dapat dikurangi jika orang dewasa merubah perilakunya.

Menurut Lewis *et al.*, (2007) bahwa mengendalikan faktor risiko stroke dapat dilakukan melalui promosi kesehatan yang dilakukan, yang meliputi (1) diet yang sehat, (2) kontrol berat badan, (3) latihan fisik yang teratur, (4) tidak merokok, (5) membatasi konsumsi alkohol, (6) pemeriksaan kesehatan secara rutin. Klien yang memiliki faktor resiko hipertensi, obesitas, tinggi kadar lemak, atau disfungsi jantung memerlukan pengontrolan yang ketat. Hal yang hampir serupa juga dinyatakan oleh Lumbantobing (2007) bahwa faktor risiko stroke yang harus dikontrol atau ditanggulangi dengan baik pada klien pasca stroke meliputi : hipertensi, diabetes mellitus, kadar kolesterol yang tinggi, kadar asam urat yang tinggi, kegemukan, serta klien harus berhenti merokok, rajin olahraga yang disesuaikan dengan keadaannya.

Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki maka semakin tinggi kemungkinan untuk berulangnya stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Guzman (2009) didapatkan bahwa kombinasi empat perilaku kesehatan (merokok, kurang latihan fisik, konsumsi alkohol > 2 gelas/ hari dan rendah konsumsi buah dan sayur) adalah memiliki hubungan dengan peningkatan risiko stroke. Hasil penelitian yang dilakukan oleh McMannus & Mc.Alpine (2009) didapatkan bahwa tidak ada perbedaan antara yang signifikan antara kelompok kontrol dan intervensi dalam pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi (tekanan darah, kadar kolesterol dan kontrol diabetes) setelah dilakukan edukasi dan konseling pada klien pasca stroke. Namun hal sebaliknya dinyatakan melalui penelitian yang dilakukan oleh Lawrence *et al.*, (2009) bahwa intervensi melalui edukasi diketahui sebagai promosi kesehatan yang efektif dalam mengontrol faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada klien stroke berulang.

Berdasarkan hal tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa beberapa faktor risiko stroke perlu dikontrol atau dikelola oleh klien pasca stroke, terutama adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Berikut ini akan dijelaskan berkaitan dengan pengontrolan atau pengelolaan faktor risiko tersebut, yaitu :

a. Pengendalian Hipertensi

Faktor risiko stroke yang paling banyak berperan terhadap terjadinya stroke yang pertama dan berulang adalah hipertensi (Bustam, 2007). Sejumlah penelitian telah menunjukkan pengurangan risiko sebesar 28% terjadinya stroke berulang pada klien hipertensi yang mendapatkan pengobatan dan pengontrolan (Lindsay *et al.*, 2008). Pengontrolan tekanan darah dan kepatuhan dalam pengobatan yang diberikan merupakan aspek penting bagi klien pasca stroke dengan hipertensi disamping pengurangan asupan natrium. Tekanan

darah diastolik harus dijaga dibawah 110 mmHg dalam upaya menurunkan insiden stroke (Bustam, 2007). Menurut Goldstein *et al.*, 2006; Hylke *et al.*, 2006; Rosamond *et al.*, 2007; Sacco *et al.* 2006 (dalam Miller, 2007) bahwa tekanan darah sistolik diharapkan kondisi normal yaitu 120–139 mmHg dan diastolik 80–90 mmHg. Klien pasca stroke dianjurkan melakukan pemeriksaan tekanan darah satu bulan sekali (Depkes RI, 2008).

b. Pengendalian Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes mellitus merupakan faktor risiko untuk stroke, namun tidak sekuat hipertensi. Frekuensi diabetes cukup tinggi pada klien stroke. Klien pasca stroke dengan faktor risiko diabetes mellitus perlu untuk melakukan kontrol atau menjalani terapi secara teratur. Penatalaksanaan yang perlu dilakukan pada klien pasca stroke dengan faktor resiko DM meliputi olah raga, pengaturan makan, kontrol insulin dan obat hipoglikemik (Dempsey, 2007).

Klien DM dianjurkan melakukan olahraga / latihan fisik selama 30 menit dalam waktu 5 hari per minggu, pengaturan makan disesuaikan dengan kebutuhan kalori klien, kadar glukosa darah normal untuk gula darah puasa diharapkan adalah < 110 mg% (Goldstein, *et al.* 2006; Hykel, *et al.* 2006; Rosamond, *et al.*, 2007; Sacco *et al.*, 2006, dalam Miller, 2007). Menurut Lumbantobing (2007) pada klien DM dengan stroke maka kadar gula darah puasa diharapkan dibawah 100 mg%, gula darah random dibawah 140 mg% dan gula darah setelah makan dibawah 140 mg%. Klien pasca stroke dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan gula darah puasa setiap tiga bulan sekali, gula darah setelah makan setiap tiga bulan sekali dan gula darah sewaktu setiap sebulan sekali (Depkes RI, 2008).

c. Pengendalian Obesitas

Pada klien pasca stroke dengan obesitas maka pengontrolan berat badan merupakan hal yang penting dilakukan. Pengontrolan berat badan juga mempermudah pengendalian hipertensi dan DM. Klien pasca stroke didorong untuk majemen berat badan melalui keseimbangan intake kalori, aktivitas fisik dan konseling perilaku. Pengontrolan berat badan dapat dilakukan dengan pengukuran berat badan, Indeks Massa Tubuh (IMT) dan pengukuran lingkar perut. Nilai IMT 19–25 m² berarti berat badan normal sedangkan IMT antara 30–40 m² disebut obesitas, IMT > 40 disebut obesitas yang berbahaya. Lingkar perut pada laki – laki > 90 cm dan pada wanita > 80 cm dianggap sebagai obesitas (Bustan, 2007). Pengontrolan IMT dan lingkar pinggang-pinggul pada klien pasca stroke dianjurkan dilakukan setiap satu bulan sekali (Depkes RI, 2008). Klien perlu mengkonsumsi makanan rendah lemak, sayur dan buah yang cukup dan melakukan modifikasi diet. Efektifitas dari program diet yang dilakukan pada klien pasca stroke dapat dievaluasi melalui berat badan yang seimbang, hidrasi yang adekuat dan kepuasan pasien (Lewis *et al.*, 2007).

d. Pengendalian tinggi kolesterol

Pengendalian tinggi kolesterol dapat dilakukan dengan melakukan modifikasi atau pengaturan diet pada klien, program olahraga dan pemberian farmakoterapi (Maurer & Smith, 2005). Klien diharapkan mengurangi makanan yang berlemak dan konsumsi buah yang cukup. Klien tinggi kolesterol dianjurkan untuk secara rutin melakukan pemeriksaan kadar kolesterol pada saat melakukan kontrol kesehatan. Kadar kolesterol diharapkan normal yang meliputi : *trigliserid* 150 mg/dl, kadar lemak jenuk pada pria

< 40 mg/dl dan pada wanita < 50 mg/dl (Bustan, 2007). Klien pasca stoke dengan riwayat tinggi kolesterol dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kolesterol darah setiap satu bulan sekali (Depkes RI, 2008).

e. Penyakit jantung

Beberapa penyakit jantung berisiko untuk terjadinya stroke. Klien pasca stroke dengan penyakit jantung khususnya atrial fibrilasi dianjurkan melakukan pengontrolan EKG dan mengkonsumsi obat-obatan secara teratur seperti konsumsi aspirin 325 mg/hr (Lumbantobing, 2007). Dengan melakukan kontrol secara teratur maka penyakit jantung tersebut dapat diatasi dan mencegah terhadap terjadinya stroke berulang.

f. Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor resiko yang berkaitan dengan gaya hidup atau perilaku pada orang dewasa dengan stroke (Mc Murray, 2003). Edukasi, dukungan kelompok (*support group*) dan farmokoterapi merupakan penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk menghentikan merokok (Dempsey, 2006). Klien pasca stroke dianjurkan untuk melakukan modifikasi terhadap perilaku merokok ini dengan menghentikan merokok. Proses penghentian merokok kadang merupakan satu hal yang tidak mudah dilakukan oleh klien pasca stroke, sehingga proses ini memerlukan waktu yang kadang agak lama. Penghentian merokok dapat dilakukan melalui beberapa cara antara lain : menurunkan jumlah secara bertahap, berhenti segera dan mencari pengganti seperti permen (Bustan, 2007).

g. Aktivitas fisik (olah raga)

Gaya hidup kurang olah raga akan menimbulkan berbagai risiko penyakit seperti hipertensi, stroke, diabetes mellitus, osteoporosis dan kanker (Mandle & Edelman, 2007). Jenis

olahraga yang dilakukan pada klien pasca stroke disesuaikan dengan keadaannya atau kecacatan yang terjadi. Olahraga yang dapat dilakukan adalah pada klien pasca stroke adalah aerobik seperti : berjalan, dancing, berenang, mengayuh sepeda, dilakukan selama 30–45 menit selama 3-5 kali dalam seminggu (Bustan, 2007).

Klien pasca stroke yang mampu melakukan aktivitas fisik, maka aktivitas fisik moderat dengan intensitas 30 menit per hari dianjurkan untuk dilakukan, namun jika klien mengalami kecacatan maka direkomendasikan untuk dibawah pengawasan tim kesehatan atau perawat. Latihan fisik juga hal penting dilakukan pada klien pasca stroke, terutama latihan pergerakan sendi. Latihan pergerakan sendi dapat dilakukan sendiri oleh klien atau dibantu oleh perawat dan keluarga (Icnatavicius & Workman, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Marogold dan Dawson (2005) menyatakan bahwa aktifitas fisik yang dilakukan pada penderita stroke memberikan pengaruh terhadap berat badan, keseimbangan fungsional, mobilitas, reflek tubuh dan jatuh pada program latihan fisik pelepasan (*stretching*).

2.3 Program Pemulangan Klien Pasca Stroke

2.3.1 Pengertian

Menurut Potter dan Perry (2005) bahwa program pemulangan pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada klien yang meliputi nutrisi, aktivitas, latihan, obat- obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit. *Discharge planning* (program pemulangan klien) merupakan proses sistematis yang bertujuan menyiapkan klien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan (Taylor *et al.*, 1989). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa program pemulangan klien merupakan aktivitas yang dilakukan perawat berupa pemberian

informasi yang berkaitan dengan penyakit dan perawatan di rumah pada klien yang akan pulang dari rumah sakit.

2.3.2 Tujuan

Salah satu kegiatan yang penting yang dilakukan perawat di rumah sakit adalah menyusun program pemulangan klien. Bentuk program pemulangan klien tersebut berupa proses pemberian informasi atau pendidikan kesehatan yang bertujuan agar klien stroke dan anggota keluarga memiliki kemampuan dalam merawat dan mampu membuat keputusan sehubungan dengan kesehatan dan gaya hidup klien sehingga tidak terjadi komplikasi dan kekambuhan setelah berada di rumah. Selain itu program ini dapat meminimalkan dampak pada kondisi kesehatan akibat penyakit stroke yang terjadi dan meningkatkan kenyamanan keluarga dan pasien dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan stroke yang tersedia (Craven & Hirnie, 2000). Perencanaan pulang pada klien stroke yang efektif menurunkan komplikasi penyakit dan terjadinya kekambuhan atau berulangnya penyakit (Wilkinson, 1996, dalam Hariyati, Afifah & Handayani, 2010).

Penelitian tentang manfaat perencanaan pulang pada klien stroke, bahwa ada kenaikan kesiapan untuk pulang pada pasien stroke yang diberikan perencanaan pulang dengan terprogram. Program pemulangan memberikan dampak pada kenaikan nilai kesiapan dan koping terhadap stres yaitu dari 78,9% meningkat menjadi 88,9% (Hariyati, Afifah, dan Handayani, 2010). Penelitian lain yang menunjukkan pentingnya program pemulangan klien dari rumah sakit dinyatakan oleh Almborg, Ulander, Thulin dan Berg (2008) menyimpulkan bahwa klien dan keluarga merasa bahwa mereka perlu diberikan informasi dan pengetahuan yang banyak tentang stroke dan perawatan, pengobatan, rehabilitasi serta dukungan

bagi mereka dan lebih dilibatkan didalam mengidentifikasi tujuan program pemulangan dan hal yang dibutuhkan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa program pemulangan merupakan salah satu implementasi keperawatan yang perlu dilakukan pada klien pasca stroke. Program pemulangan tidak hanya membantu klien dan keluarga dalam perawatan lanjutan di rumah tetapi juga mempengaruhi terhadap kesiapan mental klien dan keluarga dalam melakukan perawatan stroke di rumah untuk mencapai kondisi kesehatan klien yang optimal.

2.3.3 Kegiatan

Hasil akhir dari program pemulangan dari rumah sakit yang dilakukan pada klien meliputi pemberian pengetahuan, sikap, keterampilan dan sumber-sumber yang dibutuhkan oleh klien agar dapat melakukan perawatan diri setelah pulang dari rumah sakit. Program pemulangan klien terbagi atas tiga tahap yaitu persiapan perencanaan pulang (*pre discharge*), pelaksanaan perencanaan pulang (*aktual discharge*) dan setelah pulang (*post discharge*) (Potter & Perry, 2005).

2.3.3.1 *Pre discharge* / tahap persiapan

Pada tahap persiapan program pemulangan klien, maka hal – hal yang dilakukan oleh perawat adalah :

- a. Melakukan pengkajian (sudah dilakukan sejak klien masuk rumah sakit) terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan klien stroke di rumah dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
- b. Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan klien pasca stroke dan keluarga di rumah, berhubungan dengan perawatan di rumah, hal-hal yang harus dihindari di rumah dan pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.

- c. Mengkaji faktor–faktor lingkungan rumah yang dapat mengganggu dalam perawatan diri dan kebutuhan alat–alat yang diperlukan di rumah (fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat bantu) bersama klien dan keluarga.
- d. Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lain terkait persiapan kebutuhan klien di rumah dan mengkaji perlunya rujukan untuk mendapatkan perawatan di rumah atau pelayanan lanjutan seperti layanan rehabilitasi.
- e. Mengkaji penerimaan klien terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berkaitan dengan masalah kesehatannya.
- f. Menentukan tujuan pulang yang relevan yaitu klien memahami masalah kesehatannya dan implikasinya, klien atau bersama keluarga mampu memenuhi kebutuhan individualnya, lingkungan rumah aman bagi klien dan tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah.

2.3.3.2 Pelaksanaan perencanaan pulang

- a. Melakukan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga berkaitan dengan (1) informasi tentang penyakit seperti tanda dan gejala, komplikasi, (2) informasi tentang obat–obatan dirumah, (3) informasi tentang pengobatan dan perawatan lanjutan seperti perawatan diri (makan dan minum, kebersihan diri, penggunaan kamar mandi, latihan fisik, cara berpindah) dan pengendalian faktor resiko (hipertensi, diet, aktivitas fisik, merokok, kolesterol, dan sebagainya) serta pengontrolan/pemeriksaan kesehatan ulang, (4) sumber pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat digunakan (Potter & Perry, 2005).

Menurut Asosiasi Stroke Internasional (2006) menyatakan bahwa informasi yang perlu diberikan pada klien stroke yang akan pulang meliputi : (1) Informasi

dasar : apa yang terjadi pada mereka dan mengapa hal tersebut dapat terjadi, apa kemungkinan yang dapat terjadi di masa datang, penjelasan dari tujuan pemeriksaan yang dilakukan serta pengobatan dan perawatan lanjutan yang mereka perlukan dan mengapa perlu dilakukan,

(2) Prevensi sekunder : nasehat terhadap makanan yang sehat, latihan fisik dan penghentian merokok,

(3) Ketersediaan pelayanan : pelayanan perawat komunitas dan rehabilitasi seperti fisiotherapi, terapi bicara dan bahasa serta pelayanan perawatan sosial seperti membantu dalam perawatan diri (Fitzpatrick, 2008,)

Inatavicius & Workman (2010) menyatakan informasi yang diberikan pada klien stroke yang akan pulang meliputi terapi obat – obatan (jelaskan tentang nama obat, dosis, bagaimana mendapatkannya dan efek samping), keterampilan ambulasi/pemindahan, keterampilan komunikasi, kewaspadaan keamanan, manajemen nutrisi, tingkat aktivitas dan manajemen keterampilan diri. Informasi yang diberikan dapat secara tertulis dan juga verbal.

LeMone dan Buke (1996) menyatakan area yang penting dalam memberikan edukasi perencanaan pulang pada klien pasca stroke adalah ; (1) edukasi tentang stroke yang meliputi : apa itu stroke dan penyebabnya, tanda dan gejala serta pencegahannya, (2) dukungan psikologis yang meliputi : keterlibatan dalam perawatan diri, keterampilan koping, harapan yang realistis, (3) modifikasi dan ketersediaan alat – alat di rumah seperti kamar mandi, kursi roda dan lainnya,(4) perawatan fisik seperti aktivitas sehari – hari, latihan fisik, tehnik memindahkan, dan perawatan kulit, (5) sumber – sumber di komunitas

yang dapat digunakan seperti: rujukan perawatan rumah bagi klien yang memerlukan layanan keperawatan dirumah, pusat nutrisi, tempat perawatan lansia dan support group (kelompok pendukung).

- b. Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya atau berdiskusi tentang isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah .
- c. Melakukan evaluasi pada klien dan keluarga terhadap demonstrasi yang telah dilakukan seperti cara penggunaan alat bantu berjalan.
- d. Melakukan dokumentasi terhadap informasi yang diberikan meliputi diagnosis penyakit, pengkajian yang dilakukan dan hasilnya, obat-obatan dan masa pengobatan, kemajuan atau perkembangan penyakit, kemampuan dan pemulihan, tim perencana perawatan, investigasi lain yang dibutuhkan pelayanan kesehatan utama dan rumah sakit, waktu, rencana pemindahan, nama pasien, dokter dan perawat, nomor telepon yang dapat dihubungi dan kapan informasi serta pemulangan dilakukan (Beg *et al.*, 2002, <http://www.sign.ac.uk/pdf/> , diakses tanggal 26 Januari, 2011).

2.3.3.3. *Post Discharge* atau setelah pelaksanaan

Setelah pemulangan, semua anggota tim kesehatan utama, agensi perawatan, klien dan keluarga atau pengasuh sebaiknya selalu mengamati perkembangan klien. Seandainya terjadi kejadian yang tidak diinginkan, maka penanggung jawab utama klien harus bertanggung jawab untuk mengirim klien pada tim penanggulangan atau layanan yang tersedia untuk mengkaji dan mengatasi masalah. Hal tersebut berupa

pengiriman kembali klien ke rumah sakit. Berbagai jenis pelayanan sukarela dapat tersedia seperti : kelompok stroke, perawatan harian dan tempat istirahat (Beg *et al.*, 2000, <http://www.sign.ac.uk/pdf/> diakses tanggal 26 Januari 2011).

2.4 Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat hubungannya dan interdependen yang anggotanya saling mempengaruhi. Dukungan keluarga merupakan suatu hal yang amat penting dalam setiap aspek pelayanan kesehatan anggota keluarganya mulai dari tahap promosi hingga tahap rehabilitasi, karena keterkaitan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Faktor keluarga akan berkontribusi untuk kesehatan individu dan keluarga serta memberikan manfaat dalam mengatur situasi sakit dalam keluarga (Boomar, 2004).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Suprajitno, 2004). Menurut Friedman, Bowden dan Jones (2003) bahwa keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya. Anggota keluarga juga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain melalui hubungan interpersonal meliputi perhatian, emosional dan penilaian (Stolte, 2004). Dari hal diatas dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan semua sikap dan tindakan keluarga dalam membantu anggota keluarga dengan memberikan perhatian atau dorongan dalam mencapai kesejahteraan anggota keluarganya.

Wade (2001, dalam Lawrence *et al.*, 2009) menyatakan perilaku atau gaya hidup klien stroke dapat dipengaruhi oleh keluarga. Keadaan tersebut membuat klien stroke membutuhkan dukungan dari lingkungan mereka khususnya adalah keluarga. Kesuksesan keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga dengan stroke dapat mempercepat proses pemulihan mobilitas, pencapaian dalam aktivitas sehari – hari dan kualitas kehidupan klien (Lewis *et al.*, 2007).

Hasil penelitian Oyserman *et al.*, (2000) didapatkan bahwa dukungan keluarga pada klien stroke meningkatkan aktivitas sosial, kesehatan mental, kualitas hidup dan kepuasan terhadap informasi tentang stroke. Penelitian yang sama dilakukan oleh Mant, Wade dan Winner (2001) menyatakan bahwa dukungan keluarga memberikan manfaat yang signifikan pada aktivitas sosial dan kehidupan klien stroke, namun terhadap manfaat psikologis belum jelas. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga bagi klien stroke memberikan manfaat bagi klien yaitu aktivitas sosial, kualitas hidup dan kepuasan pengetahuan tentang stroke.

Caplan (1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) dan Kaakinen *et al.*, (2010) menyatakan bahwa keluarga memiliki empat fungsi pendukung yaitu :

2.4.1 Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator informasi karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan saran-saran pada individu. Aktivitas yang dilakukan dapat berupa sharing sumber-sumber (buku-buku, web sites, nama pemberi layanan), memberikan edukasi pada anggota keluarga sesuai kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan informasi tentang kelompok pendukung (*support group*) (Kaakinen *et al.*, 2010). Penelitian menunjukkan bahwa sistem dukungan sosial pada keluarga mempengaruhi perilaku sehat, sehingga anggota keluarga penting memberikan dukungan psikososial, memberikan informasi untuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, serta untuk pemulihan gangguan kesehatan yang terjadi (Boomar, 2004). Penelitian oleh Bianca (2001, dalam Boomar, 2004) menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga dapat memotivasi individu dalam aktivitas fisik dan pengontrolan berat badan.

2.4.2 Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan belajar serta membantu penguasaan terhadap emosi, diantaranya

menjaga hubungan emosional. Tujuan dukungan emosional adalah koping efektif pada klien dan keluarga. Dukungan emosional dapat diwujudkan dalam bentuk kasih sayang, perhatian, simpati dan perasaan positif lainnya (Kaakinen *et al.*, 2010). Raglin (2001, dalam Boomar, 2004) menyatakan bahwa dukungan sosial keluarga mempengaruhi terhadap status alam perasaan dan motivasi diri dalam mengikuti program terapi.

Klien stroke dapat mengalami beberapa kehilangan yang dapat mempengaruhi terhadap kesehatan mental mereka. Dukungan emosional keluarga akan membantu klien stroke mencapai koping yang konstruktif (Lewis *et al.*, 2006). Bentuk dukungan emosional yang dapat dilakukan oleh keluarga pada klien stroke antara lain: melakukan komunikasi yang terbuka dengan keluarga dengan mengungkapkan hal-hal yang dirasakan oleh klien, menerima perubahan yang terjadi pada klien dan mendorong klien untuk melakukan aktivitas sosial.

Perhatian dan dorongan keluarga dapat dilakukan dengan membantu atau membimbing klien dalam melakukan latihan, seperti latihan pergerakan (latihan sendi, latihan dalam berjalan), latihan melakukan kegiatan sehari-hari (latihan menggunakan sendok, latihan menggunakan pakaian, latihan menggunakan kamar kecil dan berganti posisi atau pindah) serta latihan berbicara dan menulis (Lumbantobing, 2007). Penelitian yang dilakukan Minarti (2006) didapatkan bahwa bahwa pemberdayaan klien dan keluarga dalam rehabilitasi fisik mempengaruhi terhadap kemandirian klien pasca stroke.

2.4.3 Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit bagi klien di rumah dan di rumah sakit. Bentuk dukungan tersebut diantaranya dukungan dalam menjalani keteraturan terapi, dukungan dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, dan terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan ini juga dapat berupa membantu

dalam kegiatan rumah tangga, menyediakan tempat peristirahatan, menyediakan untuk transportasi, memberikan bantuan finansial dan membantu dalam perawatan fisik (Kaakinen *et al.*, 2010).

Klien stroke yang pulang ke rumah dapat berada pada keadaan yang bervariasi. Klien stroke yang pulang kerumah sebagian dengan tingkat kemandirian yang tinggi, namun sebagian lagi masih memerlukan bantuan keluarga dalam menjalani aktivitas sehari-hari mereka. Dukungan keluarga pada klien stroke dapat dilakukan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien seperti : makan dan minum, kebersihan diri, ke kamar mandi, latihan fisik dan pemindahan klien (dari tempat tidur kekursi dan sebaliknya). Proses pemulihan stroke kadangkala juga membutuhkan waktu yang lama sehingga keluarga perlu mendorong klien untuk melakukan terapi lanjutan setelah dirumah, dan ini juga membutuhkan dorongan keluarga secara finansial terhadap biaya pengobatan dan perawatan klien stroke (Icnatavicius & Workman, 2010).

2.4.4 Dukungan penghargaan

Keluarga dapat memberikan bimbingan, umpan balik dan membantu pemecahan masalah. Dukungan dapat terjadi lewat ungkapan rasa hormat (penghargaan), bimbingan serta sebagai sumber dan validator identitas bagi anggota keluarga. Dukungan pada klien pasca stroke dapat dilakukan antara lain dengan memberikan penghargaan dan perhatian saat pasien menjalani perawatan lanjutan di rumah. Dukungan keluarga terhadap pasien stroke baik fase akut maupun pasca stroke sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan atau pemulihan. Proses pemulihan klien stroke dapat memerlukan waktu yang lama bahkan sepanjang sisa hidup klien (Hadionoto, Setiawan & Soetedjo, 1992). Proses pemulihan lama dapat dilakukan dalam perawatan di rumah dan rehabilitasi klien.

2.5 Karakteristik Individu Yang Berhubungan Dengan Perawatan Klien Pasca Stroke

Menurut Orem (1981, dalam Tommey & Aligood, 2006) perawatan diri merupakan proses yang unik dan dipengaruhi oleh faktor – faktor berikut ini, yaitu usia, jenis kelamin, kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan, sosial dan budaya, sistem layanan kesehatan dan gaya hidup. Faktor yang mempengaruhi dalam melakukan praktik kesehatan (meliputi perawatan diri dan mengunjungi pelayanan kesehatan) dan perilaku sakit : (1) Variabel internal meliputi umur, intelektual, tingkat pendidikan dan pengalaman sebelumnya, faktor emosional, faktor spiritual dan persepsi terhadap penyakit, (2) Variabel eksternal, meliputi : praktik keluarga, status sosial ekonomi, latar belakang budaya, sosial group, ketersediaan pelayanan kesehatan dan dukungan sosial (Potter & Perry, 2005).

2.5.1 Usia

Usia berhubungan dengan perkembangan klien, status kesehatan serta diidentifikasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kemampuan klien dalam menentukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kekuatan untuk merawat diri (Perry dan Potter, 2005). Usia dapat mempengaruhi stroke, yaitu makin tua usia seseorang makin makin berat serangan strokenya, dan semakin buruk prognosisnya (Hadinoto, Setiawan & Soetedjo, 1992).

Hasil penelitian Tandrawarsito (2003, dalam Minarti, 2006) menyatakan bahwa kelompok klien pasca stroke yang berusia kurang dari 45 tahun lebih dapat mandiri dibandingkan dengan kelompok usia diatas 45 tahun. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Cornell Medical Center New York (dalam Minarti, 2006) didapatkan bahwa kesembuhan (dalam arti masih dapat hidup mandiri) terbanyak pada usia 51-70 tahun, sedangkan diatas rentang usia tersebut (71–80 tahun) dan dibawahnya (40 sampai dengan 50 tahun) kesembuhan lebih sedikit. Sementara itu hasil penelitian Minarti (2006) didapatkan bahwa

ada hubungan usia dengan kemandirian klien pasca stroke, semakin meningkat usia kemandirian klien semakin menurun dan sebaliknya.

2.5.2 Jenis kelamin (Gender)

Gender berkaitan dengan beberapa pola kesehatan dan sakit. Wanita biasanya lebih mudah mengekspresikan pengalamannya terhadap penyakit kronik yang terjadi dibandingkan dengan laki-laki. Prevalensi penyakit kronik seperti penyakit sistem persyarafan, pernafasan dan pencernaan lebih tinggi terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita (Murray, 2003). Di beberapa negara seperti negara-negara di Asia Tenggara wanita mengalami kesehatan yang jelek, tingkat pendidikan dan partisipasi dalam bekerja yang rendah, kurangnya asupan nutrisi dan efek-efek lain akibat diskriminasi yang terjadi dalam siklus kehidupannya (Hudson-Rodd, 2001, dalam Murray, 2003).

Faktor jenis kelamin juga ikut berperan dalam menentukan prognosis kekambuhan klien stroke dan perbaikan fungsional klien. Perbaikan fungsional klien perempuan lebih jelek dibandingkan dengan laki-laki (Rasyid & Soertinadewi, 2007). Hal yang berbeda dinyatakan oleh hasil penelitian Tandrawarsito (1993, dalam Minarti, 2006) bahwa wanita dengan stroke lebih sedikit mandiri dibandingkan dengan laki-laki dengan stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Dearborn dan McCullough (2010) didapatkan bahwa wanita sering tidak mampu untuk mengidentifikasi faktor resiko stroke berkaitan dengan kondisi kesehatan mereka. Beberapa wanita tidak memahami tentang prevensi primer perilakunya.

2.5.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi terhadap kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif membentuk kemampuan berfikir seseorang, meliputi kemampuan untuk memahami faktor

– faktor yang berkaitan dengan sakit dan pengetahuan tentang sehat dan sakit serta praktik kesehatan seseorang (Potter & Perry, 2007). Tingkat pendidikan yang tinggi dapat sebagai indikator status sosial ekonomi yang tinggi (Duncan *et al.*, 2002) dan seseorang dengan kelompok status sosial baik sering lebih baik dalam melakukan perawatan (de Gaudemaris *et al.*, 2002).

Hasil penelitian Almborg, Ulander, Thulin dan Berg (2008) berkaitan dengan variabel demografi klien khususnya tingkat pendidikan didapatkan bahwa ada hubungan positif klien stroke dengan tingkat pendidikan tinggi dengan persepsi pada partisipasi perencanaan pulang. Penelitian Minarti (2006) didapatkan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kemandirian klien pasca stroke, semakin tinggi tingkat pendidikan kemandirian klien semakin meningkat dan sebaliknya.

2.5.4 Pekerjaan

Pekerjaan adalah semua yang dilakukan orang untuk menyibukkan diri, termasuk merawat diri mereka sendiri (*self care*), menikmati hidup (rekreasi), dan kontribusinya terhadap struktur sosial dan ekonomi dari mereka (Andersson, Tham & von Koch, 2008). Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) status kesehatan dapat dipengaruhi oleh pendapatan, pendidikan dan pekerjaan. Klien stroke kira-kira 50% masih dapat hidup lebih dari tujuh tahun setelah serangannya, dan 50% nya mereka tidak dapat lagi bekerja seperti biasa dan banyak diantaranya yang menjadi beban keluarga (Lumbantobing, 2007). Hal ini dapat menyebabkan mereka menjadi tergantung kepada keluarga serta menjadi tanggungan bagi keluarganya. Penelitian Minarti (2006) didapatkan bahwa ada hubungan pekerjaan dengan kemandirian klien pasca stroke.

2.5.5 Suku

Etnis mengacu pada sekelompok orang yang berbagi budaya yang sama dan tersendiri dan yang merupakan anggota kelompok khusus. Kesukuan didefinisikan oleh Spratt (1993, dalam Blais *et al.*, 2002) “ sebagai suatu kesadaran menjadi anggota kelompok yang dibedakan dari yang lain dengan tanda simbolik (budaya, biologi, territorial)” (hal, 190). Latar belakang budaya seseorang akan mempengaruhi terhadap kepercayaan, nilai dan kebiasaan-kebiasaan. Hal tersebut dapat mempengaruhi terhadap sistem pelayanan kesehatan, praktek kesehatan seseorang dan bentuk hubungan perawat klien (Potter, & Perry, 2007). Hal yang sama juga dinyatakan oleh Blais *et al.*, (2002) bahwa kekuatan sosial budaya dapat mempengaruhi status kesehatan klien dan perilaku dalam perawatan kesehatan. Faktor etnik dan gender mempunyai dampak sosiologis dan psikologis dalam kehidupan dewasa dan faktor tersebut merupakan tantangan yang jelas bagi asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2007). Setiap orang memegang defenisi terkait kebudayaan tentang kesehatan dan penyakit.

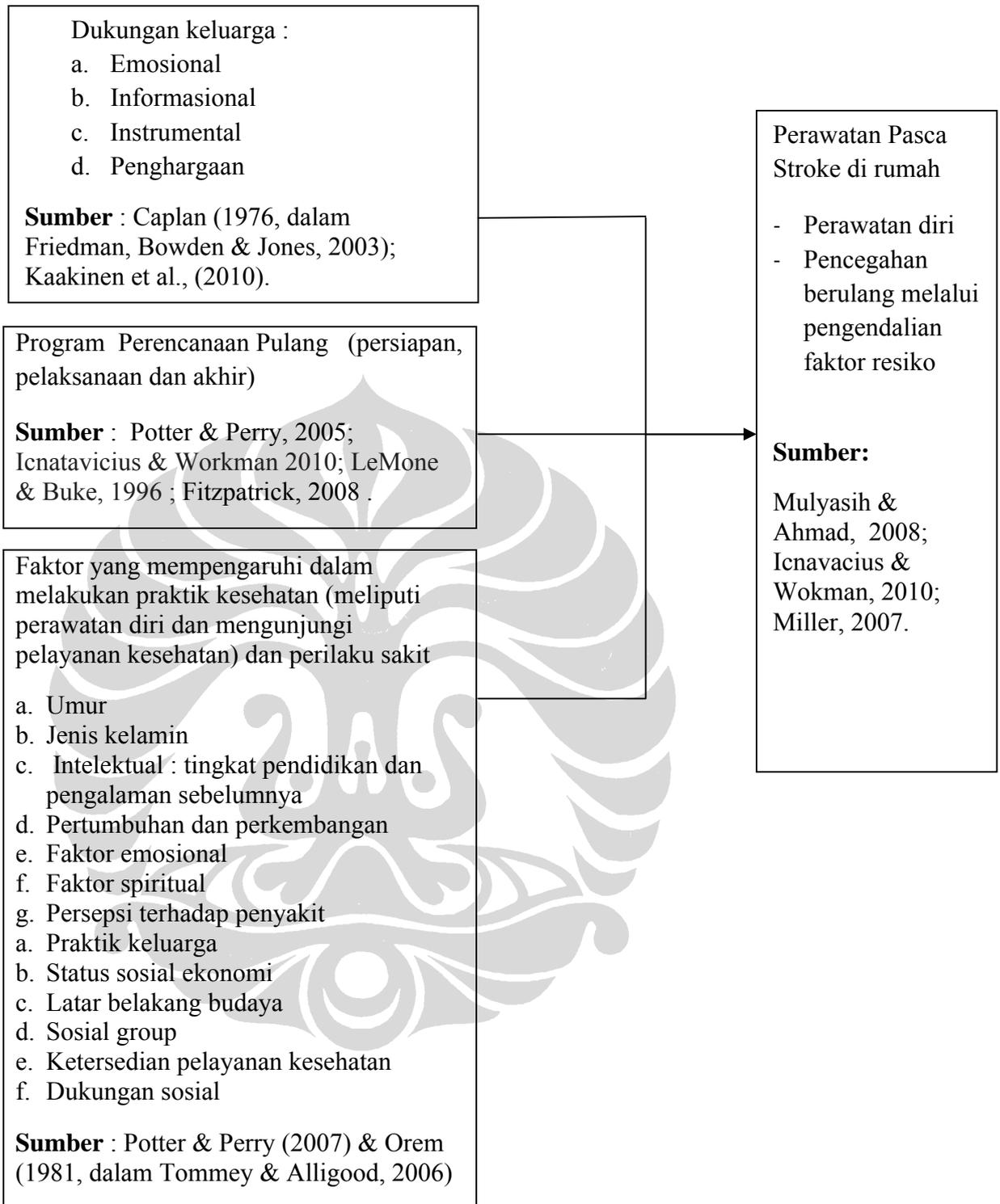
2.6 Kerangka Teori

Perawatan klien pasca stroke di rumah adalah sebagai bagian dari proses pemulihan klien sehingga klien dapat mencapai kondisi yang optimal, tidak terjadi kekambuhan dan komplikasi. Menurut Mulyasih dan Ahmad (2008) perawatan klien pasca stroke di rumah ditujukan terhadap kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan perawatan diri (*self care*) dan pencegahan terhadap terjadinya serangan stroke berulang melalui pengontrolan faktor risiko. Perawatan diri klien pasca stroke meliputi: makan, menggunakan pakaian, eliminasi, mandi, kebersihan diri, berdandan, berjalan atau menggunakan alat bantu, dan cara pemindahan (Icnatavicius & Workman, 2010). Faktor risiko stroke yang dapat dikontrol khususnya adalah faktor risiko yang dapat dimodifikasi yang meliputi hipertensi, diabetes, *Transien Ischemic Attack (TIA)*, *atrial fibrilasi*, merokok, kurang aktivitas, obesitas,

konsumsi alkohol, penyalahgunaan obat, terapi hormonal dan *homocysteine* (Miller, 2007).

Perawatan pasca stroke di rumah dapat diinformasikan oleh perawat melalui program pemulangan dari rumah sakit. Program pemulangan klien dari rumah sakit terdiri dari tiga tahap yaitu : tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap setelah pelaksanaan (Potter & Perry, 2005). Dukungan keluarga akan mempengaruhi dalam perawatan anggota keluarga yang sakit (Friedman, Jones & Bowden, 2003). Dukungan keluarga terdiri dari dukungan informasional, emosional, instrumental dan penghargaan (Caplan, 1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003; Kaakinen *et al.*, 2010).

Keterlibatan klien di rumah juga dapat mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah. Menurut Potter dan Perry (2005) faktor yang mempengaruhi dalam melakukan praktik kesehatan (meliputi perawatan diri dan mengunjungi pelayanan kesehatan) dan perilaku sakit : (1) Variabel internal meliputi umur, intelektual : tingkat pendidikan dan pengalaman sebelumnya, faktor emosional, faktor spiritual dan persepsi terhadap penyakit, (2) Variabel eksternal meliputi praktik keluarga, status sosial ekonomi, latar belakang budaya, sosial group, ketersediaan pelayanan kesehatan dan dukungan sosial. Menurut Orem (1981, dalam Tommey & Aligood, 2006) perawatan diri merupakan proses yang unik dan dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut ini, yaitu : usia, jenis kelamin, kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan, sosial dan budaya, sistem layanan kesehatan dan gaya hidup. Indikator yang status sosial ekonomi meliputi pendapatan, status pendidikan dan pekerjaan yang dapat mempengaruhi terhadap status kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2004).



Skema 2.1 Kerangka Teori

BAB 3

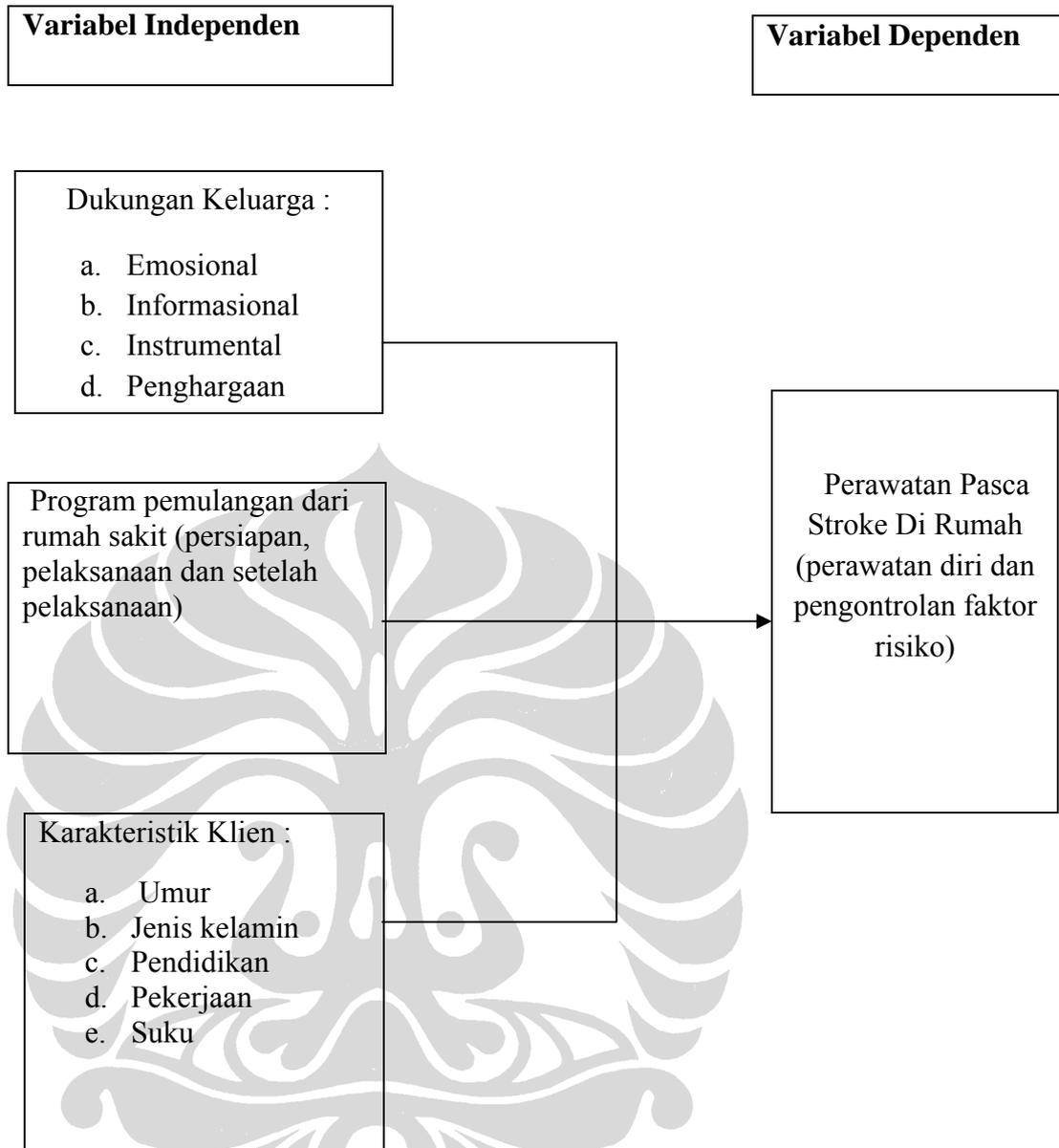
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan dijelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis dan defenisi operasional yang berkaitan dengan variabel–variabel pada penelitian ini mencakup variabel independen dan variabel dependen.

3.1 Kerangka konsep

Kerangka konsep atau skema konseptual merupakan landasan untuk melakukan penelitian yang lebih banyak dikembangkan dengan mengorganisir fenomena dibandingkan beberapa teori (Polit & Hungler, 1999). Kerangka konsep akan menggambarkan hubungan variabel–variabel penelitian yang akan diteliti. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke.

Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga, program pemulangan dan karakteristik klien. Dukungan keluarga terdiri dari dukungan informasional, emosional, instrumental dan penghargaan (Caplan, 1976, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003; Kaakinen *et al.*, 2010). Program pemulangan pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktivitas, latihan, obat- obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit klien yang terdiri dari tahap persiapan, pelaksanaan dan setelah pemulangan (Potter & Perry, 2005). Karakteristik klien meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan suku. Ketiga variabel diatas dihubungkan dengan perawatan pasca stroke di rumah sebagai variabel dependen. Menurut Mulyasih dan Ahmad (2008) perawatan klien pasca stroke di rumah berkaitan dengan perawatan diri (*self care*) dan pencegahan terhadap terjadinya serangan stroke berulang melalui pengontrolan faktor risiko. Berikut ini akan dijabarkan kerangka konsep dalam penelitian ini berdasarkan variabel penelitiannya.



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan skema diatas dapat dijelaskan bahwa variabel dependen dalam penelitian ini yakni perawatan pasca stroke dirumah (perawatan diri dan pengontrolan faktor resiko) dan variabel independennya meliputi; dukungan keluarga yang meliputi informasional, emosional, instrumental dan penghargaan; program pemulangan dari rumah sakit (tahap persiapan, pelaksanaan dan setelah pelaksanaan) serta karakteristik klien yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan suku.

3.2 Hipotesis

Hipotesis merupakan prediksi sementara atau menjelaskan hubungan antara dua atau lebih variabel (Polit & Hungler, 1999). Berdasarkan tujuan dan kerangka konsep penelitian yang telah dirumuskan, maka hipotesis penelitian yang diajukan adalah sebagai berikut :

3.2.1 Hipotesis mayor

Ada hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit, karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke.

3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Ada hubungan dukungan emosional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke.

3.3.2.2 Ada hubungan dukungan informasional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.2.3 Ada hubungan dukungan instrumental keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.2.4 Ada hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.2.5 Ada hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.2.6. Ada hubungan usia dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke .

3.3.2.7 Ada hubungan jenis kelamin dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke .

3.3.2.8 Ada hubungan pendidikan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.2.9 Ada hubungan pekerjaan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.3.3.1 Ada hubungan suku dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

3.4 Defenisi Operasional

Defenisi operasional merupakan keputusan peneliti terhadap cara yang logis dalam mengamati atau mengukur konsep – konsep dalam penelitian dari variabel penelitian (Blais et al., 2003). Berikut ini akan dijelaskan defenisi operasional dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut :

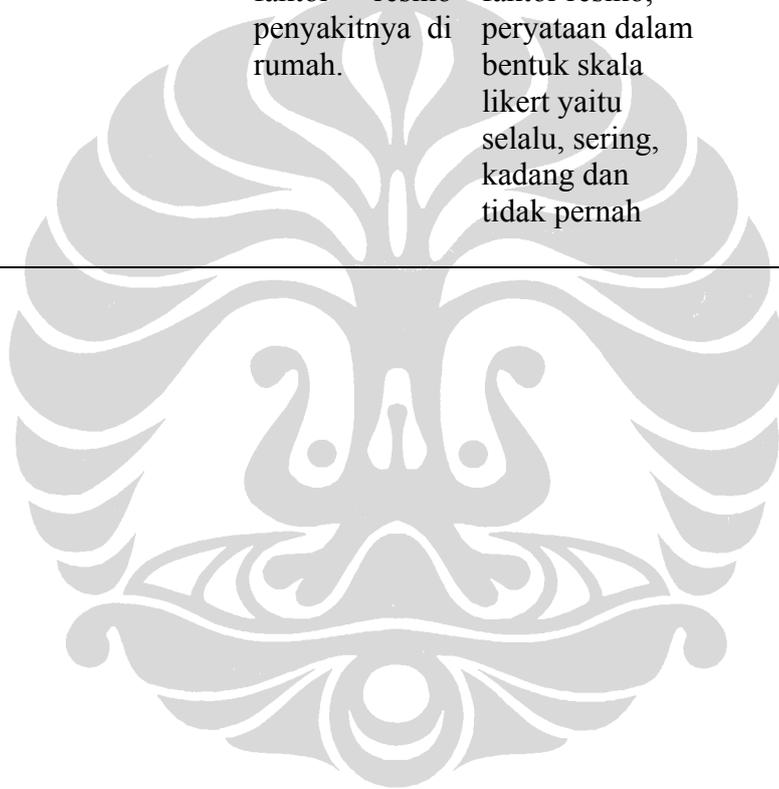
Tabel 3.1 Defenisi operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara Ukur dan Alat ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independen					
	Dukungan keluarga	Dorongan yang diberikan oleh keluarga pada anggota keluarga yang terdiri dari informasional, emosional, instrumental dan penghargaan			
1	Dukungan emosional	Dorongan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang pada anggota keluarga.	Kuesioner tentang dukungan emosional keluarga dalam bentuk skala likert yaitu : selalu,sering, kadang dan tidak pernah	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila ≥ median)

2	Dukungan informasional	Dorongan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk pemberian informasi pada anggota keluarga.	Kuesioner tentang dukungan informasional keluarga dalam bentuk skala likert yaitu : selalu, sering, kadang dan tidak pernah	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila \geq median)
3	Dukungan instrumental	Dorongan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk bantuan pemenuhan kebutuhan fisik pada anggota keluarga.	Kuesioner tentang dukungan instrumental keluarga dalam bentuk skala likert yaitu : selalu, sering, kadang dan tidak pernah	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila \geq median)
4	Dukungan penghargaan	Dorongan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk bimbingan dan saran pada anggota keluarga.	Kuesioner tentang dukungan penghargaan keluarga dalam bentuk skala likert selalu, sering, kadang dan tidak pernah	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila \geq median)
5	Program pemulangan dari rumah sakit	Kegiatan yang dilakukan oleh perawat rumah sakit berupa pemberian informasi dan keterampilan stroke (tahap persiapan, pelaksanaan dan setelah kegiatan)	Kuesioner berisikan daftar pernyataan program perencanaan pulang, menggunakan skala guttman menyediakan dua alternatif jawaban yaitu ya (2) dan tidak (1)	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila \geq median)

Karakteristik klien	Identitas atau ciri melekat pada individu terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan suku.				
6	Usia	Usia responden berdasarkan ulang tahun terakhir	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi yang menyediakan dua alternatif jawaban	Ordinal	0 = dewasa muda (20-35 tahun) 1 = dewasa menengah (36-59 tahun)
7	Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi yang menyediakan dua alternatif jawaban.	Nominal	0= Laki-laki 1= Perempuan
8	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang telah dicapai responden	Kuesioner berupa pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner demografi	Ordinal	0 =Rendah (bila < SMA) 1= Tinggi (bila ≥ SMA)
9	Pekerjaan	Pekerjaan terakhir yang dilakukan responden yang menghasilkan uang	Kuesioner berupa pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner demografi	Nominal	0 =Tidak bekerja 1= PNS 2= Pedagang 3= Petani 4= Dan lainnya
10	Suku	Karakteristik responden berdasarkan budaya, genetik dan daerah asal.	Kuesioner berupa pertanyaan tertulis dalam kuesioner demografi	Nominal	1= Minang 2= Batak 3= Jawa 4= Dan lainnya

No	Variabel	Defenisi operasional	Cara dan Alat ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Dependen					
11	Perawatan pasca stroke dirumah	Aktivitas yang dilakukan klien pasca stroke sehari – harinya dalam merawat diri dan mengendalikan faktor resiko penyakitnya di rumah.	Kuesioner tentang perawatan pasca stroke yang terdiri dari perawatan diri dan pengendalian faktor resiko, pernyataan dalam bentuk skala likert yaitu selalu, sering, kadang dan tidak pernah	Ordinal	0 = Kurang (bila < median) 1 = Baik (bila ≥ median)



BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini berisikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, uji instrumen dan pengolahan serta analisis data. Metode penelitian atau bab ini sesuai dengan tujuan penelitian dan untuk menjawab fenomena atau topik yang diteliti.

4.1 Desain penelitian

Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dimana pengukuran yang tepat untuk mengumpulkan data dan analisis statistik digunakan untuk merangkum dan menggambarkan temuan atau untuk mengkaji hubungan antar variabel. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan pengumpulan data dilakukan pada satu waktu. *Cross sectional* digunakan untuk menggambarkan status fenomena atau hubungan antara fenomena tertentu (Polit, Beck & Hungler, 2001).

4.2 Populasi dan sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. (Sugiono, 2006; Polit & Hungler, 2006). Populasi penelitian ini adalah *agregat* dewasa pasca stroke yang mengunjungi unit rawat jalan neurologi di RS. Stroke Nasional Bukittinggi yang berjumlah rata-rata 230 orang/bulan (yang berasal dari Kota Bukittinggi dan sekitarnya).

4.2.3 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang ciri-cirinya diselidiki atau diukur (Sabri & Hastono, 2009). Sampel dalam penelitian ini adalah klien dewasa pasca stroke yang berkunjung ke RS. Stroke Nasional di

Kota Bukittinggi yang berdomisili di Bukittinggi dan sekitarnya. Metode pengambilan sampel ada dua yaitu *probability sampling* dan *non probability sampling*. Penelitian ini metode pengambilan sampel yang dilakukan adalah *non probability sampling* yaitu teknik *consecutive sampling*. Alasan peneliti menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan metode *non probability sampling* adalah untuk efisien waktu, tempat dan biaya. *Consecutive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dilakukan pada periode waktu tertentu, dimana semua penderita yang datang kerumah sakit dan memenuhi kriteria penelitian diambil sebagai sampel (Budiarto, 2002). Pada penelitian ini klien pasca stroke yang mengunjungi poli neurologi untuk melakukan kontrol ulang diambil sebagai sampel. Pengambilan sampel dilakukan sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.

Notoadmojo (2005) menyatakan besarnya sampel yang akan diambil dari populasi dalam penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan rumus perhitungan sampel berikut ini yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan

n : perkiraan jumlah sampel

N : perkiraan jumlah populasi (230)

d: presisi (0,05)

Sampel yang didapatkan berjumlah 144 orang setelah menggunakan rumus di atas. Sampel yang peneliti ambil sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu

4.2.3.1 Bersedia menjadi responden

- 4.2.3.2 Responden dewasa yang berusia 21 tahun sampai 59 tahun
- 4.2.3.3 Responden bisa menulis
- 4.2.3.4 Responden dapat memahami bahasa peneliti (Bahasa Indonesia dan Minang)
- 4.2.3.5 Responden tidak mengalami disorientasi

4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Kota Bukittinggi. Alasan tempat penelitian di kota ini berdasarkan fenomena yang peneliti temui yaitu klien pasca stroke yang berada di rumah masih merokok, makanan yang berlemak dan program pemulangan dari rumah sakit belum sistematis dan alasan lain karena tingginya kasus stroke di kota ini sehingga memiliki rumah sakit khusus stroke yang pertama di Indonesia.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian ini terdiri dari tiga tahap yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan tahap penyusunan laporan. Tahap persiapan dilakukan mulai pada Bulan Desember 2010 sampai Maret 2011. Pada tahap persiapan ini peneliti melakukan penyusunan proposal dengan melakukan studi awal dan studi kepustakaan. Tahap pelaksanaan penelitian yang dilakukan pada tanggal 20 Mei–27 Mei 2011. Pada tahap ini peneliti mengumpulkan data penelitian melalui penyebaran kuesioner. Selanjutnya setelah proses pengumpulan data penelitian selesai maka dilanjutkan tahap penyusunan laporan yang dilakukan pada Bulan Juni 2011.

4.5 Etika penelitian

4.5.1 Aplikasi etik dalam penelitian

Polit dan Hungler (1999), mengatakan bahwa dalam penelitian responden dilindungi dengan etika penelitian dengan memperhatikan prinsip *beneficence dan maleficience, autonomy dan justice*.

4.5.1.1 Prinsip *Beneficence* dan *maleficience*

Beneficence artinya penelitian yang dilakukan haruslah memberikan dampak yang positif terhadap responden baik langsung atau tidak langsung dan perlu dijelaskan secara rinci sebelum dilakukan *informed concern*. Pada penelitian ini memang tidak memberikan manfaat secara langsung kepada responden, namun secara tidak langsung dari hasil penelitian ini memberikan manfaat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada klien pasca stroke termasuk pada responden.

Maleficience diartikan penelitian tidak menimbulkan resiko pada responden. Responden dilindungi dari fisik dan psikologisnya serta tidak dieksploitasi. Pada penelitian ini resiko yang dapat terjadi pada responden kelelahan dan ketidaknyamanan karena pengisian kuesioner. Untuk mengatasi hal tersebut maka peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk berhenti sejenak atau istirahat dalam pengisian kuesioner dan menanyakan kepada responden apakah akan melanjutkan hari ini atau besok untuk pengisian kuesionernya.

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa penelitian ini memang tidak memberikan manfaat secara langsung kepada responden, namun secara tidak langsung dari hasil penelitian ini nantinya akan memberikan manfaat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada klien stroke baik di rumah sakit maupun di rumah. Semua responden dalam penelitian ini tidak ada yang mengalami masalah atau tidak ada yang mengalami kelelahan akibat pengisian kuesioner. Semua responden melakukan pengisian kuesioner sesuai dengan waktu yang diberikan pada saat itu.

4.5.1.2. *Prinsip Autonomy*

Prinsip ini menghargai harkat dan martabat manusia. Prinsip ini meliputi *self determination* yang diartikan, bahwa responden diberikan kebebasan untuk menentukan apakah ia berpartisipasi pada penelitian atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu ia boleh mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Penelitian ini responden diberikan haknya secara bebas apakah ia bersedia sebagai responden atau tidak. Untuk mencegah terjadinya penolakan responden pada penelitian ini sebelum diberikan kuesioner maka peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan atau membina hubungan saling percaya dengan responden serta menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian sehingga diharapkan klien bersedia sebagai responden. Pada penelitian ini ada satu calon responden yang menolak menjadi responden dengan alasan sudah lama tidak menulis dan pertanyaan kuesioner terlalu banyak. Dengan demikian responden ini diberikan kebebasan untuk tidak ikut dalam pengumpulan data.

4.5.1.3. *Prinsip Justice*

Prinsip ini mempunyai makna bahwa responden dihargai atau dihormati serta dijaga *privacy* dan *anonymity*. Pada penelitian ini peneliti menjaga kerahasiaan atas informasi-informasi atau data-data penelitian yang dikumpulkan dari semua responden. Hal ini juga dilakukan dengan merahasiakan nama semua responden dan diganti dengan pengkodean.

Pada penelitian ini penerapan prinsip ini peneliti lakukan melalui beberapa kegiatan yaitu semua responden mendapatkan informasi yang sama sebelum dilakukan pengambilan data, semua responden dilakukan proses *informed*

concern dan semua responden diberikan kebebasan untuk melakukan pengisian kuesioner apakah di rumah atau di rumah sakit.

4.5.2 Informed concern

Informed concern berarti responden sudah mempunyai informasi yang adekuat terkait penelitian yang akan dilakukan, mampu memahami informasi, mempunyai kekuasaan untuk bebas memilih, memberdayakan mereka untuk memberikan persetujuan secara sukarela dan berpartisipasi dalam penelitian atau menolak berpartisipasi (Polit & Hungler, 1999). Sebelum responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti terlebih dahulu menjelaskan tentang manfaat penelitian, komitmen, waktu penelitian, resiko dan hak-hak responden serta berhak untuk berhenti menjadi responden bila mendapatkan ketidaknyamanan selama proses penelitian berlangsung. *Informed concern* memuat lima elemen penting (Dempsey, 2002) yaitu :

- 4.5.2.1 Responden penelitian diberi penjelasan tentang tujuan dari penelitian yang akan dilakukan.
- 4.5.2.2 Responden penelitian diberi penjelasan mengenai resiko dan ketidaknyamanan potensial yang mungkin dialami, walaupun dalam penelitian ini tidak ada resikonya karena tidak dilakukan suatu intervensi pada responden, mungkin adanya ketidaknyamanan yang dirasakan responden karena waktu mereka digunakan untuk pengisian kuesioner.
- 4.5.2.3 Responden diberitahu mengenai manfaat yang akan didapatkan pada penelitian yang akan dilakukan.
- 4.5.2.4 Peneliti menjelaskan prosedur dengan jelas yang akan dilakukan dan bersedia menjawab semua pertanyaan dari responden mengenai prosedur yang akan dilakukan.
- 4.5.2.5 Responden dapat mengundurkan diri kapan saja tanpa konsekuensi apapun.

Proses penelitian ini dilakukan diawali dengan mengupayakan surat lolos kaji etik dari komite etik FIK UI dan menyatakan lolos dari kaji etik. Proses *informed concern* yang peneliti lakukan pada penelitian ini dimulai dengan peneliti sebelumnya memperkenalkan diri kepada responden, responden diberitahu bahwa semua data yang mereka berikan akan dijaga kerahasiannya dan pada lembar kuesioner hanya diberi kode, kemudian peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian yang dilakukan. Responden diberitahu bahwa dalam penelitian ini peneliti meminta kesediannya dalam mengisi kuesioner. Pengisian kuesioner dapat dilakukan di rumah atau di rumah sakit.

Peneliti menjelaskan pada responden bahwa pengisian kuesioner memerlukan waktu sekitar 30-45 menit, dan jika merasa tidak nyaman atau jenuh dalam mengisinya responden dapat berhenti dulu, serta responden juga diberitahu bahwa mereka dapat mengundurkan diri dalam penelitian ini. Responden juga dijelaskan bahwa penelitian ini mungkin tidak memberikan manfaat secara langsung kepada responden saat ini tetapi penelitian ini diharapkan nantinya dapat meningkatkan pelayanan keperawatan pada klien pasca stroke. Responden diberikan penjelasan bahwa kuesioner yang akan mereka isi ada 4 bagian (9 lembar), cara pengisian dengan cek list dan waktu pengisian 30-45 menit. Setelah responden menyatakan paham dan bersedia untuk menjadi responden maka selanjutnya peneliti menyerahkan lembar persetujuan kepada responden.

4.6 Alat pengumpulan data

4.6.1 Pengumpul data

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan langsung oleh peneliti dan dibantu kolektor penelitian. Kolektor data penelitian ini mahasiswa jalur B Program Studi S1 Keperawatan STIKES Perintis yang baru selesai menjalani tahap profesi dengan alasan sudah pernah melakukan pengumpulan data. Pada awalnya yang ikut

dalam pengambilan data berjumlah tiga orang tetapi karena ada sesuatu hal maka selanjutnya hanya dua orang. Sebelum kolektor penelitian membantu dalam pengumpulan data maka peneliti menjelaskan tujuan penelitian, tehnik dan cara mengumpulkan data serta melakukan penyamaan persepsi terhadap isi kuesioner yang diberikan. Proses pengumpulan data yang pada awalnya direncanakan di rumah responden namun pada kenyataannya hampir semuanya dilakukan di poli neurologi RS. Stroke Nasional. Hal ini dikarenakan permintaan dari responden untuk mengefektifkan waktu di RS sebelum dilakukan pemeriksaan kesehatan.

4.6.2 Instrumen pengumpulan data

Instrumen yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan telah dilakukan uji coba instrumen (validitas dan reliabilitas). Kuesioner yang disusun sesuai dengan variabel-variabel pada penelitian ini yaitu : demografi (karakteristik klien), dukungan keluarga, program pemulangan, dan perawatan pasca stroke di rumah, sehingga kuesioner terdiri dari empat bagian yaitu :

4.6.2.1 Bagian A

Pada bagian ini berisikan data demografi responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan suku. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (\checkmark) pada kolom yang disediakan.

4.6.2.2 Bagian B

Pada bagian ini berisikan data yang berkaitan dengan dukungan keluarga yang meliputi dukungan psikologis, penghargaan, informasional dan tambahan. Kuesioner yang peneliti gunakan pada penelitian ini adalah kuesioner

penelitian Rumijati (2007) yang sudah peneliti modifikasi. Uji reliabilitas instrumen Rumijati (2007) didapatkan *alpha cronbach* $> 0,7$ sehingga dikatakan instrumen tersebut reliabel.

Jumlah pernyataan untuk masing-masing dukungan keluarga 9 butir sehingga seluruhnya berjumlah 36 pernyataan. Bentuk pernyataan yang digunakan yaitu skala *likert* dengan pernyataan positif dan negatif. Untuk pernyataan positif skor ditetapkan sebagai berikut selalu =4, sering =3, kadang =2 dan tidak pernah =1, sebaliknya untuk pernyataan negatif maka skor ditetapkan sebagai berikut selalu =1, sering =2, kadang =3 dan tidak pernah= 4. Hasil ukur untuk dukungan keluarga ini ditetapkan bahwa 0=Kurang (bila $<$ median) dan 1=baik (bila \geq median). Penetapan median karena didapatkan pada uji normalitas data distribusi tidak normal (p value $<0,05$). Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan.

4.6.2.3 Bagian C

Pada bagian ini berisikan data yang berkaitan dengan program pemulangan mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan dan setelah pelaksanaan yang berjumlah 19. Kuesioner ini peneliti susun sendiri dengan merujuk pada teori – teori yang berkaitan. Bentuk pernyataan yang digunakan dengan menggunakan skala Gutmann yaitu (1) ya dan (0) tidak (Nazir, 2003). Hasil ukur ditetapkan sebagai berikut: 0 =kurang (bila $<$ median) dan 1= baik (bila \geq median). Penetapan median karena didapatkan pada uji normalitas data distribusi tidak normal (p value $<0,05$).

4.6.2.4 Bagian D

Bagian ini berisikan data yang berkaitan dengan perawatan pasca stroke yang meliputi perawatan diri dan pengendalian faktor resiko. Peneliti menggunakan instrumen indeks barthel untuk mengukur perawatan diri. Indeks Barthel adalah alat sederhana untuk menilai perawatan diri dan kegiatan mobilitas kehidupan sehari-hari. Test reliabilitas dan validitas *indeks barthel* menunjukkan hasil yang sangat bagus (Collins et al,1998;Wade, 1992; McDowel & Newell, 1996, dalam Lorets, 2005).

Kuesioner untuk pengendalian faktor resiko peneliti susun sendiri dengan merujuk kepada teori-teori yang berkaitan. Jumlah pernyataan untuk faktor resiko adalah 13 dan bentuk pernyataan yang digunakan adalah skala likert dengan pernyataan positif dan negatif. Untuk pernyataan positif skor ditetapkan sebagai berikut selalu =4, sering =3, kadang=2 dan tidak pernah =1, sebaliknya untuk pernyataan negatif maka skor ditetapkan sebagai berikut selalu =1, sering =2, kadang =3 dan tidak pernah=4. Hasil ukur ditetapkan sebagai berikut: 0 = kurang (bila < median) dan 1=baik (bila \geq median). Penetapan median karena didapatkan pada uji normalitas data distribusi tidak normal (p value <0,05. Responden mengisi salah satu jawaban yang disediakan disampingnya dengan memberikan tanda cek list (\surd) pada kolom yang disediakan.

4.7 Prosedur pengumpulan data

4.7.1 Prosedur administratif penelitian

4.7.1.1 Mengupayakan surat izin penelitian dari FIK. UI

4.7.1.2 Meminta izin kepada Direktur RS. Stroke Nasional Kota Bukittinggi

- 4.1.7.3 Meminta izin kepada Kepala Kesbangpol Dan Linmas Kota Bukittinggi
- 4.1.7.4 Melakukan sosialisasi rencana penelitian kepada pihak rumah sakit
- 4.1.8 Prosedur penelitian
 - 4.7.2.1 Memilih klien dewasa pasca stroke yang memenuhi kriteria inklusi untuk dijadikan responden di unit rawat jalan neurologi RS.Stroke Nasional Bukittinggi.
 - 4.7.2.2 Meminta calon responden yang telah terpilih untuk bersedia menjadi responden setelah mendapat penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, manfaat, prosedurnya, sesuai yang tertulis pada *informed concern* penelitian dan responden yang bersedia diminta alamat rumahnya karena akan peneliti datang.
 - 4.7.2.3 Responden diberikan penjelasan cara mengisi kuesioner dan waktu yang diperlukan dalam mengisi kuesioner \pm 30 – 45 menit, kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner yang berisikan data demografi, data program pemulangan, dukungan keluarga dan perawatan pasca stroke. Selama pengisian kuesioner peneliti akan mendampingi responden.
 - 4.7.2.4 Setelah responden selesai mengisi kuesioner selanjutnya kuesioner dikumpulkan dan kemudian peneliti mengecek kembali terhadap kelengkapan pengisian kuesioner, kuesioner yang belum lengkap maka responden diminta untuk melengkapinya untuk dikumpulkan kembali.
 - 4.7.2.5 Kuesioner yang telah dikumpulkan dalam penelitian ini selanjutnya dilakukan pengolahan terhadap data yang dikumpulkan.

4.8 Uji Instrumen

Sebelum dilakukan penelitian maka terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reabilitas dari instrument. Uji instrumen pada penelitian ini dengan 30 responden di RS.Achmad Muchtar Bukittinggi dan dilaksanakan pada tanggal 5 April sampai 12 April 2011. Alasan peneliti melakukan uji instrumen di RS. Achmad Muchtar Bukittinggi karena rumah sakit ini tipe rumah sakit sama dengan RS. Stroke Nasional yaitu Tipe B, karakteristik klien yang hampir sama. Uji validitas dan reliabilitas instrumen bertujuan agar instrumen penelitian yang digunakan tersebut valid dan reliabel artinya instrumen dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (valid) dan jika instrumen tersebut digunakan berapa kali dengan objek yang sama akan menghasilkan data yang sama (Sugiono, 2006).

4.8.1 Pengujian validitas instrumen

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen penelitian ini (dalam hal ini kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Variabel (pertanyaannya) dikatakan valid jika skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Teknik korelasi yang digunakan korelasi *Pearson Product Moment*. Variabel (pertanyaan) dinyatakan valid jika r hitung $>$ dari r tabel sehingga H_0 ditolak, sementara itu dikatakan tidak valid jika r hitung $<$ dari r tabel sehingga H_0 gagal ditolak (Hastono, 2007). Pertanyaan-pertanyaan yang tidak valid, selanjutnya pernyataan tersebut dibuang. Pernyataan yang sudah valid kemudian baru diukur reliabilitasnya.

Hasil uji instrumen pada penelitian ini didapatkan sebagai berikut variabel dukungan keluarga dari 48 pernyataan ada 9 pernyataan yang tidak valid dimana r hitung $<$ r tabel (0,361) dan pernyataan valid 39 nilai alpha pada pernyataan yang valid 0,4220-0,9589, variabel program pemulangan dari 22 pernyataan didapatkan 3

pernyataan tidak valid dimana r hitung $<$ r tabel (0,361) dan 19 yang valid dengan nilai alpha 0,4492-0,8529, pada variabel pengontrolan faktor resiko didapatkan 3 pernyataan tidak valid dimana r hitung $<$ r tabel (0,361) dan 13 pernyataan valid dengan nilai alpha 0,8368-0,965 dan pada variabel perawatan diri dari 10 pernyataan semuanya dinyatakan valid dimana r hitung $>$ r tabel (0,361) dengan nilai Alpha 0,7860-0,8183. Semua pernyataan yang tidak valid dibuang. Pada variabel dukungan keluarga karena jumlah pertanyaan valid tidak sama untuk masing-masing sub variabel maka ada 3 pernyataan yang telah valid dibuang sehingga jumlah pernyataan yang digunakan adalah 36 (masing-masing dukungan keluarga berjumlah 9 pernyataan).

4.8.2 Pengujian reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan jika semua pertanyaan sudah valid. Untuk mengetahui reliabilitas yakni dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Nilai r hasil adalah nilai “*alpha*”. Pertanyaan dikatakan reliabel jika r *alpha* $>$ r tabel (Hastono, 2007).

Uji reliabilitas dilakukan jika semua pertanyaan sudah valid. Untuk mengetahui reliabilitas yakni dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Nilai r hasil adalah nilai “*alpha*”. Pertanyaan dikatakan reliabel jika r *alpha* $>$ r tabel (Hastono, 2007).

Hasil uji reliabilitas yang dilakukan semua pernyataan dari masing-masing variabel penelitian dinyatakan reliabel. Variabel dukungan didapatkan Nilai Alpha (0,9739) $>$ r tabel (0,361). Hasil uji reliabilitas instrumen pada program pemulangan didapatkan nilai Alpha (0,9450) $>$ r tabel (0,361), pada perawatan diri didapatkan nilai Alpha (0,805) $>$ r tabel (0,361), dan pengontrolan faktor resiko didapatkan nilai Alpha (0,9864) $>$ r tabel (0,361). Dari hasil uji reliabilitas didapatkan semuanya adalah reliabel, sehingga instrumen penelitian dapat digunakan kembali pada karakteristik yang sama.

4.9 Pengolahan Data

Setelah data dikumpulkan kemudian diolah dengan langkah langkah *editing*, *koding*, *processing* dan *cleaning* (Hastono, 2007).

4.9.1 Mengedit data (*editing*)

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah :

4.9.1.1 Lengkap yaitu semua pertanyaan terisi jawabannya

4.9.1.2 Jelas yaitu jawaban yang ditulis cukup jelas terbaca

4.9.1.3 Relevan yaitu jawaban yang ditulis relevan dengan pertanyaan

4.9.1.4 Konsistensi yaitu apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten

4.9.2 Memberi kode (*koding*)

Koding merupakan merubah data yang berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Pada penelitian untuk variabel karakteristik klien maka pengkodeannya pada usia adalah 0 =dewasa muda (20-35 tahun), 1=dewasa menengah (36-59 tahun), untuk jenis kelamin ; perempuan =1 dan laki- laki =0, pendidikan ; jika level SMA dan dibawahnya =0 dan level SMA dan diatasnya tinggi =1, pekerjaan; jika tidak bekerja =0, PNS =1, Pedagang =2, Petani =3 dan lainnya =4, untuk suku ; Minang =1, Batak =2, Jawa =3, dan lain-lain =4. Variabel program pemulangan maka pengkodeannya adalah kurang =0 dan baik =1, variabel dukungan keluarga baik =1 dan kurang =0, serta variabel perawatan pasca stroke kurang =0 dan baik =1.

4.9.3 Memproses Data (*Processing*)

Merupakan langkah memproses data agar dapat dilihat di analisis, pemrosesan data dilakukan dengan cara mengentry data kuesioner ke paket program komputer.

4.9.4 Pembersihan Data (*cleaning*)

Membersihkan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut mungkin terjadi pada saat kita mengentry data ke komputer. Cara yang dapat dilakukan dalam pembersihan data yaitu mengetahui *missing* data dengan melakukan *list* (distribusi frekuensi) dari variabel penelitian ini yaitu karakteristik klien, dukungan keluarga, program pemulangan dan perawatan pasca stroke, mengetahui variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel pada penelitian ini dan mengetahui konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

5.0 Analisis Data

5.0.1 Analisis univariat

Tujuan analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Data yang dilakukan analisis univariat penelitian ini hanya data kategorik karena tidak ada data numerik. Data kategorik dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, ras, program pemulangan, dukungan keluarga dan perawatan pasca stroke dirumah. Data diolah dan dianalisis dengan frekuensi dan persentase masing-masing kelompok.

5.0.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel, atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua kelompok atau lebih. Untuk mengetahui hubungan variabel dalam penelitian ini (hubungan variabel independen dan dependen) dan karena variabel penelitian adalah data kategorik, sehingga uji stasistik yang digunakan adalah Kai Kuadrat (*Chi Square*). Uji kai kuadrat (*chi square*) dilakukan untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara dua variabel yang bersifat kategorik (Luknis & Sabri, 2009).

Variabel penelitian ini semuanya adalah kategorik yang terdiri dari dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan, program pemulangan serta karakteristik klien yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan suku. Variabel pekerjaan dan suku pada analisis univariat ada empat kategori, namun pada analisis bivariat menjadi dua kategorik. Pekerjaan dikategorikan menjadi PNS dan Non PNS sementara itu untuk suku adalah Minang dan Non Minang. Perubahan kategorik ini dilakukan karena salah satu syarat dari chi square adalah tidak boleh nilai sel $E < 5$ lebih dari 20 % dan juga mempengaruhi terhadap analisis multivariat untuk regresi logistik variabel karena variabelnya dikotom (Hastono, 2007).

5.0.3 Analisis multivariat

Pada penelitian ini juga akan dilakukan analisis multivariat. Tujuan analisis multivariat untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007).

Analisis multivariat yang akan dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan variabel independen (dukungan keluarga, program pemulangan dan karakteristik klien) yang paling berhubungan dengan variabel dependen (perawatan pasca stroke di rumah). Analisis statistik yang akan digunakan adalah regresi logistik. Analisis regresi logistik adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategori yang bersifat dikotom atau *binary* (Luknis & Hastono, 2009). Pada penelitian ini analisis regresi logistik dilakukan untuk melihat apakah variabel dukungan keluarga emosional, informasional, instrumental dan penghargaan, program pemulangan dan karakteristik klien yang meliputi usia, jenis kelamin dan pendidikan sebagai faktor yang dominan dalam mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah.

Berikut ini akan disajikan dalam bentuk tabel metode analisis data berdasarkan masing variabel penelitian.

Tabel 4.1 Analisis Data

Variabel Penelitian		Metode Analisis Data		
Dukungan informasional	Perawatan pasca stroke dirumah	Persentase Frekuensi	Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi logistik ganda
Dukungan emosional				
Dukungan instrumental				
Dukungan penghargaan				
Program pemulangan dari rumah sakit	Perawatan pasca stroke dirumah	Persentase Frekuensi	Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>)	Regresi Logistik ganda
Usia	Perawatan pasca stroke dirumah	Persentase Frekuensi	Uji Kai Kuadrat (<i>Chi Square</i>).	Regresi Logistik ganda
Jenis kelamin				
Pendidikan				
Pekerjaan				
Suku				

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan pada 144 responden *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi. Data yang peneliti kumpulkan meliputi karakteristik *agregat* dewasa pasca stroke (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan suku), dukungan keluarga yang terdiri dari : dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan, program pemulangan dari rumah sakit, perawatan pasca stroke di rumah, hubungan dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan) dengan perawatan pasca stroke di rumah, hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah, hubungan karakteristik *agregat* dewasa pasca stroke (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan suku) dengan perawatan di rumah serta faktor yang dominan yang mempengaruhi perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke.

5.1 Karakteristik *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke
Di Kota Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Karakteristik <i>Aggregat</i> Dewasa Pasca Stroke	Jumlah	Persentase (%)
Usia:		
1. Dewasa muda	35	24,3
2. Dewasa menengah	109	75,7
Jenis Kelamin:		
1. Laki-laki	91	63,2
2. Perempuan	53	36,8
Tingkat Pendidikan		
1. Rendah	33	22,9
2. Tinggi	111	77,1
Pekerjaan		
1. Tidak bekerja	11	7,6
2. PNS	67	46,5
3. Dagang	18	12,5
4. Petani	19	13,2
5. Dan lain-lain	29	20,1
Suku		
1. Minang	111	77,1
2. Batak	11	7,6
3. Jawa	8	5,6
4. Dan lain lain	14	9,7

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.1 tentang distribusi karakteristik *aggregat* dewasa pasca stroke (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan suku) , dapat diketahui bahwa mayoritas *aggregat* dewasa pasca stroke adalah dewasa menengah 75,7%, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 63,2%, tingkat pendidikan mayoritas berpendidikan tinggi (SMA sampai perguruan tinggi) sebanyak 77,1%, status pekerjaan yang terbanyak adalah sebagai PNS 44,5% dan mayoritas Suku Minang yaitu 77,1%.

5.2 Dukungan Keluarga

Tabel 5.2
Distribusi Responden Menurut Dukungan Keluarga
Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

No	Dukungan Keluarga	Jumlah	Persentase (%)
1	Emosional		
	- Baik	86	59,7
	- Kurang	58	40,3
2.	Informasional		
	- Baik	87	60,4
	- Kurang	57	39,6
3.	Instrumental		
	- Baik	88	61,1
	- Kurang	56	38,9
4.	Penghargaan		
	- Baik	83	57,6
	- Kurang	61	42,4

Data dukungan keluarga yang dikumpulkan meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan. Dukungan emosional keluarga 59,7% baik, dukungan informasional keluarga 60,4% baik, untuk dukungan instrumental keluarga 66,1% baik dan dukungan penghargaan keluarga 57,6% baik.

5.3 Program Pemulangan Dari Rumah Sakit

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Program Pemulangan Dari
Rumah Sakit Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Program Pemulangan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	88	61,1
Kurang	56	38,9
Total	144	100

Hasil penelitian tentang program pemulangan dari rumah sakit (tahap persiapan, pelaksanaan dan akhir pelaksanaan), dapat diketahui bahwa mayoritas program pemulangan dari rumah sakit pada *agregat* dewasa pasca stroke dilakukan dengan baik yaitu 88 (61,1%).

5.4 Perawatan Pasca Stroke Di Rumah

Tabel 5.4
Distribusi Responden Menurut Perawatan Pasca Stroke Di Rumah
Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Perawatan Pasca Stroke Di Rumah	Jumlah	Persentase (%)
Baik	73	50,7
Kurang	71	49,3
Total	144	100

Variabel perawatan pasca stroke di rumah terdiri dari perawatan diri dan pengontrolan faktor resiko. Hasil pengumpulan data yang didapatkan, perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke hampir sama, perawatan pasca stroke di rumah dilakukan dengan baik sedikit lebih banyak, yaitu 50,7% dibandingkan dengan perawatan pasca stroke di rumah dilakukan kurang sebanyak 49,3%.

5.5 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

5.5.1 Hubungan Dukungan Emosional Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Tabel 5.5
Hubungan Dukungan Emosional Keluarga
Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Dengan Perawatan Di Rumah
Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Dukungan Emosional	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total	OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	54	62,8	32	37,2	86	100	3,464 1,72-6,99 1
Kurang	19	32,8	39	67,2	58	100	
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100	

Hasil analisis hubungan dukungan emosional keluarga dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 62,8% dukungan emosional keluarga yang baik melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 32,8% dukungan emosional keluarga yang kurang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai *p value* < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan emosional keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis diperoleh juga nilai OR=3,464, artinya *aggregate* dewasa pasca stroke dengan dukungan emosional keluarga baik memberikan pengaruh 3,5 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan dukungan emosional keluarga kurang.

5.5.2 Hubungan Dukungan Informasional Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Tabel 5.6

Hubungan Dukungan Informasional Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Dukungan Informasional	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Baik	55	63,2	32	36,8	87	100	3,724	0,000
Kurang	18	31,6	39	68,4	57	100	1,83-7,56	1
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100		

Hasil analisis hubungan dukungan informasional keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 63,2% dukungan informasional keluarga yang baik melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 31,6% dukungan informasional keluarga yang kurang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai p value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan informasional keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR= 3,724 artinya *aggreagat* dewasa pasca stroke dengan dukungan informasional keluarga baik memberikan pengaruh 3,7 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan dukungan informasional keluarga kurang.

5.5.3 Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah

Tabel 5.7

Hubungan Dukungan Instrumental Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Dukungan Instrumental	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total	OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang				
	n	%	n	%	n	%	
Baik	61	69,3	27	30,7	88	100	8,284
Kurang	12	21,4	44	78,6	56	100	3,79-18,12
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100	1

Hasil analisis hubungan dukungan instrumental keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 69,3% dukungan instrumental keluarga yang baik melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 21,4% dukungan instrumental keluarga yang kurang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji *chi square* diperoleh nilai *p value* < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan informasional keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR=8,284, artinya *aggreagat* dewasa pasca stroke dengan dukungan instrumental keluarga baik memberikan pengaruh 8,3 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan dukungan instrumental keluarga kurang.

5.5.4 Hubungan Dukungan Penghargaan Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Tabel 5.8
Hubungan Dukungan Penghargaan Keluarga Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Dukungan Penghargaan	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
Baik	50	60,2	33	39,8	83	100	2,503	0,012
Kurang	23	37,7	38	62,3	61	100	1,27-4,94	1
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100		

Hasil analisis hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 60,2% dukungan penghargaan keluarga yang baik melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 37,7% dukungan penghargaan keluarga yang kurang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai p value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR=2,503 artinya *aggreagat* dewasa pasca stroke dengan dukungan penghargaan keluarga baik memberikan pengaruh 2,5 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan dukungan penghargaan keluarga yang kurang.

5.6 Hubungan Program Pemulangan Dari Rumah Sakit Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Tabel 5.9
Hubungan Program Pemulangan Dari Rumah Sakit Dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Program Pemulangan	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	N	%				
Baik	56	63,6	32	36,4	88	100	4,015	0,000
Kurang	17	30,4	39	69,6	56	100	1,96-8,22	1
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100		

Hasil analisis hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 63,6% program pemulangan baik melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 30,4% program pemulangan yang kurang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai *p value* <0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR=4,015 artinya *aggreagat* dewasa pasca stroke dengan program pemulangan dari rumah sakit baik memberikan pengaruh 4 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik.

5.7 Hubungan karakteristik *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

5.7.1 Hubungan usia *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Tabel 5.10
Hubungan Usia *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Dengan Perawatan Di Rumah Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Usia	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	N	%			n	%
Dewasa menengah	65	59,6	44	40,4	109	100	4,986 2,06-11,9	0,000
Dewasa muda	8	22,9	27	77,1	35	100	1	
Jumlah	73	50,7%	71	49,3%	144	100		

Hasil analisis hubungan usia dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 59,6% dewasa menengah melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 22,9% dewasa muda melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai *p value* < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR=4,986 artinya *aggreagaet* dewasa pasca stroke dengan dewasa menengah memberikan pengaruh 5 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dewasa menengah muda.

5.7.2 Hubungan jenis kelamin *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Tabel 5.11
Hubungan Jenis Kelamin *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Dengan Perawatan Di Rumah Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Jenis Kelamin	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		N	%		
	n	%	n	%				
Perempuan	50	94,3	3	5,7	53	100	49,275	0,000
Laki-laki	23	25,3	68	74,7	91	100	14,02-173,25	1
Jumlah	73	50,7	71	49,3	144	100		

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 94,3 % perempuan melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 25,3 % laki-laki yang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai p value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR= 49,28 artinya *aggregate* dewasa pasca stroke perempuan memberikan pengaruh 49,3 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan laki-laki.

5.7.3 Hubungan tingkat pendidikan *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Tabel 5.12
Hubungan Tingkat Pendidikan *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke Dengan Perawatan Di Rumah Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Pendidikan	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		N	%		
	n	%	n	%				
Tinggi	70	63,1	41	36,9	111	100	17,073	0,000
Rendah	3	9,1	30	90,9	33	100	4,90-59,46	1
Jumlah	73	50,7	71	49,3%	144	100		

Hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 63,1% tingkat pendidikan tinggi melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 9,1 % tingkat pendidikan rendah melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai p value < 0,05 maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan perawatan pasca stroke di rumah. Dari hasil analisis juga diperoleh nilai OR=17,073 artinya *aggreagate* dewasa pasca stroke dengan tingkat pendidikan tinggi memberikan pengaruh 17 kali dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan rendah.

5.7.4 Hubungan pekerjaan *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Tabel 5.13
Hubungan Jenis Pekerjaan *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke
Dengan Perawatan Di Rumah Di Bukittinggi
Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Pekerjaan	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	n	%				
PNS	40	59,7%	27	40,3%	67	100	1,975	0,064
Non PNS	33	42,9%	44	57,1%	77	100	1,02 -3,84	1
Jumlah	73	50,7%	71	49,3%	144	100		

Hasil analisis hubungan pekerjaan dengan *perawatan* pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 59,7% PNS melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 42,9% non PNS melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai *p value* >0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan perawatan pasca stroke di rumah.

5.7.5 Hubungan suku *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Tabel 5.14
Hubungan Suku *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke
Dengan Perawatan Di Rumah Di Bukittinggi
Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Suku	Perawatan Pasca Stroke Di Rumah				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Kurang		n	%		
	n	%	N	%				
Minang	60	54,1%	51	45,9%	111	100	1,810	0,200
Non Minang	13	39,4%	20	60,6%	33	100	0,82-3,995	1
Jumlah	73	50,7%	71	49,3%	144	100		

Hasil analisis hubungan suku dengan perawatan pasca stroke di rumah didapatkan bahwa ada sebanyak 54,1% Suku Minang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik, sedangkan 39,4% Suku Non Minang melakukan perawatan pasca stroke di rumah dengan baik. Hasil uji diperoleh nilai p value > 0,05 maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara suku dengan perawatan pasca stroke di rumah pada *aggregate* dewasa

5.8 Analisis Multivariat Faktor yang Paling Dominan Berhubungan dengan Perawatan di Rumah Pada *Aggregat* Dewasa Pasca Stroke

5.8.1 Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Pada tahap awal dilakukan pemilihan variabel independen dan dependen dengan menganalisis bivariat dari masing – masing variabel. Pada penelitian ini ada beberapa variabel yang mempengaruhi perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca

stroke yaitu dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan, program pemulangan serta karakteristik *aggregate* dewasa pasca stroke yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, suku dan pekerjaan. Hasil analisis bivariat antara variabel dukungan keluarga, program pemulangan dan karakteristik *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah dengan menggunakan uji regresi logistik dengan model prediksi.

Berdasarkan hasil seleksi bivariat bahwa variabel yang memiliki nilai p value $< 0,25$ dapat masuk pada analisis multivariat yaitu program pemulangan, dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan, usia, jenis kelamin dan pendidikan.

5.8.2 Pembuatan Model Multivariat

Dalam pemodelan ini, semua variabel yang masuk ke dalam analisis multivariat berdasarkan hasil seleksi bivariat, dianalisis dengan perawatan di rumah. Hasil analisis multivariat pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut:

Tabel 5.15
Hasil Awal Uji Regresi Logistik Hubungan Program Pemulangan, Dukungan Emosional, Dukungan Informasional, Dukungan Instrumental, Dukungan Penghargaan, Usia, Jenis Kelamin dan Pendidikan dengan Perawatan Di Rumah Pada *Aggregat* Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Variabel	B	Wald	p value	OR
Program Pemulangan	2,502	8,729	0,003	12,212
Dukungan emosional	-0,071	0,011	0,917	0,932
Dukungan informasional	0,639	0,891	0,345	1,894
Dukungan instrumental	2,416	9,871	0,002	11,204
Dukungan penghargaan	-0,441	0,405	0,525	0,643
*Usia	1,516	3,425	0,064	4,553
*Jenis Kelamin	22,006	0,000	0,996	3,6E+09
Pendidikan	21,861	0,000	0,996	3,1E+09

Dari hasil analisis pada tabel 5.15 didapatkan ada enam variabel yang $p \text{ valuenya} > 0,05$ yaitu dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan penghargaan, usia, jenis kelamin dan pendidikan. Dalam pemodelan ini, semua variabel yang masuk ke dalam analisis multivariat berdasarkan hasil seleksi bivariat, dianalisis dengan perawatan di rumah. Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang memiliki $p \text{ value} > 0,05$ dari model multivariat. Pengeluaran variabel dilakukan satu persatu yang dimulai dari variabel yang memiliki $p \text{ value}$ terbesar. $p \text{ value}$ yang terbesar adalah jenis kelamin dan pendidikan yang memiliki p yang sama ($p \text{ value} = 0,996$). Selanjutnya variabel jenis kelamin dan pendidikan dikeluarkan dari model. Selanjutnya mengeluarkan variabel yang memiliki $p \text{ value}$ terbesar. $P \text{ value}$ yang terbesar adalah dukungan penghargaan ($pvalue=0,913$).

Variabel dukungan emosional selanjutnya dikeluarkan dari model multivariat karena memiliki $p \text{ value} > 0,05$ yaitu 0,849. Variabel dukungan informasional selanjutnya dikeluarkan dari model multivariat karena memiliki $p \text{ value} > 0,05$ yaitu 0,348, selanjutnya variabel dukungan informasional dikeluarkan dari model, selanjutnya mengeluarkan variabel usia dari model multivariat karena memiliki $p \text{ value} > 0,05$ yaitu 0,057. Setelah variabel usia dikeluarkan dari model dan tidak ada lagi $P \text{ value}$ yang $> 0,05$ sehingga tidak ada yang dikeluarkan lagi.

Tabel 5.16
 Hasil Akhir Uji Regresi Logistik Hubungan Dukungan Keluarga, Program Pemulangan, Karakteristik Klien Dengan Perawatan Pasca Stroke Di Rumah Di Bukittinggi Bulan Mei Tahun 2011 (n=144)

Variabel	B	Wald	p value	OR
Dukungan Instrumental	2,267	9,911	0,002	9,646
Program Pemulangan	2,261	8,305	0,004	9.595

Berdasarkan tabel 5.16 didapatkan hasil analisis multivariat, dimana variabel yang berhubungan dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke adalah variabel dukungan instrumental dan program pemulangan, sedangkan variabel dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan penghargaan, usia, jenis kelamin dan pekerjaan sebagai variabel konfounding.

Hasil analisis juga didapatkan OR (Exp B) dari variabel dukungan instrumental 9,6 artinya *aggregat* dewasa pasca stroke yang dilakukan dukungan instrumental dengan baik berpengaruh 9,6 kali untuk melakukan perawatan di rumah dengan baik dibandingkan *aggregat* dewasa pasca stroke yang dilakukan dukungan instrumental kurang. Pada hasil analisis multivariat variabel yang paling dominan berhubungan dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke adalah variabel dukungan instrumental keluarga karena memiliki nilai Exp B yang paling besar yaitu 9,646 sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan instrumental faktor yang dominan dalam mempengaruhi perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke.

Hasil analisis juga didapatkan persamaan model adalah :

Perawatan pasca stroke di rumah = 0,610 +2,267*dukungan instrumental+2,261*program pemulangan.

Artinya setiap peningkatan dukungan instrumental sebesar 2,3 kali ditambah program pemulangan 2,3 kali akan meningkatkan perawatan pasca stroke di rumah dengan konstanta 0,6.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai makna hasil penelitian yang didapatkan, membandingkan hasil penelitian yang ditemukan dengan hasil penelitian sebelumnya yang telah dipublikasikan apakah memperkuat, berlawanan, atau memberikan hasil yang baru, serta didukung oleh literatur atau teoritis yang sudah dibahas pada tinjauan kepustakaan, keterbatasan dalam penelitian dan implikasi hasil penelitian untuk keperawatan.

6. 1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ini didapatkan semua komponen dukungan keluarga pada *aggregate* dewasa pasca stroke yang meliputi dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan adalah baik. Hal tersebut ditunjukkan dari hasil berikut ini : dukungan emosional keluarga pada *aggregate* dewasa pasca stroke 59,7% baik, dukungan informasional keluarga didapatkan 60,4% baik, dukungan instrumental keluarga didapatkan 66,1% baik dan dukungan penghargaan keluarga didapatkan 57,6% baik.

Penelitian ini menemukan adanya kesesuaian dengan penelitian Nurdiana dkk (2007) yang menyatakan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh klien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Dinosestro (2008), menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta klien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya. Hasil penelitian Duncan dkk (2005) menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan sumber dukungan yang penting bagi anak dan usia dewasa.

Stroke merupakan salah satu penyakit yang bersifat menahun dan proses pemulihan yang lama. Keadaan tersebut membuat klien stroke membutuhkan dukungan dari lingkungan mereka khususnya adalah keluarga. Kesuksesan keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga dengan stroke dapat mempercepat proses pemulihan mobilitas, pencapaian dalam aktivitas sehari-hari dan kualitas kehidupan klien (Lewis *et al.*, 2007). Glass *et al.*, (2003, dalam Bhogal *et al.*, 2003) menyatakan bahwa dampak dukungan sosial yang berbeda tergantung pada beratnya stroke dan jumlah dukungan yang diterima klien. Steve (2000, dalam Bhogal *et al.*, 2003) juga menegaskan pentingnya dukungan sosial keluarga dengan menyatakan bahwa dukungan sosial dapat membantu memudahkan transisi dari pengalaman stroke dan meningkatkan pemulihan.

Pernyataan yang sama tentang pentingnya dukungan keluarga dalam proses pemulihan juga ditegaskan oleh Friedman, Bowden & Jones (2003) bahwa keluarga menjalankan peran pendukung yang penting selama periode pemulihan dan rehabilitasi. Jika dukungan ini tidak tersedia, keberhasilan pemulihan menurun secara signifikan. Hal tersebut juga sejalan dengan hasil penelitian Mujiyono (2008) yang menyatakan bahwa ada pengaruh dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien psikosis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa tingginya dukungan keluarga yang baik ditunjukkan dengan banyaknya keluarga tidak membiarkan anggota keluarga pasca stroke menghadapi masalahnya sendiri (96,5%), besarnya perhatian keluarga dalam menganjurkan anggota keluarga pasca stroke untuk minum obat secara teratur (94%), tingginya keterlibatan keluarga dalam perawatan di rumah dengan membantu latihan pergerakan tubuh (92%) dan besarnya penghargaan keluarga pada anggota keluarga pasca stroke dengan mempertimbangkan saran yang diberikan oleh anggota keluarga (95%).

Hasil penelitian juga didapatkan sebagian besar yang mengalami stroke adalah laki-laki yang merupakan sebagai kepala keluarga, hal ini juga dapat mempengaruhi motivasi keluarga untuk meningkatkan dukungan dalam perawatan dan penyembuhan kepala keluarga yang berperan sebagai ayah sekaligus pencari nafkah dalam keluarga. Terjadinya penyakit yang serius maupun karena yang sakit anggota keluarga yang penting dan penyokong fungsi keluarga, sehingga dampaknya terhadap keluarga menjadi lebih besar (Murray, 2003)

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga sangat penting sekali dan sangat dibutuhkan oleh agregat dewasa dengan penyakit kronis khususnya dengan pasca stroke. Hal ini disebabkan klien pasca stroke dapat mengalami gangguan fisik, sosial dan psikologis yang dapat mempengaruhi terhadap kualitas kehidupannya. Oleh karena itu dukungan dari orang terdekat khususnya keluarga akan sangat mereka butuhkan dan mempengaruhi dalam perawatan dan proses pemulihannya.

6.1.2 Program pemulangan dari rumah sakit

Hasil penelitian tentang program pemulangan dari rumah sakit (tahap persiapan, pelaksanaan dan akhir pelaksanaan), didapatkan bahwa 61,6% program pemulangan dari rumah sakit pada *aggregate* dewasa pasca stroke dilakukan dengan baik.

Program pemulangan klien merupakan proses sistematis yang bertujuan menyiapkan klien meninggalkan rumah sakit untuk melanjutkan program perawatan (Taylor *et al.*, 1989). Bentuk program pemulangan klien merupakan proses pemberian informasi atau pendidikan kesehatan yang bertujuan agar klien stroke dan anggota keluarga memiliki kemampuan dalam merawat dan mampu membuat keputusan sehubungan dengan

kesehatan dan gaya hidup klien sehingga tidak terjadi komplikasi dan kekambuhan setelah berada di rumah.

Penelitian ini menemukan kegiatan yang sudah dilakukan dengan baik oleh perawat dalam melakukan program pemulangan yaitu memberikan informasi tentang faktor resiko kekambuhan stroke (91,7%), melatih cara melakukan latihan fisik atau latihan pergerakan sendi (91,7%), diberikan penyuluhan tentang obat-obatan dirumah (86,7%). Di sisi lain kegiatan yang kurang dilakukan perawat menanyakan tentang kondisi lingkungan di rumah dan alat- alat fasilitas yang dimiliki untuk perawatan di rumah (67,4%), mengajarkan cara menggunakan alat bantu (69%). Kegiatan program pemulangan yang dilakukan lebih banyak dilakukan pada saat klien akan pulang, belum terprogram dan sistematis sehingga hal tersebut menyebabkan tidak semua kegiatan dilakukan dengan baik, hal ini tentunya juga akan mempengaruhi dalam perawatan di rumah.

Tingginya pemberian informasi tentang pengendalian faktor resiko stroke oleh perawat dalam program pemulangan klien pasca stroke dapat ditujukan untuk menurunkan terjadinya stroke berulang dan informasi tentang faktor resiko kekambuhan sangat dibutuhkan klien di rumah. Informasi tentang faktor resiko kekambuhan meliputi makanan yang sehat, menghentikan merokok, melakukan olahraga, melakukan kontrol ulang. Berdasarkan data yang didapatkan bahwa kejadian stroke berulang di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 15 %. Hal ini sesuai dengan pernyataan berikut ini bahwa pemberian informasi yang dibutuhkan klien dan keluarga tentang perawatan kesehatan perlu untuk menjamin kontinuitas perawatan dari rumah sakit ke rumah (Bull, 1992 dalam Potter & Perry, 2004). Perencanaan pulang pada klien stroke yang efektif menurunkan komplikasi penyakit dan terjadinya kekambuhan atau berulangnya penyakit (Wilkinson, 1996, dalam Hariyati, Afifah & Handayani, 2010).

Lingkungan rumah yang aman dan tersedianya alat-alat untuk perawatan di rumah merupakan salah satu hal yang penting disiapkan oleh keluarga pada klien pasca stroke, terutama yang mengalami gangguan mobilitas. Klien pasca stroke yang pulang kerumah dapat masih mengalami gangguan motorik. Lingkungan rumah yang aman dan menyiapkan alat bantu seperti tongkat diperlukan sehingga resiko jatuh dapat dicegah serta lingkungan rumah kadang perlu dimodifikasi untuk membantu klien dapat menjadi mandiri (Lewis *et al.*, 2007). Pada penelitian ini didapatkan bahwa hal tersebut kurang diinformasikan oleh perawat kepada klien atau keluarga, hal ini dapat disebabkan informasi yang diberikan belum sistematis.

6.1.3 Karakteristik *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Mayoritas (75,7%) *aggregate* dewasa pasca stroke adalah dewasa menengah yaitu berusia 36 s/d 59 tahun. Resiko stroke meningkat seiring dengan penambahan usia, terutama pada usia setelah 55 tahun (Lewis *et al.*, 2007). Menurut Siswanto & Yuliadji (2005) bertambahnya usia diikuti dengan peningkatan tekanan sistolik yang terus terjadi sampai dengan usia 80 tahun, sedangkan peningkatan tekanan diastolik mencapai puncak pada usia 55 tahun kemudian mendatar bahkan cenderung menurun.

Pendapat yang hampir sama dinyatakan oleh Sidharta (1985, dalam Bustan, 2007) bahwa stroke merupakan penyakit yang terjadi pada usia diatas 50 tahun, karena pada golongan usia tersebut terjadi pengerasan dinding pembuluh darah arteri. Penurunan kelenturan pembuluh darah dapat disebabkan oleh faktor keturunan, hipertensi dan gaya hidup serta akibat lanjut dari pengerasan pembuluh darah tersebut aliran darah dapat berkurang sehingga salah satunya dapat menimbulkan terjadinya stroke. Di Indonesia didapatkan penyebab

kematian utama untuk semua umur adalah stroke (15,4%) dan terutamanya pada usia 45-54 tahun (RISKESDAS, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Sulistiyowati dan Hargono (2010) didapatkan rata-rata klien stroke berusia 57 tahun 9 bulan. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan teori dan penelitian Sulistiyowati dan Hargono (2010) bahwa stroke banyak terjadi pada dewasa menengah.

Sebagian besar (69,2%) *aggregate* dewasa pasca stroke berjenis kelamin laki-laki. Stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita, tetapi kematian akibat stroke lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan dengan laki-laki (Lewis *et al.*, 2007). Pernyataan yang sama dinyatakan oleh Goldstein *et al.*, (2006, dalam Miller, 2007) bahwa stroke lebih sering terjadi pada laki-laki, terkecuali bagi wanita yang berusia 35–45 tahun dan pada usia lebih tua yaitu lebih dari 85 tahun. Laki-laki lebih sering menderita stroke dari pada wanita dengan perbandingan 3:1 (Hadinoto, Setiawan & Soetedjo, 1992).

Di Indonesia hasil penelitian ASNA (Assosiasi Stroke Nasional) didapatkan distribusi stroke penderita laki-laki lebih banyak dari perempuan. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan oleh Sulistiyowati & Hargono (2010) sebagian besar penderita stroke laki-laki. Tingginya stroke pada laki-laki dikaitkan dengan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, diet yang jelek dan latihan fisik yang kurang pada laki-laki (Murai, 2003; Kenzie, Pinger & Kotekie, 2005).

Tingkat pendidikan *aggregate* dewasa pasca stroke mayoritas berpendidikan yaitu sebanyak 77,1%. Menurut Koos dan Baumann (1961, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) bahwa orang yang kurang pendidikan, kurang mengungkapkan pemikiran mereka tentang

sakit dan semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pengetahuan mengenai kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan sejalan dengan pernyataan diatas, dimana justru yang banyak mengalami stroke adalah mereka dengan pendidikan tinggi. Hasil penelitian yang sama juga ditemukan pada penelitian Sulistiyowati dan Hargono (2010) didapatkan sebagian besar responden dengan stroke berpendidikan SMA keatas.

Mengenai status pekerjaan *aggregat* dewasa pasca stroke, didapatkan data pekerjaan responden yang terbanyak adalah sebagai PNS yaitu 67 responden (44,5%). Menurut Stanhope & Lancaster (2004) status kesehatan dapat dipengaruhi oleh pendapatan, pendidikan dan pekerjaan. Selama masa dewasa seseorang biasanya lebih perhatian pada pengejaran pekerjaan dan sosial. *Aggregate* dewasa menghadapi peningkatan stress karena persaingan yang lebih besar di tempat kerja untuk posisi yang lebih sedikit (Potter & Perry, 2004). Kondisi stres dapat mempengaruhi kesehatan, hubungan dengan keluarga, konsep diri dan dimensi lain. Berbagai gangguan kesehatan dapat terjadi akibat dari stress seperti penyakit jantung, hipertensi, stroke, *migrain*, *arthritis*, sakit punggung dan kanker (Potter & Perry, 2004).

Penelitian yang dilakukan Koos (1954, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) mendapatkan bahwa pekerja kelas menengah lebih paham mengenai gejala penyakit, sedangkan pekerja kelas bawah menunjukkan pengakuan yang lebih sedikit terhadap gejala sebagai tanda tanda sehat sakit sehingga tidak memandang gejala ini sebagai indikasi adanya kebutuhan pertolongan medis. Hasil penelitian ini sejalan dengan Koos (1954) namun kemungkinan faktor lain banyaknya pekerjaan responden sebagai PNS disebabkan RS. Stroke Nasional adalah rumah sakit rujukan bagi pengguna asuransi kesehatan PNS. Hasil penelitian yang berbeda didapatkan pada Sulistiyowati dan

Hargono (2010) didapatkan pekerjaan penderita stroke terbanyak adalah disektor swasta.

Mayoritas responden adalah Suku Minang (77,1%). Blais *et al.*, (2002) bahwa kekuatan sosial budaya dapat mempengaruhi status kesehatan klien dan perilaku dalam perawatan kesehatan. Masyarakat Sumatera Barat yang dikenal sebagai Suku Minang merupakan salah suku di Indonesia yang banyak menderita stroke. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sahim (2002) bahwa masyarakat Sumatera Barat termasuk masyarakat yang berpotensi paling besar terkena penyakit stroke dan jantung koroner di Sumatera, bahkan di Indonesia. Hal ini dikaitkan dengan kebiasaan masyarakat Sumatera Barat mengkonsumsi makanan kolesterol lebih tinggi dibandingkan propinsi di Pulau Sumatera lainnya. Tingginya Suku Minang pada responden merupakan hal yang wajar karena penelitian dilakukan di Kota Bukittinggi.

6.1.4 Perawatan Di Rumah Pada *Aggregate* Dewasa Pasca Stroke

Hasil penelitian ini di dapatkan bahwa perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke hampir seimbang, yaitu sebanyak 50,7% perawatan pasca stroke di rumah dilakukan dengan baik dan sebanyak 49,3% perawatan pasca stoke di rumah kurang.

Proses pemulihan menyebabkan klien pasca stroke membutuhkan perawatan lanjutan di rumah atau tatanan lain seperti fasilitas perawatan intermediet, atau fasilitas rehabilitasi (Lewis *et al.*, 2007). Hampir 68% klien pasca stroke memerlukan perawatan di rumah (Dorsey & Vaca, 1998 dalam Drummond *et al.*, 2007). Perawatan klien pasca stroke di rumah ditujukan terhadap kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari – hari yang berkaitan dengan perawatan diri (*self care*) dan pencegahan terhadap terjadinya serangan stroke

berulang melalui pengontrolan faktor risiko (Mulyasih & Ahmad, 2008).

Perawatan diri klien pasca stroke meliputi makan, menggunakan pakaian, eliminasi, mandi, kebersihan diri, berdandan, berjalan atau menggunakan alat bantu, dan cara pemindahan (Icnatavicius & Workman, 2010). Menurut Lewis *et al.*, (2007) bahwa mengendalikan faktor risiko stroke dapat dilakukan melalui promosi kesehatan yang dilakukan, yang meliputi (1) diet yang sehat, (2) kontrol berat badan, (3) latihan fisik yang teratur, (4) tidak merokok, (5) membatasi konsumsi alkohol, (6) pemeriksaan kesehatan secara rutin. Semakin banyak faktor risiko yang dimiliki maka semakin tinggi kemungkinan untuk berulangnya stroke.

Penelitian ini menunjukkan bahwa perawatan pasca stroke di rumah dengan baik sedikit lebih besar dari perawatan pasca stroke di rumah yang kurang. Hasil analisis pada perawatan di rumah berkaitan dengan pengontrolan faktor risiko didapatkan bahwa 89,9% responden melakukan pengontrolan tekanan darah, 87,8% memakan makanan rendah garam, 86% responden minum obat secara teratur, memakan makanan rendah lemak 85,9% dan mengurangi makanan yang manis 83,7%, namun pengontrolan melalui olah raga yang teratur hanya 54,2% dilakukan responden, pemeriksaan kolesterol hanya 18,8 % dan pemeriksaan jantung 17,4%. Hasil ini hampir sejalan dengan penelitian Sulistyowati & Hargono (2010) yang menemukan bahwa 74,8% pengontrolan yang terbanyak dilakukan responden adalah tekanan darah, sementara untuk pemeriksaan faktor resiko stroke lain kurang yaitu 55,9% responden memeriksakan kadar gula darahnya dan 37,8 % pemeriksaan kadar lemak darah.

Kontrol yang dilakukan secara teratur bertujuan untuk mendeteksi secara dini apabila terjadi peningkatan faktor risiko, sehingga bisa dilakukan penanganan dan pengobatan segera (Siswanto & Yuliadji,

2005). Lai, dkk. (1994) menyatakan bahwa dengan pengendalian faktor risiko baik terhadap hipertensi, kelainan jantung, dan diabetes mellitus dapat menurunkan kejadian stroke berulang. Hasil penelitian Siswanto dan Yuliaji (2005) disimpulkan bahwa terdapat empat faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian stroke berulang yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg, kadar gula darah sewaktu lebih dari 200 mg/dl, kelainan jantung dan ketidak teraturan berobat.

Menurut analisis peneliti tingginya responden melakukan pengontrolan tekanan darah dapat dikaitkan dengan riwayat penyakit responden sebelumnya adalah hipertensi. Hal ini dinyatakan oleh petugas kesehatan di poli neurologi RS.Stroke Nasional bahwa penyakit hipertensi merupakan penyebab paling banyak terjadinya hipertensi pada klien di RS ini.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian berbasis populasi menemukan bahwa tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko yang signifikan untuk stroke pertama dan berulang; hipertensi diperkirakan jumlahnya 60% dari populasi risiko yang timbul untuk penyakit serebrovaskular (Lindsay, 2008). Disisi lain besarnya pengontrolan tekanan darah dilakukan oleh responden karena pemeriksaan tekanan darah juga tidak sulit dilakukan oleh responden karena dapat dilakukan di setiap layanan kesehatan ataupun di rumah oleh petugas kesehatan, tidak memerlukan biaya yang besar untuk pemeriksaannya dan juga mudah dilakukan serta merupakan pemeriksaan fisik yang selalu dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Pengontrolan faktor resiko lainnya yang cukup tinggi dilakukan responden adalah minum obat secara teratur. Minum obat secara teratur dilakukan untuk proses penyembuhan dan mencegah terjadinya stroke berulang. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil penelitian (Siswanto & Yuliadji, 2005) yang menyatakan ketidakteraturan berobat memberikan peluang untuk terjadinya stroke berulang sebesar 4,39 kali

dibandingkan dengan penderita stroke yang teratur berobat. Seorang penderita stroke yang mau melakukan kontrol dan minum obat secara teratur akan terhindar dari serangan stroke berulang. Menurut analisis peneliti pengontrolan resiko dengan minum obat sebagai pengontrolan faktor resiko yang banyak dilakukan karena adanya persepsi masyarakat bahwa mendapatkan obat merupakan salah satu alasan mengunjungi RS dikarenakan obat sudah habis atau hampir habis.

Pada penelitian ini perawatan di rumah dengan baik yang dilakukan responden juga dilakukan melalui kemampuan dalam melakukan perawatan diri atau aktivitas sehari-hari. Perawatan diri klien pasca stroke meliputi makan, menggunakan pakaian, eliminasi, mandi, kebersihan diri, berdandan, berjalan atau menggunakan alat bantu, dan cara pemindahan (Icnatavicius & Workman, 2010). Menurut Lewis *et al.*, (2007) kriteria utama yang harus diperhatikan pada saat klien akan dipulangkan atau dipindahkan adalah kemampuan fungsional untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada penelitian ini didapatkan bahwa *indeks barthel* responden berkisar 70-100. Hasil analisis pada perawatan diri ini didapatkan beberapa aktivitas sudah dilakukan secara mandiri oleh responden antara lain 100% responden mandiri dalam makan, 96,5 % mampu berjalan sendiri, 93% mandiri berdandan dan berpakaian.

6.1.5 Hubungan dukungan emosional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan emosional keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke dengan hasil uji statistik diperoleh nilai $P\ value < 0,05$. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai $OR = 3,464$ yang berarti bahwa dukungan emosional yang diberikan oleh keluarga secara baik, memberikan pengaruh sebesar 3,46 kali pada *aggregat* dewasa pasca stroke untuk melakukan perawatan di

rumah dengan baik. Hal ini berarti dukungan emosional keluarga mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah.

Penelitian Agustina, Priambodo dan Soemantri (2009) yang menyatakan untuk aspek emosional, adanya dukungan dari orang terdekat dalam hal ini keluarga merupakan kebutuhan yang dianggap sangat berperan dalam proses pemulihan kondisi klien stroke. Penelitian lain yang dilakukan oleh Zulfikri (2007) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan emosional keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam dalam mengontrol kesehatannya. Glass *et al*, (2003) menyatakan bahwa dukungan emosional merupakan aspek penting pada klien stroke dan dapat mempengaruhi status fungsional.

Penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan penelitian Agustina, Priambodo & Soemantri (2009) dan Zulfikri (2007). Adanya hubungan dukungan emosional keluarga dengan perawatan pasca stroke di rumah dapat disebabkan karena dampak sakit kronis khususnya stroke yang dialami oleh *aggregate* dewasa. Klien pasca stroke dapat mengalami berbagai gangguan seperti emosi, gangguan konsentrasi, kemampuan intelektual yang menurun, masalah seksual dan sosialisasi. Gangguan emosi yang sering terjadi pada klien pasca stroke adalah depresi dan ansietas (Hadinoto, Setiawan dan Soetedjo, 1992). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Knapp & Hewison (2002) yang menyatakan ada hubungan yang erat antara dukungan emosional dengan terjadinya depresi pada pasca stroke, serta dukungan emosional dapat meningkatkan kemampuan fungsional klien stroke tetapi tidak pada fase akut.

Keluarga dapat menyediakan dukungan yang memberikan rasa aman dan memelihara penilaian positif seseorang terhadap dirinya melalui ekspresi kehangatan, empati, persetujuan atau penerimaan yang ditunjukkan oleh anggota keluarga lainnya (Yanuasti, 2001). Pernyataan Yanuasti (2001) juga menunjukkan adanya kesesuaian dari hasil

penelitian bahwa bentuk dukungan emosional yang banyak dilakukan oleh keluarga dalam perawatan perawatan pasca stroke di rumah (96,5%) tidak membiarkan *agregat* dewasa pasca stroke menghadapi masalahnya sendiri. Membantu klien dalam menyelesaikan masalahnya akan membuat mereka merasa tidak sendiri dan menunjukkan adanya perhatian dan dukungan keluarga terhadap dirinya.

Dukungan emosional keluarga akan membantu klien stroke mencapai coping yang konstruktif (Lewis *et al.*, 2006). Menurut Roth (1996, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) dukungan emosional dianggap mengurangi atau mencegah efek stres serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung. Mengurangi stres yang terjadi merupakan salah faktor yang diperlukan dalam perawatan pasca stroke untuk mencapai penyembuhan dan mencegah terjadinya kekambuhan.

6.1.6 Hubungan dukungan informasional keluarga dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan yang bermakna dukungan informasional keluarga dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai *p value* < 0,05. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai OR = 3,724 yang berarti bahwa dukungan informasional yang diberikan oleh keluarga secara baik, memberikan pengaruh sebesar 3,72 kali pada *agregat* dewasa pasca stroke dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik. Hal ini berarti dukungan informasional keluarga mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah.

Boomar (2004) menyatakan bahwa penelitian menunjukkan sistem dukungan sosial pada keluarga mempengaruhi perilaku sehat, sehingga anggota keluarga penting memberikan informasi untuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, serta untuk pemulihan gangguan kesehatan yang terjadi. Hal ini sejalan dengan pernyataan Friedman,

Bowden & Jones (2003) bahwa anggota keluarga diketahui sebagai sumber yang dukungan dan bantuan yang paling signifikan dalam membantu anggota keluarga mengubah gaya hidupnya melalui informasi yang diberikan.

Penelitian oleh Zulfikri (2007) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara dukungan informasional keluarga dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya. Hasil penelitian yang sama dinyatakan oleh Yetti (2007) bahwa ada hubungan dukungan informasional keluarga dengan kepatuhan lansia menjalani diit hipertensi.

Dukungan informatif berupa nasehat, sugesti, memberikan penghargaan secara langsung, saran yang berguna untuk mempermudah individu dalam menjalani hidupnya dan informasi. Informasi-informasi berharga yang diberikan berupa nasehat dan pengaruh yang diberikan kepada orang yang sudah pernah mengetahui ataupun yang belum mengetahuinya (Taylor, 1995). Hal yang sama juga dinyatakan oleh Kaakinen *et al.*, (2010) keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator informasi karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan saran-saran pada individu. Aktivitas yang dilakukan dapat berupa sharing sumber-sumber (buku-buku, *web sites*, nama pemberi layanan), memberikan edukasi pada anggota keluarga sesuai kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan informasi tentang kelompok pendukung (*support group*).

Temuan pada penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan pernyataan Kaakinen *et al.*, (2010) dan penelitian oleh Zulfikri (2007). Adanya kesesuaian ini juga ditunjukkan dari hasil penelitian bahwa 94% keluarga menganjurkan aggregate dewasa pasca stroke untuk makan obat secara teratur, 90% keluarga mengingatkan kembali untuk melakukan kontrol tekanan darah secara teratur, 87,5% keluarga mengingatkan kembali untuk melakukan pergerakan tubuh.

Wade (2001, dalam Lawrence et al., 2009) menyatakan perilaku atau gaya hidup klien stroke dapat dipengaruhi oleh keluarga. Berdasarkan hasil temuan ini bahwa informasi berupa saran atau nasehat yang diberikan oleh keluarga mempengaruhi perilaku sehat klien berkaitan dengan pengontrolan faktor resiko serta beradaptasi terhadap gaya hidup setelah serangan stroke yang terjadi sehingga proses pemulihan dapat lebih cepat. Pemberian dukungan informasi oleh keluarga memberikan dampak kepada klien pasca stroke, hal ini dapat dilihat dari temuan bahwa klien melakukan kontrol tekanan darah secara teratur, minum obat secara teratur.

Hasil temuan ini menunjukkan bahwa dukungan informasi yang diberikan oleh keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga. Oleh karena itu dalam pemberian informasi oleh petugas kesehatan juga melibatkan keluarga. Hal ini ditegaskan oleh asosiasi stroke nasional di Inggris bahwa pentingnya penyediaan informasi diberikan kepada keluarga dan badan ini juga mengeluarkan dua rekomendasi berkaitan dengan hal tersebut yaitu (1) Keluarga butuh untuk diberikan informasi karena keluarga terlibat dalam mengambil keputusan dan membuat rencana, serta keluarga juga harus memberikan dukungan pada anggota keluarga sehingga harus dipertimbangkan dari awal, (2) Informasi harus diberikan untuk keluarga.

6.1.7 Hubungan dukungan instrumental keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

Hasil penelitian didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan instrumental keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai $p \text{ value} < 0,05$. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai $OR = 8$, yang berarti bahwa dukungan instrumental yang diberikan oleh keluarga secara baik, memberikan pengaruh sebesar 8 kali dalam

melakukan perawatan di rumah dengan baik pada *aggregate* dewasa pasca stroke dibandingkan dengan dukungan instrumental yang kurang. Hasil uji regresi logistik juga didapatkan bahwa dukungan instrumental merupakan faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah.

Stroke merupakan salah satu penyakit kronik yang membutuhkan pemulihan dan penyembuhan yang lama (Lumbantobing, 2007). Proses pemulihan stroke membutuhkan waktu yang lama sehingga keluarga perlu mendorong klien untuk melakukan terapi lanjutan setelah dirumah, dan ini juga membutuhkan dorongan keluarga secara finansial terhadap biaya pengobatan dan perawatan klien stroke (Icnatavicius & Workman, 2010). Penelitian Lord & Rochaster (2005) didapatkan bahwa bahwa pemulihan neorologi maksimum terjadi pada kurun waktu 11 minggu dan pemulihan fungsional maksimum pada waktu 12,5 minggu dan pada akhirnya 75-85% klien dapat berjalan, 45% –85% masih mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan 10-29 % membutuhkan perawatan di rumah.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo & Soemantri (2009) bahwa aspek kebutuhan fisik yang diperlukan dalam perawatan pasca stroke di rumah menurut klien dan keluarga sebagian besar mereka mengungkapkan bahwa mereka membutuhkan bantuan dalam hal pengaturan nutrisi, perawatan diri, membantu dalam hal pemasangan kateter urine, serta bantuan untuk melatih bicara bagi klien yang mengalami gangguan bicara pasca serangan stroke. Klien juga membutuhkan adanya bantuan dari pihak lain untuk memulihkan anggota tubuh yang mengalami disfungsi pergerakan.

Keterbatasan fisik yang terjadi pada klien pasca stroke menyebabkan mereka membutuhkan orang lain dalam perawatan di rumah. Hal ini dapat dilihat dari hasil temuan penelitian ini bahwa 92% keluarga membantu dalam melakukan latihan- latihan pergerakan tubuh sesuai

kondisinya, 90% keluarga memperhatikan lingkungan rumah untuk menghindari jatuh, 87% keluarga memberikan ketenangan di rumah.

Penelitian lain oleh Minarti (2006) menyatakan bahwa adanya pengaruh peran pemberdayaan keluarga terhadap peningkatan kemandirian klien pasca stroke. Kaakinen *et al.*, (2010) menyatakan bahwa keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit bagi klien di rumah dan di rumah sakit.

Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa dukungan instrumental merupakan faktor yang dominan dalam perawatan pasca stroke di rumah. Hal ini sejalan dengan pernyataan Steve (2000, dalam Bhogal *et al.*, 2003) bahwa dukungan instrumental dan dukungan emosional yang tinggi merupakan yang paling bermanfaat untuk pasien stroke. Faktor yang menyebabkan dukungan instrumental keluarga sebagai faktor dominan dalam perawatan pasca stroke di rumah dapat disebabkan karena gejala sisa pasca stroke. Klien pasca stroke biasanya juga mengalami berbagai macam disfungsi, seperti disfungsi motorik, disfungsi sensorik, gangguan kognitif, gangguan komunikasi dan kemampuan menelan (Hudak & Gallo, 2005). Gangguan fungsi dapat bersifat temporer dan permanen (Lumbantoning, 2007).

Terjadinya disfungsi motorik menyebabkan klien pasca stroke perlu dilakukan latihan-latihan pergerakan untuk mencegah kecacatan yang permanen atau bertambah beratnya kecacatan yang terjadi (Smeltzer & Bare, 2005). Pada penelitian ini didapatkan bentuk dukungan instrumental yang tinggi dilakukan keluarga adalah membantu dalam melakukan latihan pergerakan tubuh. Latihan pergerakan tubuh merupakan salah satu hal yang penting dilakukan pada klien pasca stroke. Latihan yang dilakukan dapat berupa latihan pergerakan sendi, latihan berjalan dan berpindah tempat. Latihan-latihan pergerakan tubuh yang dilakukan keluarga dapat membantu klien dalam mencegah terjadinya kecacatan dan mengembalikan pada kemandirian atau tingkat fungsi sebelum sakit dalam waktu yang singkat.

Kemandirian yang dicapai klien akan dapat mempengaruhi kualitas kehidupannya sehingga klien dapat kembali menjalani aktivitas sehari-harinya. Di sisi lain kecacatan yang terjadi menyebabkan klien pasca stroke tidak mampu atau mengalami keterbatasan dalam beraktivitas sehingga dapat menimbulkan ketergantungan kepada keluarga atau orang lain baik ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari Mackay & Mansah (2004, dalam Lawrence *et al.*, 2009).

Pada penelitian ini berdasarkan temuan didapatkan bahwa persentase perawatan diri yang dilakukan sendiri oleh klien lebih tinggi dibandingkan dengan yang dibantu. Hasil temuan kuesioner perawatan diri didapatkan rentang *indeks bathel* 70-100. Penelitian Agustina, Priambodo & Soemantri (2009) menyatakan bahwa sebagian besar klien menunjukkan perbaikan kondisi fisiknya menjelang dipulangkan yang terlihat dari rentang *indeks barthel* berada pada kisaran 40-80. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil survey pada klien pasca stroke didapatkan 50%–70% akan mampu kembali mencapai kemandirian fungsionalnya dan 15%–30% dapat mengalami kecacatan yang permanen (Lewis *et al.*, 2007).

6.1.8 Hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

Hasil penelitian tentang hubungan dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke, didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara dukungan penghargaan keluarga dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai *p value* < 0,05. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai OR =2,5 yang berarti bahwa dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga secara baik, memberikan pengaruh sebesar 2.5 kali dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik.

Gejala sisa pada pasca stoke dapat mempengaruhi terhadap aspek fisik, psikologis dan sosial klien. Dampak aspek sosial yang terjadi pada klien pasca stroke dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu ketidakmampuan melaksanakan peran sosial, ketidakmampuan melakukan peran dirumah, dan kehilangan pekerjaan. Klien dapat menjadi beban bagi keluarga akibat tidak bekerja lagi dan merasakan tidak berguna dalam keluarga akibat kehilangan atau perubahan fungsi peran yang terjadi (LeMone & Buke, 1996). Kondisi tersebut memerlukan adanya dukungan keluarga untuk tetap memperhatikan dan menghargai klien dalam keluarga. Dukungan yang bersifat penghargaan positif membuat individu merasa berarti, mampu, dan merasa dirinya bernilai (Taylor, 1995).

Klien pasca stroke dianjurkan untuk terus menjalankan hobi, rekreasi dan menggunakan waktu luang serta berhubungan dengan teman-teman mereka (Smeltzer & Bare, 2005). Hal tersebut merupakan salah satu cara membantu klien pasca stroke untuk mengurangi kejenuhan mereka serta mengurangi stress yang dapat terjadi akibat penyakit yang diderita. Klien hendaknya dihargai terhadap kemampuan yang telah dilakukannya karena itu akan mendorong klien untuk meningkatkan aktivitas termasuk pada aktivitas sosial melalui keikutsertaan dan keterlibatannya pada kegiatan yang dilakukan. *Aggregate* dewasa pasca stroke yang dihargai dalam melakukan kegiatan-kegiatan mereka dan kondisi mereka setelah terjadinya serangan stroke akan membuat mereka berfikir positif serta meningkatkan motivasi dalam aktivitas kehidupan mereka. Pada masa dewasa seseorang biasanya lebih perhatian pada pengejaran pekerjaan dan sosial, mencoba membuktikan status sosial ekonominya (Potter & Perry, 2005)

Penelitian Oyserman *et al.*, (2000) menemukan bahwa dukungan keluarga pada klien stroke meningkatkan aktivitas sosial, dan kualitas hidup. Penelitian yang sama dilakukan oleh Mant, Wade & Winner (2001) menyatakan bahwa dukungan keluarga memberikan manfaat yang

signifikan pada aktivitas sosial dan kehidupan klien stroke. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan penelitian sebelumnya oleh Oyserman *et al.*, (2000) dan Mant, Wade & Winner (2001).

Pada penelitian ini di temukan bentuk dukungan penghargaan yang dilakukan keluarga adalah bahwa mempertimbangkan saran yang diberikan oleh *aggregate* dewasa pasca stroke (95%), keluarga melibatkan dalam acara keluarga (87%) dan keluarga membantu dalam kesulitan yang terjadi (85,7%). Keterlibatan klien pasca stroke dalam menjalani aktivitas sosial pada pasca stroke akan membuat klien merasa masih dihargai dan berperan dalam lingkungan sosialnya. Hal ini juga dapat meningkatkan motivasi klien untuk melakukan perawatan di rumah dengan baik sehingga dapat mencapai pemulihan yang optimal.

6.1.9 Hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke

Hasil penelitian tentang hubungan program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke, didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai $p\ value < 0,05$. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai $OR = 4,018$, yang berarti bahwa program pemulangan dari rumah sakit yang diberikan secara baik, memberikan pengaruh sebesar 4 kali dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik pada *aggregate* dewasa pasca stroke. Hal ini berarti program pemulangan dari rumah sakit mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah.

Penelitian Hariyati, Afifah, dan Handayani (2010) menyatakan bahwa ada kenaikan kesiapan untuk pulang pada pasien stroke yang diberikan perencanaan pulang dengan terprogram. Program pemulangan

memberikan dampak pada kenaikan nilai kesiapan dan koping terhadap stres yaitu dari 78,9% meningkat menjadi 88,9%. Penelitian lain dinyatakan oleh Sudaryani (2006) bahwa adanya pemberian informasi pada pengaruh pendidikan kesehatan persiapan klien pulang terhadap kepuasan pelayanan keperawatan.

Penelitian lain yang menunjukkan pentingnya program pemulangan klien dari rumah sakit dengan perawatan di rumah dinyatakan oleh Almborg, Ulander, Thulin & Berg (2008) menyimpulkan bahwa klien dan keluarga merasa bahwa mereka perlu diberikan informasi dan pengetahuan yang banyak tentang stroke dan perawatan, pengobatan, rehabilitasi serta dukungan bagi mereka dan lebih dilibatkan didalam mengidentifikasi tujuan program pemulangan dan hal yang dibutuhkan. Penelitian Yuniarsih (2008) menyatakan bahwa pemberian informasi melalui perencanaan pulang bermanfaat secara signifikan terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien stroke di rumah utamanya bulan- bulan pertama setelah pulang dari rumah sakit.

Bentuk program pemulangan klien berupa proses pemberian informasi atau pendidikan kesehatan yang bertujuan agar klien stroke dan anggota keluarga memiliki kemampuan dalam merawat dan mampu membuat keputusan sehubungan dengan kesehatan dan gaya hidup klien sehingga tidak terjadi komplikasi dan kekambuhan setelah berada di rumah. Perencanaan pulang pada klien stroke yang efektif menurunkan komplikasi penyakit dan terjadinya kekambuhan atau berulangnya penyakit (Wilkinson, 1996, dalam Hariyati, Afifah & Handayani, 2010).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan teori dan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hariyati, Afifah, & Handayani (2010), Almborg, Ulander, Thulin & Berg (2008) serta Sudaryani (2008). Pada penelitian ini juga ditemukan bahwa informasi yang paling banyak (91,7%) diberikan oleh perawat pada program

pemulangan adalah informasi tentang pengontrolan faktor resiko kekambuhan penyakit seperti makanan yang sehat, olahraga, menghindari rokok, menghindari kegemukan dan kontrol ulang .

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan program pemulangan dengan perawatan pasca stoke di rumah, hal ini dapat juga dilihat dari hasil temuan pengendalian faktor resiko yang dilakukan oleh klien. Pengontrolan tekanan darah (89,9%), memakan makanan rendah garam (87,8%), responden minum obat secara teratur (86%), memakan makanan rendah lemak (85,9%). Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Duduk *et al.*, (2007) didapatkan adanya pengaruh pemberian informasi dengan kepatuhan dalam pengontrolan tekanan darah dan modifikasi kebiasaan diet (penurunan asupan makanan asin)

Informasi sangat dibutuhkan oleh dewasa pasca stroke yang telah menjalani perawatan di rumah sakit untuk pemulihan mereka dan mencegah terjadinya kekambuhan. Menurut LeMone & Muke (1996) & Lumbantobing (2007) klien pasca stroke dengan faktor risiko yang dapat dimodifikasi dapat dibantu dalam merubah atau mengendalikan perilaku yang tidak sehat melalui pemberian informasi seperti: mengkonsumsi makanan rendah lemak, sayur dan buah yang cukup, melakukan kontrol tekanan darah, melakukan olahraga, melakukan kontrol gula darah, dan melakukan penghentian merokok.

Hal yang sama tentang perlunya informasi dalam mengontrol resiko dinyatakan oleh penelitian Lawrence *et al.*, (2009) bahwa intervensi melalui edukasi diketahui sebagai promosi kesehatan yang efektif dalam mengontrol faktor risiko yang dapat dimodifikasi pada klien stroke berulang. Wiles *et al.*, (1998) dalam penelitiannya menyatakan bahwa klien stroke dan keluarganya membutuhkan informasi tentang masalah penyakitnya dan prognosis, cara melakukan perawatan dan sumber daya yang ada di masyarakat.

Kebutuhan klien pasca stroke dan keluarga terhadap topik informasi yang diberikan pada saat di rumah sakit dan di rumah dapat berbeda-beda sesuai dengan masa pemulihan yang terjadi. Penelitian yang dilakukan di Selandia Baru menemukan bahwa 2 minggu setelah stroke pertanyaan yang paling sering diajukan oleh klien dan keluarga adalah tentang penyebab stroke (50%), sifat stroke (32%), hubungan stres dan stroke (23%), dan pemulihan (22%). Pada 6 bulan, pertanyaan terkait dengan risiko kekambuhan (19%), penyebab stroke (15%), yang sifat stroke (14%) dan pengobatan (12%). Dua tahun setelah stroke, memori yang buruk atau konsentrasi (32%), risiko kekambuhan (19%) dan masalah keseimbangan (19%), namun 14% masih memiliki pertanyaan tentang penyebab stroke.

Berdasarkan penelitian tersebut bahwa pemberian informasi tidak hanya dibutuhkan oleh klien pada saat akan pulang dari rumah sakit namun setelah di rumahpun klien dan keluarga masih membutuhkan pemberian informasi terkait dengan penyakit dan perawatannya. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Turner & Tyson (1999) bahwa 74% klien pasca stroke membutuhkan tetap dikunjungi di rumah oleh tenaga kesehatan.

6.1.10 Hubungan usia *aggregat* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Hasil penelitian tentang hubungan usia dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke, didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke dengan hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* < 0,05. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai OR = 4,986. Hal ini berarti bahwa dewasa menengah, memberikan pengaruh sebesar 5 kali dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik pada *aggregate* dewasa pasca stroke dibandingkan dengan dewasa muda.

Usia berhubungan dengan perkembangan klien, status kesehatan serta diidentifikasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kemampuan klien dalam menentukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kekuatan untuk merawat diri (Potter & Perry, 2007). Pada dewasa menengah menggunakan energi sesuai kemampuannya untuk menyesuaikan konsep diri dan citra tubuh terhadap realitas fisiologis dan perubahan pada penampilan fisik. Harga diri yang tinggi, citra tubuh yang bagus dan sikap positif terhadap perubahan fisiologis muncul jika dewasa menengah mengikuti latihan fisik, diet yang seimbang, tidur yang adekuat dan melakukan hygiene yang baik yang meningkatkan tubuh yang sehat (Potter & Perry, 2007).

Hasil penelitian Tandrawarsito (2003, dalam Minarti, 2006) menyatakan bahwa kelompok klien pasca stroke yang berusia kurang dari 45 tahun lebih dapat mandiri dibandingkan dengan kelompok usia diatas 45 tahun. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Cornell Medical Center New York (dalam Minarti, 2006) didapatkan bahwa kesembuhan (dalam arti masih dapat hidup mandiri) terbanyak pada usia 51-70 tahun, sedangkan diatas rentang usia tersebut (71-80 tahun) dan dibawahnya (40 sampai dengan 50 tahun) kesembuhan lebih sedikit.

Dewasa menengah merupakan kelompok usia yang mengekspresikan suatu minat dalam kesehatan dan peningkatan kesehatan tetapi juga berespon terhadap anjuran dalam memperbaiki kesehatan (Smeltzer & Bare, 2005). Berdasarkan teori yang dinyatakan oleh Potter & Perry (2007) dan Smeltzer & Bare (2005) dapat diasumsikan bahwa dengan peningkatan usia kemampuan seseorang akan meningkat dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah. Hal tersebut ditunjukkan dalam penelitian ini adanya kesesuaian dengan teori diatas dan penelitian sebelumnya dimana ada hubungan usia dengan perawatan pasca stroke di rumah dan didapatkan pada proporsi dewasa menengah

yang melakukan perawatan di rumah dengan baik lebih tinggi dibandingkan dewasa muda.

6.1.11 Hubungan jenis kelamin *aggregat* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Hasil penelitian tentang hubungan jenis kelamin dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke, didapatkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji statistik diperoleh nilai $p \text{ value} < 0,05$. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai $OR = 4,93$. Hal ini berarti bahwa perempuan, memberikan pengaruh sebesar 5 kali dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik pada *aggregate* dewasa pasca stroke dibandingkan dengan laki-laki.

Penelitian yang dilakukan oleh Zulfikri (2007) menyatakan bahwa bahwa lansia hipertensi dengan jenis kelamin perempuan, berpeluang menunjukkan perilaku yang sehat (*adaptif*) dalam mengontrol kesehatannya sebesar 3,667 kali dibandingkan dengan lansia hipertensi yang berjenis kelamin laki-laki. Penelitian lain yang berkaitan dengan jenis kelamin didapatkan bahwa pria ditemui tiga kali lebih sering tidak menemui dokter mereka secara teratur dibandingkan wanita Marquis (2000, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Namun hasil penelitian yang berbeda ditemukan oleh Dearborn & McCullough (2010) didapatkan bahwa wanita sering tidak mampu untuk mengidentifikasi faktor resiko stroke berkaitan dengan kondisi kesehatan mereka serta beberapa wanita tidak memahami tentang prevensi primer perilakunya.

Gender berkaitan dengan beberapa pola kesehatan dan sakit. Wanita biasanya lebih mudah mengekspresikan pengalamannya terhadap penyakit kronik yang terjadi dibandingkan dengan laki – laki (Muray, 2003). Wanita secara konsisten ditemukan memiliki lebih banyak informasi pendidikan kesehatan karena peran kesehatan mereka dalam keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Faktor jenis kelamin juga ikut

berperan dalam menentukan prognosis kekambuhan klien stroke dan perbaikan fungsional klien.

Peneliti sependapat dengan pernyataan yang dikemukakan diatas bahwa jenis kelamin akan mempengaruhi seseorang dalam pola kesehatan dan sakit, dan menurut peneliti bahwa perempuan disebagian besar keluarga merupakan sebagai pemberi asuhan kesehatan dan menjalankan peran yang besar dalam fungsi perawatan kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan sejalan dengan penelitian Marquis (2000) dan Zulfitri (2007) serta teori dimana pada penelitian ini ditemukan persentase laki-laki yang melakukan perawatan di rumah dengan baik lebih kecil dibandingkan dengan wanita, yaitu pada laki –laki 25,3 % sementara itu pada perempuan 94,3 %.

6.1.13 Hubungan tingkat pendidikan *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai *p value* < 0,05. Keeratan hubungan dapat diketahui dari nilai OR = 17,073 yang berarti bahwa tingkat pendidikan tinggi, memberikan pengaruh sebesar 17 kali dalam melakukan perawatan di rumah dengan baik pada *aggregate* dewasa pasca stroke dibandingkan dengan tingkat pendidikan rendah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Minarti (2006) didapatkan bahwa ada hubungan tingkat pendidikan dengan kemandirian klien pasca stroke, semakin tinggi tingkat pendidikan kemandirian klien semakin meningkat dan sebaliknya. Hal ini juga sejalan dengan pernyataan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi dapat sebagai indikator status sosial ekonomi yang tinggi (Duncan *et al.*, 2002) dan seseorang dengan kelompok status sosial baik sering lebih baik dalam melakukan perawatan (De Gaudemaris *et al.*, 2002). Penelitian lain berkaitan tingkat pendidikan dengan gaya hidup ditemukan oleh U.S DHHS 1996

(dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi angka merokok seperti terjadi penurunan angka merokok pada tingkat pendidikan yang tinggi, berlawanan dengan penggunaan tembakau pada penggunaan alkohol semakin tinggi pendidikan semakin cenderung penggunaan alkohol.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan penelitian Minarti (2006). Menurut peneliti bahwa tingkat pendidikan yang tinggi akan mempengaruhi terhadap kemampuan mereka dalam menerima dan mencari informasi-informasi khususnya mengenai kesehatan dan hal ini juga akan mempengaruhi perilaku mereka dalam kesehatan termasuk dalam perawatan diri akibat sakit yang dialaminya. Potter & Perry (2007) menyatakan bahwa kemampuan kognitif membentuk kemampuan berfikir seseorang, meliputi kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan sakit dan pengetahuan tentang sehat dan sakit serta praktik kesehatan seseorang. Populasi dengan tingkat pendidikan dan penghasilan rendah lebih sedikit dalam penggunaan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang tinggi US.DHSS (1989 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

6.1.14 Hubungan jenis pekerjaan dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan perawatan di rumah pada *aggregat* dewasa pasca stroke dengan hasil uji stasistik diperoleh nilai p value > 0,05.

Pekerjaan adalah semua yang dilakukan orang untuk menyibukkan diri, termasuk merawat diri mereka sendiri (*self care*), menikmati hidup (rekreasi), dan kontribusinya terhadap struktur sosial dan ekonomi dari mereka (Andersson, Tham & von Koch, 2008).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Minarti (2006) yaitu didapatkan bahwa pekerjaan tidak mempengaruhi kemandirian klien pasca stroke. Penelitian lain yang menyatakan hal yang sama oleh Zulfitri (2007) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara status pekerjaan dengan perilaku lansia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya.

Menurut Stanhope dan Lancaster (2004) status kesehatan dapat dipengaruhi oleh pendapatan, pendidikan dan pekerjaan. Berdasarkan hasil penelitian ini tidak terdapatnya hubungan antara pekerjaan dengan perawatan pasca stroke di rumah. Menurut peneliti bahwa pekerjaan akan berkaitan dengan status sosial ekonomi seseorang salah satunya adalah penghasilan. Pada penelitian ini didapatkan pekerjaan yang terbanyak adalah non PNS namun walaupun pekerjaan tidak PNS kemungkinan penghasilan mencukupi, sehingga dapat mempengaruhi dalam melakukan perawatan di rumah dan kemampuan untuk menggunakan pelayanan kesehatan dalam melakukan kontrol ulang.

6.1.15 Hubungan suku *aggregate* dewasa pasca stroke dengan perawatan di rumah

Hasil penelitian tentang hubungan suku dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke, didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan suku dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke dengan hasil uji statistik diperoleh nilai $P\ value > 0,05$.

Menurut Blais *et al.*, (2002) suku bangsa dapat mempengaruhi keyakinan klien mengenai sehat sakit, praktik sehat dan sakit, perilaku sehat dan harapan professional kesehatan. Hal yang sama dinyatakan oleh Potter & Perry (2007) bahwa latar belakang budaya seseorang akan mempengaruhi terhadap kepercayaan, nilai dan kebiasaan-kebiasaan. Hal tersebut dapat mempengaruhi terhadap sistem pelayanan kesehatan, praktek kesehatan seseorang dan bentuk hubungan perawat klien. Peneliti sependapat dengan pernyataan diatas, latar belakang budaya berkaitan

dengan kepercayaan, nilai dan kebiasaan dan praktik sehat. Salah satu hal tersebut adalah berkaitan dengan makan, bahwa suku dapat menentukan apa yang boleh dan tidak boleh dimakan, frekuensi makan, siapa boleh makan dengan siapa, jenis makanan, bagaimana mengolah dan menyajikan makanan. Kebudayaan mempunyai kekuatan yang sangat berpengaruh pada pemilihan makan yang akan dikonsumsi (Leininger, 1978 dan Gunawan 2002).

Suku Minang merupakan salah satu suku dengan kejadian stroke yang cukup besar baik stroke pertama kali maupun yang berulang. Kebiasaan makanan yang berlemak pada Suku Minang mempengaruhi mereka dalam pengendalian faktor resiko stroke sehingga resiko terjadinya stroke dan kekambuhan lebih besar dan ini juga mempengaruhi bagi klien pasca stroke dalam perawatan yang berada dilingkungan keluarga. Keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi gaya hidup atau perilaku sehat seseorang. Namun dalam penelitian ini peneliti menemukan tidak adanya hubungan suku dengan perawatan pasca stroke di rumah pada agregat dewasa. Hal ini dapat dipengaruhi perbedaan proporsi yang cukup jauh antara Suku Minang (77,1%) dan Non Minang (22,9%).

6.2 Keterbatasan Penelitian

- 6.2.1 Pada penelitian ini instrumen yang peneliti gunakan pada perawatan diri dalam bentuk kuesioner, hal ini karena keterbatasan peneliti dalam melakukan pengumpulan data dengan cara observasi. Pengukuran perawatan diri sebaiknya dilakukan secara observasi sehingga data yang didapatkan lebih akurat dan objektif (Lorets, 2005).
- 6.2.2 Perawatan pasca stroke di rumah tidak hanya dipengaruhi oleh variabel dalam penelitian ini, tetapi juga dipengaruhi oleh beberapa variabel lain yaitu pertumbuhan & perkembangan, pengalaman, faktor emosional, faktor spiritual, persepsi terhadap penyakit, praktik keluarga, status social ekonomi, sosial grup dan ketersediaan pelayanan

kesehatan. Akan tetapi karena keterbatasan peneliti maka penelitian ini hanya dilakukan pada beberapa variabel dan subnya. Namun penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar penelitian lebih lanjut dan intervensi keperawatan pada *aggregate* dewasa pasca stroke.

6.3 Implikasi Keperawatan

6.3.1 Pada pelayanan keperawatan

Penelitian ini menemukan bahwa perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke dipengaruhi oleh dukungan keluarga baik dukungan emosional, informasional, instrumental dan penghargaan. Perawat perlu melibatkan keluarga dalam pelayanan keperawatan yang diberikan. Keterlibatan keluarga melalui dukungan yang diberikan dalam perawatan stroke dapat dilakukan sejak di rumah sakit hingga klien pulang ke rumah.

Klien pasca stroke dapat mengalami beberapa perubahan akibat penyakit yang dialami yaitu emosi, fisik dan sosial. Perubahan emosional yang terjadi memberikan implikasi bahwa dukungan emosional diperlukan oleh klien. Dukungan emosional dapat dilakukan oleh keluarga antara lain dengan membantu klien dalam menyelesaikan masalah yang dialaminya, menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani anggota keluarga, memberikan perhatian terhadap keterbatasan atau kelemahan fisik yang dialami, dan mendengarkan keluhan yang dirasakan klien.

Klien pasca stroke dapat mengalami perubahan kognitif seperti kesulitan dalam mengingat informasi atau kejadian sebelumnya akibatnya proses pemberian informasi yang diberikan hendaklah memperhatikan kondisi klien, seperti bahasa yang mudah dipahami dan kalimat yang sederhana, ucapan dan artikulasi yang jelas, berikan kesempatan untuk bertanya, tanyakan kembali apakah klien sudah paham dengan informasi diberikan serta informasi yang diberikan

hendaknya sesuai kebutuhan klien dan perlunya kesabaran keluarga dalam memberikan informasi pada anggota keluarga.

Keterbatasan fisik yang terjadi pada klien pasca stoke menyebabkan perlu difasilitasi dalam melakukan aktivitas hal ini dapat dilakukan keluarga sebagai bentuk dukungan instrumental. Aktivitas tersebut meliputi membantu latihan fisik, makan, berjalan, mandi, berpakaian, berdandan, ke kamar kecil, berpindah tempat dan menaiki tangga. Klien perlu didukung dan dilatih agar mampu melakukan perawatan diri walaupun masih terbatas, menentukan bantuan yang diperlukan dan mengatur sesuai kemampuan klien.

Keterbatasan fisik atau kecacatan yang terjadi klien dapat merasa menjadi individu yang tidak berguna, merasa tidak dihargai dan menyebabkan berkurangnya interaksi sosial dengan keluarga dan lingkungannya. Keluarga dapat memberikan dukungan penghargaan untuk meningkatkan harga diri anggota keluarga dengan melibatkan dalam mengambil keputusan dalam keluarga, memberikan kesempatan untuk mengikuti kegiatan sosial dimasyarakat, mengikutsertakan dalam acara keluarga, melibatkan dalam pekerjaan sehari-hari di rumah.

Perawat perlu melakukan pemberdayaan pada keluarga dan meningkatkan fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan. Pemberdayaan keluarga yang dilakukan perawat dapat membantu klien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan agar dapat melakukan tindakan mandiri secara efektif. Intervensi perawat dalam memberdayakan keluarga meliputi (1) meningkatkan partisipasi aktif keluarga hal ini dapat dilakukan dengan melibatkan keluarga dalam membantu aktivitas sehari-hari klien sesuai dengan kemampuan klien, (2) meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, hal ini dapat dilakukan seperti dengan mengajarkan kepada keluarga cara melakukan latihan

fisik, cara melakukan modifikasi diet, (3) membantu keluarga mengembangkan dukungan yang positif kepada anggota keluarga, hal ini dapat dilakukan keluarga dengan melibatkan anggota keluarga dengan stroke dalam kegiatan atau aktivitas sesuai dengan kondisi klien, (4) mendorong keluarga untuk dapat mengambil keputusan dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit .

Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa program pemulangan berhubungan dengan perawatan pasca stroke di rumah. Hal ini memberikan implikasi bahwa kontinuitas perawatan di rumah memerlukan adanya koordinasi yang jelas antara pelayanan keperawatan di rumah sakit dengan pelayanan keperawatan di komunitas sehingga diperlukan standar yang jelas untuk penerapannya. Perawat di rumah sakit perlu mempersiapkan klien pulang dan melakukan kerjasama dengan perawat komunitas terkait dengan pelayanan keperawatan di rumah yang perlu dilanjutkan melalui dokumentasi klien yang sistematis.

Hasil analisis penelitian ini menunjukkan informasi mengenai pengendalian faktor resiko kekambuhan stroke yang meliputi menghentikan merokok, diet yang sehat, mengurangi kegemukan, kontrol ulang dan minum obat secara teratur merupakan informasi yang paling banyak diberikan oleh perawat pada klien yang akan pulang. Informasi mengenai faktor resiko kekambuhan stroke dapat dijadikan sebagai acuan bagi klien dan keluarga dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah atau ditatanan komunitas, karena terjadinya kekambuhan atau stroke berulang sering diakibatkan oleh kurangnya pengendalian faktor resiko stroke. Bentuk pemberian informasi dalam pengendalian faktor resiko yang dilakukan dapat dilakukan oleh perawat dengan berbagai teknik dan cara yang aplikatif seperti bagaimana cara melakukan modifikasi diet, mengajarkan cara untuk menghentikan merokok

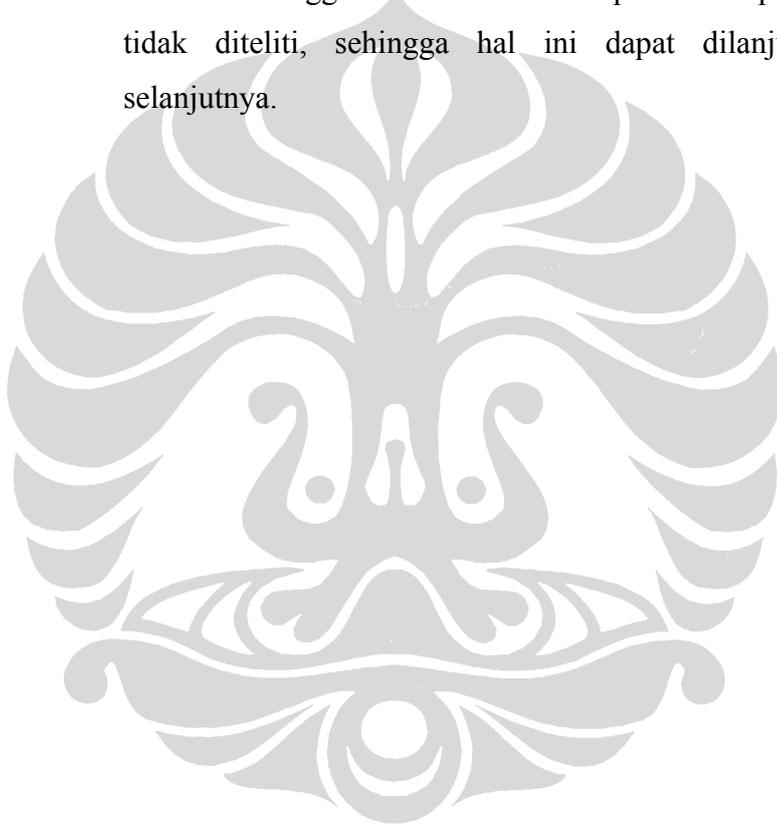
Hasil analisis temuan penelitian juga didapatkan ada beberapa kegiatan yang masih kurang dilakukan seperti menanyakan lingkungan di rumah, melatih keterampilan dalam menggunakan alat bantu berjalan. Dengan demikian program pemulangan harus dilakukan secara terencana dan sistematis dan memberikan semua informasi yang dibutuhkan oleh klien dan keluarga pasca stroke pada saat akan pulang. Program pemulangan ini juga dapat dikembangkan sebagai model sehingga pelayanan keperawatan dapat meningkat.

Adanya hubungan program pemulangan dengan perawatan di rumah pada *aggregate* pasca stroke memberikan wawasan kepada perawat komunitas, bahwa kontribusi perawat dalam memberikan perawatan untuk kelanjutan perawatan di rumah cukup besar. Perawat komunitas dapat memberikan kontribusinya dalam perawatan lanjutan di rumah melalui upaya tiga level pencegahan. Pada level pencegahan primer dapat dilakukan dengan pemberian informasi tentang pencegahan stroke berulang, membentuk peer edukasi, mengajarkan manajemen stress. Pada level pencegahan sekunder perawat komunitas dapat melakukan mengendalikan perkembangan penyakit dan pada pencegahan tersier dapat dilakukan melalui rehabilitasi fisik.

6.3.2 Perkembangan ilmu keperawatan

Penelitian ini menemukan bahwa perawatan pasca stroke di rumah berhubungan dengan dukungan keluarga, program pemulangan, usia, jenis kelamin dan pendidikan *aggregate* dewasa pasca stroke, namun apakah variabel lain seperti pengalaman, persepsi terhadap penyakit dapat mempengaruhi perawatan rumah belum diketahui. Oleh karena itu penelitian ini dapat dilanjutkan untuk meneliti variabel lain yang mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah untuk mengembangkan praktik keperawatan.

Hasil penelitian menemukan bahwa dukungan instrumental merupakan faktor yang paling dominan dalam perawatan pasca stroke di rumah. Penelitian ini dapat menjadi acuan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian dalam desain lain seperti bagaimana pengaruh bantuan latihan fisik oleh keluarga terhadap kemandirian dalam perawatan diri di rumah pada klien pasca stroke. Penelitian juga menemukan adanya hubungan program pemulangan dengan perawatan pasca stroke di rumah, namun kapan waktu yang efektif dalam pemberian informasi tersebut sehingga bermanfaat dalam perawatan pasca stroke di rumah tidak diteliti, sehingga hal ini dapat dilanjutkan oleh peneliti selanjutnya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini dibahas mengenai kesimpulan dari penelitian dan saran untuk selanjutnya.

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Hasil penelitian tentang distribusi dukungan keluarga pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi yang meliputi dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan didapatkan semua dukungan adalah baik. Hal ini karena keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi *aggregate* dewasa pasca stroke.

7.1.2 Hasil penelitian tentang program pemulangan dari rumah sakit pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi didapatkan mayoritas program pemulangan dari rumah sakit dilakukan dengan baik. Pencegahan terjadinya kekambuhan dapat dilakukan dengan memberikan informasi yang adekuat tentang pengendalian faktor resiko.

7.1.3 Hasil penelitian tentang distribusi karakteristik *aggregate* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi didapatkan mayoritas adalah dewasa menengah, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan mayoritas adalah tinggi, status pekerjaan terbanyak adalah PNS dan mayoritas suku adalah minang.

7.1.4 Hasil penelitian tentang perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke, didapatkan data bahwa hampir sama, dimana *aggregate* dewasa pasca stroke yang melakukan perawatan di rumah dengan baik sedikit lebih banyak daripada *aggregate* dewasa pasca stroke yang melakukan perawatan di rumah kurang.

7.1.5 Hasil uji statistik untuk masing-masing dukungan keluarga, didapatkan bahwa dukungan emosional keluarga, dukungan informasional keluarga, dukungan instrumental keluarga dan dukungan penghargaan keluarga mempunyai hubungan yang bermakna dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi. Hal ini karena keluarga merasa sangat perlu terlibat dalam perawatan pasca stroke dengan memberikan dukungan pada *agregate* dewasa pasca stroke.

7.1.6 Hasil uji stasistik pada program pemulangan dari rumah sakit, didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna program pemulangan dari rumah sakit dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi. Informasi dari rumah sakit merupakan kebutuhan yang diperlukan klien dalam perawatan di rumah.

7.1.7 Hasil uji stasistik pada masing – masing karakteristik *agregat* dewasa pasca stroke khususnya usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan, didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi.

7.1.8 Hasil uji stasistik pada masing–masing karakteristik *agregat* dewasa pasca stroke khususnya pekerjaan dan suku, didapatkan bahwa ada tidak hubungan yang bermakna pekerjaan dan suku dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi.

7.1.9 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan perawatan di rumah pada *agregat* dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi adalah dukungan instrumental. Klien pasca stroke dapat mengalami keterbatasan fisik, sehingga aktivitas sehari membutuhkan bantuan keluarga.

7.2 Saran

7.2.1 Ditujukan Pada Penentu Kebijakan Kesehatan

Diharapkan kepada dinas kesehatan untuk menyusun atau menentukan sistem pelayanan keperawatan berkelanjutan khususnya bagi klien yang dipulangkan dari rumah sakit ke komunitas atau ke rumah. Sistem pelayanan keperawatan bagi klien yang di pulangkan untuk perawatan lanjutan di rumah harus terkoordinasi dengan baik sehingga akan memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga terhadap pelayanan yang diberikan .

7.2.2 Ditujukan Pada Instansi Pelayanan Keperawatan

7.2.2.1 Kepala bidang keperawatan perlu menyusun dan menetapkan standar operasional prosedur (SOP) untuk program pemulangan dari rumah sakit pada klien stroke dan mengembangkan model program pemulangan dari rumah sakit pada klien stroke sehingga pelayanan keperawatan dapat meningkat.

7.2.2.2 Perawat pelaksana di rumah sakit perlu melakukan program pemulangan yang terencana, sistematis dan memberikan informasi yang dibutuhkan klien berkaitan dengan perawatan pasca stroke di rumah seperti pengendalian faktor resiko kekambuhan, latihan-latihan fisik, kepada klien dan keluarga sehingga mereka dapat melanjutkan perawatan di rumah.

7.2.2.3 Perawat komunitas perlu meningkatkan perannya seperti peran edukasi dengan melakukan promosi kesehatan melalui kegiatan pembentukan *peer edukasi*, *support group* dan prevensi tentang pengontrolan faktor resiko pada keluarga, peran konselor pada keluarga dan klien pasca stroke dan juga koordinasi dengan perawat rumah sakit dalam perawatan lanjutan di rumah.

7.2.3 Ditujukan kepada keluarga dan klien pasca stroke

Keluarga disarankan untuk meningkatkan dukungan dalam melakukan fungsi perawatan kesehatan di rumah pada anggota keluarga dengan stroke melalui memberikan perhatian terhadap aspek emosional, fisik dan sosial .

7.2.4 Ditujukan kepada klien pasca stroke

Klien disarankan untuk mengikuti dan melakukan perawatan di rumah sesuai dengan informasi yang sudah diberikan oleh perawat pada saat akan pulang, serta klien hendaknya memiliki motivasi yang tinggi dalam perawatan di rumah.

7.2.5 Ditujukan Pada Penelitian Keperawatan

7.2.5.1 Perlu melakukan penelitian lanjutan dalam bentuk desain penelitian lain seperti kuasi eksperimen untuk mengetahui pengaruh dukungan instrumental keluarga terhadap perawatan pasca stroke di rumah.

7.2.5.2 Peneliti selanjutnya dapat meneliti efektifitas waktu pemberian informasi pada program pemulangan dengan perawatan di rumah atau kepatuhan dalam pengontrolan factor resiko stroke.

7.2.5.3 Peneliti selanjutnya dapat meneliti variabel-variabel lain yang mempengaruhi perawatan pasca stroke di rumah seperti pengalaman, persepsi terhadap penyakit, ketersediaan pelayanan kesehatan dan praktik keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Priambodo & Soemantri. (2009). *Kebutuhan perawatan pasca stroke dirumah*. <http://pustaka.unpad.ac.id>, diakses tanggal 10 Februari 2011.
- Alina. (2010). *Sef care post stroke*. <http://www.allina.com/>, diakses tanggal 26 Januari, 2011.
- Allender, J.A., & Spradley, B.W. (2004). *Community health nursing: Concept and practice* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Almborg, A.H., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2008). *Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives' Perceptions of Participation*. <http://www.cinahl.com> , diakses tanggal 25 Januari, 2011.
- Basford, L., & Slevin. (1996). *Theory and practice of nursing : an integrated approach to patient care*. Alih bahasa : Waluyo, A., dkk. Jakarta: EGC.
- Beg et al., (2002). <http://www.sign.ac.uk/pdf/> , diakses tanggal 26 Januari 2011.
- Blais, K.K et al., (2002). *Profesional nursing practice : Concepts and Perspectives*(4th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Bhokal et al., (2003). *Community Reintegration After Stroke*. <http://www.accessmylibrary.com/iframead/display.aspx>, diakses tanggal 23 Juni 2011
- Boomar, P.J. (2004). *Promoting health in families applying family research & theory to nursing practice*. Welmington: Saunders.
- Budiarto, E. (2002). *Biostatistika untuk kedokteran & kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Bustan, M.N. (2007). *Epidemiologi penyakit tidak menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Christensen, P.J., & Kenney, J.W. (1995). *Nursing process : Application of conceptual models* (4th ed). Alih bahasa: Yuningsih,Y., & Asih.Y., Jakarta: EGC.
- Dearborn , J. L., & McCullough, L. D. (2010). *Perception of risk and knowledge of risk factors in women at high risk for stroke*. <http://www.cinahl.com/>, diakses tanggal 2 Januari, 2011.

- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2002). *Riset Keperawatan : buku ajar & latihan*. Jakarta: EGC.
- Denby, F., & Harvey, R.L. (2003). *An educational intervention for stroke rehabilitation patients and their families: healthy living after stroke*. <http://www.cinahl.com/>, diakses tanggal 10 Juni, 2011.
- Depkes RI. (2008). *Pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular*. Jakarta.
- Duduk et al., (2007). *A quasi experimental study on community-based stroke prevention programme with clients minor stroke*. <http://www.cinahl.com/>, diakses tanggal 2 Januari, 2011.
- Edelman & Mandle. (2006). *Health promotion life through the live span*. St Louis: Mosby.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones., E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory, & practice* (6th ed.). Connecticut: Appleton & Lange
- Fitzpatrick, M., & Dawber, S. (2008). *Best practice in management of stroke: Effective transfer of care from hospital to community*. <http://www.cinahl.com>, diakses tanggal 17 Januari, 2011.
- Gordon, N.F. (2000). *Stroke Panduan Dan Latihan*. Jakarta : PT Grafindo.
- Guzman, D.A. (2010). *Combination of 4 health behaviours was associated with increasing risk of stroke*. <http://www.cinahl.com>, diakses tanggal 9 Januari, 2011
- Hadinoto, S., Setiawan., & Soetedjo. (1992). *Stroke pengelolaan mutakhir*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisa data*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Hudak, M.C., & Gallo, B.M. (2005). *Critical care nursing, a holistic approach* (4th ed.). Philadelphia: Lippincontt Williams & Wilkins.
- Hariyati, R.T.S., Afifah, E., & Handayani, H. (2010). *Developing prototype model of discharge planning with CD learning media in Indonesia*. <http://www.academicjournals.org/sre/PDF/>, diperoleh tanggal 5 Januari, 2011

- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2010). *Medical surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed.). St. Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2006). *Medical surgical nursing: critical thinking for collaborative care* (5th ed.). St. Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Junaidi, I. (2004). *Panduan Praktis Stroke*. Jakarta : EGC
- Kaakinen et al., (2010). *Family Health Care Nursing ; Theory, practice and research* (4th ed.). Philadelphia: Davis Company.
- Kelly-Hayes et al., (2003). <http://www.entrepreneur.com/> , diakses tanggal 2 Januari, 2011
- Lawrence, M. et al., (2009). *A summary of the guidance relating to four lifestyle risk factors for recurrent stroke*. [http:// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), diakses tanggal 25 Desember, 2010.
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing critical thinking in client care* (4th ed). Canada: Pearson Education, Inc.
- Lindsay P. et al., (2008). *Pencegahan stroke; Manajemen tekanan darah*. <http://www.guideline.gov/content>, diakses tanggal 23 Februari, 2011
- Loretz, L. (2005). *Primary care: Tools for clinicians, A compendium of forms, questionnaires, and rating scales for everyday practice*. Missouri : Mosby.
- Lumbantobing, S.M. (2007). *Stroke bencana peredaran darah otak*. Jakarta : Fakultas Kedokteran UI.
- Mahoney & Maryland. (2005). *Indeks Barthel*. <http://www.racgp.org.au/>, diakses tanggal 10 Februari, 2011 .
- Mark J. Yaffe., & Barry J. Jacobs. (2008). *Education about family caregiving*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>, diakses tanggal 4 Juni 2011.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D.T., & Winner, S. (2001). *Family support for stroke*. <http://www.cinahl.com> , diakses tanggal 2 Februari, 2011
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita Selecta Kedokteran*. Edisi III. Jakarta: Media Aesculapius
- Maurer, F.A., & Smith, C.M. (1995). *Community public health nursing practice: Health for families and population* (3th ed). Baltimore: Elsevier Saunders.

- McMannus, J.A., & McAlpine, C. (2009). *Does behaviour modification affect post-stroke risk factor control? Three-year follow-up of a randomized controlled trial*. [http:// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), diakses tanggal 5 Januari, 2011
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness: a socioecological approach*. Australia: Harcourt, Mosby.
- McKenzie, J.F., Pinger, R.R., & Kotecki, J.E. (2005) . *An introduction to community health* (5th ed). Canada: Jones & Bartlett.
- Miller, E.T. (2007). *Transient Ischemic Attack and Stroke in Older Adults; Implementing Evidence-Based Interventions*. [http// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), diakses tanggal 25 Desember, 2010
- Minarti. (2007). *Pengaruh pemberdayaan klien dan keluarga dalam melakukan rehabilitasi fisik terhadap kemandirian klien pasca stroke di Kota Surabaya*. Tesis. Jakarta : tidak dipublikasikan.
- Mulyasih, E. (2007). *Stroke petunjuk praktis bagi pengasuh dan keluarga pasca stroke*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Mulyasih, E, & Ahmad. A. (2008). *Stroke : Petunjuk perawatan pasien pasca stroke di rumah* . Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Mujiyono (2008). *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kekambuhan Pasien Psikosis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Tesis. Surabaya; tidak dipublikasikan.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. St.Louis: Mosby.
- Owan. (2000). *Self Care*. <http://www.answers.com>, diakses tanggal 10 Februari, 2011 .
- Oyserman et al., (2001). *Family support for stroke*. [http// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), diakses tanggal 2 Februari, 2011.
- Pender, N.J., Parsons., & Murdaugh. (2002). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed). Stamford: Appleton & Lange.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research : Methods, apraisal, and utilization*. Phladelphia: Lippincont.
- Polit, D.F. Hungler B,P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods* (4th ed). Philadelphia : Lippincont..
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing : concepts, process and practice* (4th ed). Alih bahasa : Yasmin, A., dkk. Jakarta: EGC.

- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2007). *Basic nursing : Essentials for practice* (4th ed). St.Louis: Mosby.
- Rasyid, A., & Soertidewi, L. (2007). *Unit stroke: Manajemen stroke secara komprehensif*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rodgers,.E., Bond, S., & Curless, R. (2001). *Inadequacies in the provision of information to stroke patients*. [http// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com). Diakses tanggal 8 Juni 2011.
- Rumijati, T. (2007). *Hubungan faktor individu, dukungan keluarga dan ketersediaan fasilitas kesehatan dengan kepatuhan lansia dalam menjalani perawatan DM di Kecamatan Rawasari Kota Bandung*. Tesis. Jakarta: tidak dipublikasikan.
- Sabri, L., & Hastono, S.P. (2009). *Stasistik kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Simon C, Kumar S & Kendrick T (2008). *Formal support of stroke survivors and their informal carers in the community:a cohort study*. [http// www.cinahl.com](http://www.cinahl.com), diakses tanggal 2 Juni 2011.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G.(2005). *Brunner & Suddarth's: Textbook of Medical – Surgical Nursing* (4th ed). Philadelphia: Lippincontt.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2002). *Foundation of community health nursing: community oriented practice*. St. Louis: Mosby, Inc
- Stanhope, M., & Lancaster, J.(2004). *Community & public health nursing* (6th ed). St. Louis : Mosby Inc.
- Siswanto & Yuliaji. (2005). *Beberapa faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke berulang*. <http://eprints.undip.ac.id/4942/>, diakses tanggal 1 Januari, 2011.
- Sudaryani. (2008). *Pengaruh pendidikan kesehatan persiapan pasien pulang terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan di RSUD Madiun*. Tesis. Jakarta: tidak dipublikasikan.
- Sugiono.(2006). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulistiyowati, M & Hargono, A. (2010). *Model informasi kesehatan pada deteksi dini kasus stroke*. <http://penelitian.unair.ac.id/> ,diakses tanggal 5 Juni 2011.

Susan, C.KY., Wong, F.KY., & Poon, C. (2007). *Support to care giver stroke*.

<http://www.managedcaremag.com>, diperoleh tanggal 18 November, 2010.

Tommev., & Alligood. (2006). *Nursing theorists and their work*. Missosouri: Mosby.

Taylor., Lilis.& Le Mone. (1989). *Fundamentals of Nursing- The Art and Science of Nursing Care*. JB. Lippincont Company : Philadelphia

Yetty Hilda. (2007). *Hubungan karakteristik lansia, dukungan keluarga dan Hasil Pendidikan Kesehatan dengan kepatuhan dalam diit hipertensi di Kelurahan Paseban*. Tesis. Jakarta: tidak dipublikasikan.

Zulftrii. (2007). *Hubungan karakteristik lansia, dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya, kondisi keluarga di Wilayah Puskesmas Melur Kota Pekanbaru*. Tesis. Jakarta: tidak dipublikasikan.



Lampiran 1

Kisi – Kisi Instrumen Penelitian

Kuesioner A

Variabel	Sub Variabel	No Item Pertanyaan
Karakteristik/Demografi	Usia	1
	Jenis kelamin	2
	Pendidikan	3
	Pekerjaan	4
	Suku	5

Kuesioner B

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No Item Pernyataan
Dukungan keluarga		Ekpresi wajah menyenangkan	1 (+)
		Mebiarkan dalam menghadapi masalah	2 (-)
		Menanyakan keluhan	3 (+)
		Mendengarkan keluhan	4 (+)
		Memotivasi dalam mengontrol BB	5(+)
		Mendorong untuk terbuka	6 (+)
		Mendampingi dalam kontrol ulang	7(+)
		Memotivasi untuk optimis	8(+)
		Mendorong kegiatan keagamaan atau social	9 (+)
	Dukungan informasional	Mengetahui makanan yang sesuai diet	10(+)
		Mengingatkan untuk olahraga	11(+)
		Menyarankan pemeriksaan kesehatan	12(+)
		Mengingatkan kembali tentang kontrol tekanan darah	13 (+)
		Menganjurkan menjaga kesehatan	14 (+)
		Menganjurkan makan sesuai diet	15(+)

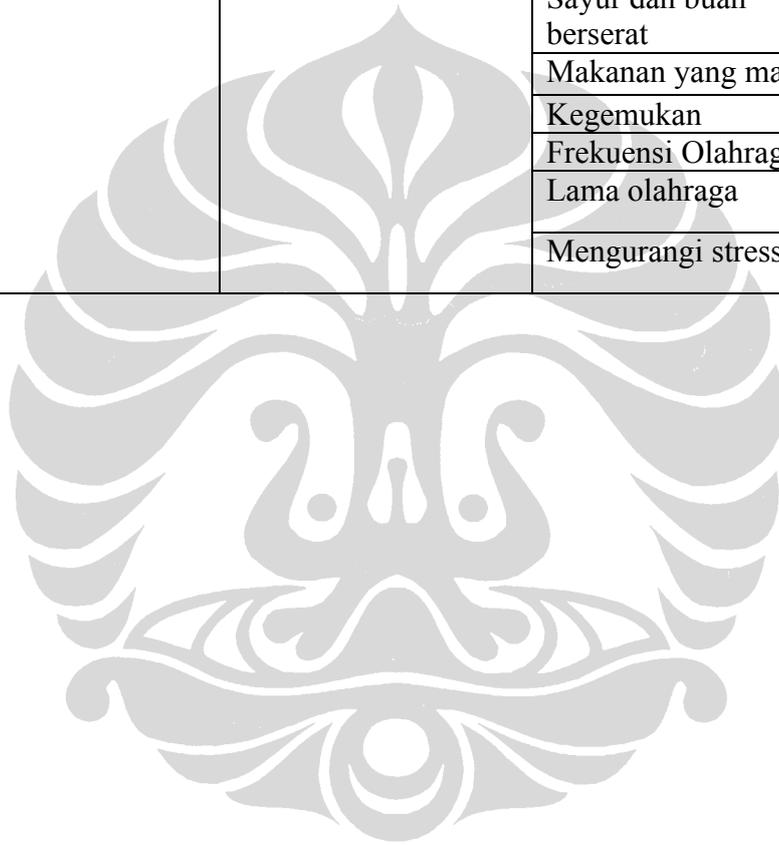
Variabel		Menganjurkan makan obat	16(+)
		Memotivasi mengendalikan emosi	17(+)
		Mengingatkan kembali untuk melakukan pergerakan tubuh	18(+)
	Dukungan Instrumental	Membantu kebersihan diri	19(+)
		Membantu kebutuhan buang air kecil	20(+)
		Membantu kebutuhan buang air besar	21(+)
		Membantu dalam penggunaan kamar mandi	22(+)
		Membantu berjalan	23(+)
		Memberikan ketenangan dan kenyamanan	24(+)
		Mempersiapkan dana untuk pengobatan	25(+)
		Membantu latihan fisik	26(+)
		Memperhatikan lingkungan rumah	27 (+)
	Dukungan Penghargaan	Membiarkan makanan yang tidak dihabiskan	28(-)
		Melibatkan dalam musyawarah	29 (+)
		Mempertimbangkan saran	30 (+)
		Melibatkan pada acara keluarga	31 (+)
		Membimbing pada aspek sritual	32 (+)
		Menghormati	33(+)
		Membantu dalam menyelesaikan masalah	34 (+)
		Menghargai keinginan	35 (+)
		Membantu kesulitan	36(+)

Kuesioner C

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No Item Pernyataan
Program Pemulangan dari RS	Tahap persiapan	Siapa yang merawat dirumah	1
		Kondisi lingkungan rumah	2
		Situasi yang memicu stress	3
		Larangan atau pantangan perawatan penyakit	4
		Pelayanan kesehatan yang dapat digunakan	5
	Tahap pelaksanaan	Penyuluhan tentang stroke	6
		Penyuluhan tentang obat	7
		Penyuluhan tentang perawatan diri	8
		Penyuluhan tentang faktor resiko stroke	9
		Latihan pergerakan tubuh	10
		Latihan berpindah tempat	11
		Latihan menggunakan alat bantu	12
		Kesempatan memperagakan kembali	13
		Pemberian catatan tertulis tentang obat	14
		Pemberian catatan tertulis tentang kontrol pengobatan	15
		Pemberian catatan tertulis tentang makanan/ diet	16
		Tahap akhir (setelah pelaksanaan)	Pemahaman tentang penjelasan
	Kesempatan untuk bertanya		18
	Menggali perasaan akan pulang		19

Kuesioner D

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No Item Pernyataan
Perawatan dirumah pasca stroke	Pengontrolan faktor resiko	Kontrol TD	1(+)
		Kontrol kolesterol	2(+)
		Kontrol jantung	3(+)
		Kontrol BB	4(+)
		Minum obat	5(-)
		Makanan rendah lemak	6(+)
		Makanan rendah garam	7(+)
		Sayur dan buah berserat	8(+)
		Makanan yang manis	9(+)
		Kegemukan	10(+)
		Frekuensi Olahraga	11(+)
		Lama olahraga	12(+)
		Mengurangi stress	13(+)



KUESIONER PENELITIAN

Petunjuk pengisian :

1. Pada kuesioner bagian A (demografi) jawablah dengan memberi tanda ceklist (√) pada kolom yang disediakan atau menngisi pada bagian yang dikosongkan (.....)
2. Pada kuesioner bagian B, C dan D jawablah dengan memberi tanda ceklist (√) pada kolom yang disediakan
3. Jika ingin memperbaiki jawaban maka berilah dua garis lurus (=) pada jawaban sebelumnya, dan contrenghlah kembali.

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Kode Responden :
2. Usia responden :tahun
3. Jenis kelamin : Laki – laki, Perempuan
4. Pendidikan terakhir : Tidak sekolah SD SMP
 SMA Akademi Perguruan tinggi
5. Pekerjaan : Tidak bekerja PNS Pedagang
 Petani dan lainnya
6. Suku : Minang Batak Jawa dll

B. Kuesioner Dukungan keluarga (diisi oleh responden)

Keterangan

Selalu : Jika bapak/ibu setiap kali melakukan sesuai dengan isi pernyataan

Sering : Jika bapak/ibu ada setiap kali melakukan namun pernah satu kali tidak melakukan isi pernyataan

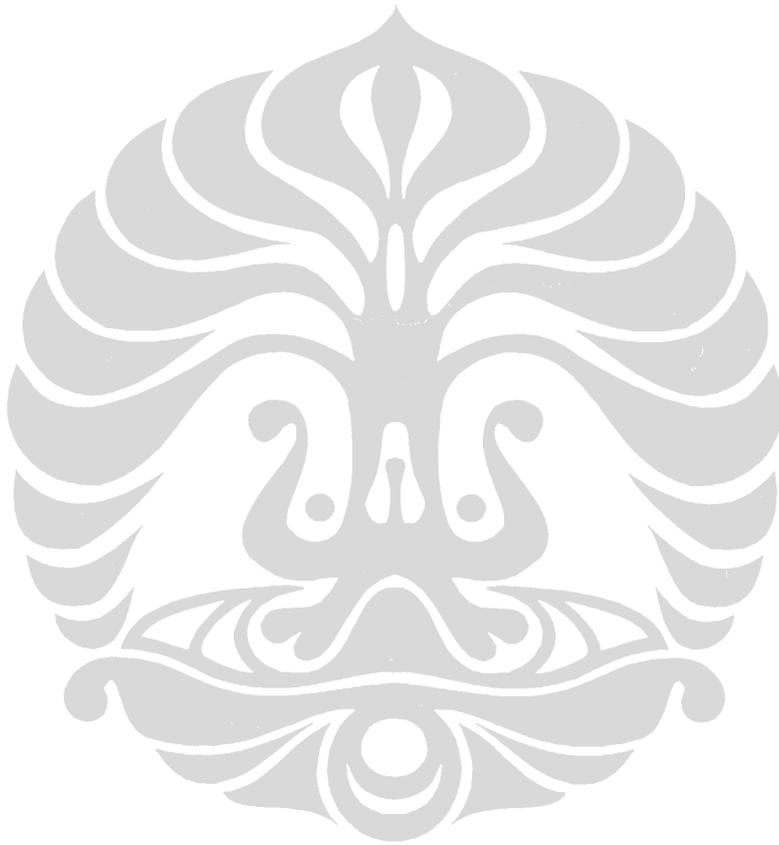
Kadang : Jika bapak/ibu lebih banyak tidak melakukan isi pernyataan dibandingkan melakukannya

Tidak pernah: Jika bapak/ibu sama sekali tidak pernah melakukan

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang	Tidak pernah
1.	Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu atau melayani bapak/ibu				
2.	Keluarga membiarkan bapak/ibu sendiri saat menghadapi masalah				
3.	Keluarga menanyakan keluhan yang bapak/ibu rasakan				
4.	Keluarga mendengarkan keluhan yang bapak/ibu rasakan				
5.	Keluarga memotivasi bapak/ibu untuk mengontrol atau memperhatikan berat badan agar tidak gemuk				
6.	Keluarga mendorong bapak/ibu untuk terbuka jika menghadapi masalah				
7.	Keluarga mendampingi bapak/ibu dalam melakukan kontrol ulang				
8.	Keluarga mendorong saya untuk tetap optimis dalam menjalani kehidupan				
9.	Keluarga mendorong saya untuk melakukan kegiatan – kegiatan sosial atau keagamaan				
10.	Keluarga mengetahui tentang makanan pantangan bapak/ibu				
11.	Keluarga mengingatkan kembali bapak/ibu tentang pentingnya berolahraga setiap hari				
12.	Keluarga menyarankan melakukan pemeriksaan kesehatan bapak/ibu sesuai jadwal				
13.	Keluarga mengingatkan kembali untuk melakukan kontrol tekanan darah secara teratur				

14.	Keluarga menganjurkan bapak/ibu untuk menjaga atau mengontrol kesehatan				
15.	Keluarga menganjurkan kepada bapak/ibu untuk memakan makanan yang sesuai dengan anujran dari rumah sakit				
16.	Keluarga menganjurkan bapak.ibu pentingnya makan obat secara teratur				
17.	Keluarga menganjurkan bapak/ibu untuk tidak mudah emosi atau mudah marah				
18.	Keluarga mengingatkan kembali bapak/ibu untuk melakukan pergerakan tubuh sesuai kemampuan secara rutin				
19.	Keluarga membantu atau memperhatikan bapak/ibu dalam kebersihan diri seperti: mandi, berpakaian dan berdandan				
20.	Keluarga membantu atau memperhatikan bapak/ibu dalam kebutuhan buang air kecil				
21.	Keluarga membantu atau memperhatikan bapak/ibu dalam kebutuhan buang air besar				
22.	Keluarga membantu atau memperhatikan bapak/ibu ke kamar mandi jika tidak mampu				
23.	Keluarga membantu bapak/ibu dalam berjalan jika tidak mampu				
24.	Keluarga memberikan ketenangan di rumah sehingga bapak/ibu dapat istirahat				
25.	Keluarga mempersiapkan dana khusus untuk biaya berobat atau pemeriksaan kesehatan bapak/ibu				
26.	Keluarga membantu bapak/ibu dalam melakukan latihan – latihan pergerakan tubuh sesuai kondisi fisik bapak.ibu				
27.	Keluarga memperhatikan lingkungan rumah untuk menghindari bapak/ibu jatuh				
28.	Keluarga membiarkan bapak/ibu jika tidak menghabiskan makanan yang dimakan				
29.	Keluarga melibatkan bapak/ibu dalam musyawarah keluarga				
30.	Keluarga mempertimbangkan saran yang bapak/ibu berikan				
31.	Keluarga melibatkan bapak/ibu dalam acara keluarga				
32.	Keluarga memberikan bimbingan untuk mendekatkan diri kepada Tuhan YME				
33.	Keluarga masih menghormati bapak/ibu walaupun tidak dapat bekerja lagi atau mengalami keterbatasan				

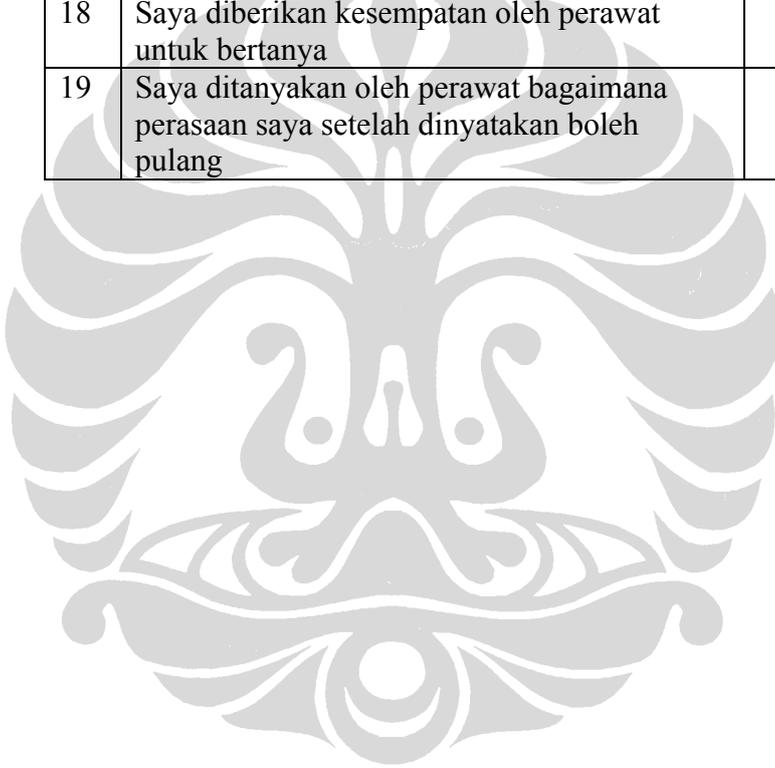
34.	Keluarga membantu bapak//ibu dalam menyelesaikan masalah yang terjadi				
35.	Keluarga menghargai keinginan serta harapan bapak/ibu				
36.	Keluarga membantu bapak//ibu dalam kesulitan yang terjadi				



C.Kuesioner Program Pemulangan (di isi oleh responden)

No	Pernyataan	Ya	Tidak
A. Tahap persiapan			
Saya sebelum pulang dari rumah sakit :			
1.	Perawat menanyakan siapa nanti yang akan merawat saya di rumah		
2.	Ditanyakan oleh perawat tentang kondisi lingkungan rumah serta alat – alat yang dimiliki untuk perawatan dirumah		
3.	Ditanyai oleh perawat tentang situasi yang dapat membuat saya stress atau kesal		
4.	Ditanyai oleh perawat tentang larangan atau pantangan berkaitan dengan perawatan penyakit saya seperti : merokok, makanan berlemak, makanan rendah garam		
5.	Diberikan penjelasan oleh perawat pelayanan kesehatan yang dapat saya gunakan dalam pemeriksaan kesehatan atau dalam melakukan kontrol ulang.		
B. Tahap pelaksanaan pulang			
Saya pada saat akan pulang dari rumah sakit :			
6	Diberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit stroke		
7.	Diberikan penyuluhan kesehatan tentang obat-obatan di rumah		
8.	Diberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan diri di rumah seperti : makan dan minum, kebersihan diri, latihan fisik dan cara berpindah tempat.		
9	Diberikan penyuluhan kesehatan tentang pengontrolan faktor resiko kekambuhan stroke seperti : makanan yang sehat , olahraga, menghindari rokok ,menghindari kegemukan dan kontrol ulang		
10.	Diajarkan oleh perawat cara melakukan latihan fisik atau latihan pergerakan sendi seperti : latihan pergerakan tangan, bahu dan kaki .		
11.	Diajarkan oleh perawat cara melakukan berpindah tempat, seperti : cara berpindah dari tempat tidur kekursi roda atau sebaliknya.		
12.	Diajarkankan oleh perawat cara menggunakan alat bantu berjalan, seperti :		

	latihan menggunakan tongkat.		
13.	Diberikan kesempatan untuk memperagakan kembali latihan yang telah diajarkan perawat		
14.	Diberikan oleh perawat catatan tertulis berkaitan dengan obat – obatan yang diberikan untuk di rumah.		
15	Diberikan oleh perawat catatan tertulis tentang kontrol ulang		
16	Diberikan oleh perawat catatan tertulis tentang daftar makanan		
C. Tahap akhir (setelah pelaksanaan)			
17	Saya ditanyakan oleh perawat apakah sudah mengetahui apa yang harus dilakukan untuk perawatan di rumah		
18	Saya diberikan kesempatan oleh perawat untuk bertanya		
19	Saya ditanyakan oleh perawat bagaimana perasaan saya setelah dinyatakan boleh pulang		



D.Kuesioner Perawatan Pasca Stroke (diisi responden)

1. Kuesioner perawatan diri dengan menggunakan Indeks Barthel

Petunjuk : Isilah skor sesuai dengan kemampuan yang dilakukan

Kode : _____ Tanggal : / / :	
Aktivitas	Skor
Makan 0 = tidak mampu sendiri 5 = membutuhkan bantuan seperti memotong roti, menyebarkan mentega. 10 = mampu melakukan sendiri	
Mandi 0 = tidak mampu melakukan sendiri 5 = mampu melakukan sendiri	
Dandan 0 = perlu bantuan dalam perawatan diri 5 = Mampu melakukan sendiri perawatan wajah, rambut, gigi, rambut	
Berpakaian 0 = tidak mampu melakukan sendiri 5 = dapat melakukan sendiri, kadang butuh bantuan 10 = mampu melakukan sendiri (termasuk memasang kancing, tali)	
Usus (Buang Air Besar) 0 = tidak dapat buang air besar (atau perlu diberikan larutan air sabun) 5 = sesekali terganggu 10 = tidak terganggu (lancar))	
Kandung kemih (Buang Air Kecil) 0 = tidak mampu mengelola sendiri, kadang menggunakan alat bantu 5 = sesekali terganggu 10 = tidak ada gangguan	
Menggunakan Toilet 0 = tidak mampu melakukan sendiri 5 = bisa melakukan sesuatu sendiri, kadang membutuhkan bantuan 10 = mampu melakukan sendiri	

Aktivitas	Skor
<p>Transfer (Berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya) 0 = tidak ada keseimbangan pada saat duduk 5 = memerlukan bantuan maksimal (satu atau dua orang) bila duduk 10 = memerlukan bantuan minimal (verbal atau fisik) bila duduk 15 = mampu melakukan sendiri pada saat berpindah tempat</p>	
<p>Mobilitas (Pergerakan) 0 = tidak mampu melakukan pergerakan 5 = dapat menggunakan kursi roda secara mandiri 10 = berjalan dengan bantuan satu orang (verbal atau fisik) 15 = mampu berjalan sendiri (tetapi mungkin menggunakan alat bantu , misalnya, tongkat)</p>	
<p>Naik atau turun Tangga 0 = tidak mampu melakukan sendiri 5 = bisa melakukan sendiri, kadang membutuhkan bantuan (verbal, fisik) 10 = mampu melakukan sendiri</p>	
<p>TOTAL (0 - 100)</p>	<p>_____</p> <p>—</p>

2. Kuesioner Pengontrolan/ Pengendalian faktor resiko

Keterangan

Selalu : Jika bapak/ibu setiap kali melakukan sesuai dengan isi pernyataan

Sering : Jika bapak/ibu ada setiap kali melakukan namun pernah satu kali tidak melakukan isi pernyataan

Kadang : Jika bapak/ibu lebih banyak tidak melakukan isi pernyataan dibandingkan melakukannya

Tidak pernah: Jika bapak/ibu sama sekali tidak pernah melakukan

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang	Tidak pernah
1.	Saya melakukan kontrol / pemeriksaan tekanan darah minimal 1x/ 2 minggu				
2.	Saya melakukan pemeriksaan kadar kolesterol minimal 1x/sebulan				
3	Saya melakukan pemeriksaan jantung minimal 1x/sebulan				
4.	Saya melakukan penimbangan berat badan minimal 1 x /dua minggu				
5.	Saya minum obat secara teratur				
6	Saya menghindari makanan tinggi lemak				
7	Saya memakan makanan yang rendah garam				
8	Saya memakan sayur terutama sayuran yang berserat seperti : kangkung,singkong.				
9	Saya mengurangi makanan yang manis – manis				
10	Saya berusaha agar badan saya tidak gemuk				
11.	Saya melakukan olah raga 3–5 kali/minggu seperti : jalan kaki, bersepeda dan lari				
12	Saya melakukan olah raga dengan waktu 30-45 menit				
13	Saya mengurangi stres atau masalah dengan bercerita kepada keluarga atau teman				

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Perihal : Permohonan Pengisian Responden

Lampiran : Satu berkas

Kepada Yth :

di.....

Dengan hormat,

Saya, Yaslina, mahasiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia, akan mengadakan penelitian tentang” Hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah saki dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Bukittinggi”.

Hasil penelitian akan dipakai sebagai bahan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan berkualitas pada keluarga dan *aggregate* dewasa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi *aggregate* dewasa, keluarga serta masyarakat.

Peneliti menghormati pendapat dan pandangan bapak/ibu, akan menjaga dan mempertahankan kerahasiaan data yang diperoleh dalam proses pengumpulan, pengolahan data dan penyajian data, serta tetap menjunjung tinggi dan menghargai keinginan bapak/ibu untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu pada penelitian ini setelah penjelasan ini diberikan. Peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi dan kesedian bapak/ibu untuk menjadi responden penelitian.

Bukittinggi,, 2011

Peneliti

Yaslina

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Tanda tangan bapak/ibu pada lembar persetujuan ini mempunyai makna bahwa bapak/ibu bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini setelah bapak/ibu membaca lembaran penjelasan penelitian dan memahaminya.

Setelah membaca penjelasan penelitian saya mengetahui tujuan dan manfaat dari penelitian yang berjudul “Hubungan dukungan keluarga, program pemulangan, dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan dirumah pada *aggregate* dewasa pasca stroke di Bukittinggi”. Saya meyakini bahwa peneliti akan menjunjung tinggi hak – hak saya termasuk menjaga kerahasiaan saya sebagai responden, menghargai bila saya tidak berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Saya telah memahami bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan pada saya, karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dari siapapun dan saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi,....., 2011

Responden

.....



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan dukungan keluarga, program pemulangan dari rumah sakit dan karakteristik klien dengan perawatan di rumah pada aggregate dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi.

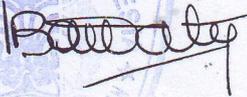
Nama peneliti utama : **Yaslina**

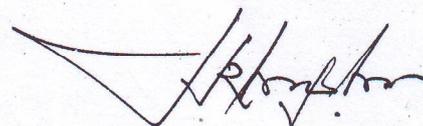
Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 April 2011

Ketua,

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



PEMERINTAH KOTA BUKITTINGGI
**KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. Jend. Sudirman No. 27-29 Bukittinggi Telp. (0752) 23976

IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN/SURVEY

Nomor : 074/324 /KB-KPL/2011

Kami Walikota Bukittinggi, berdasarkan :

Surat Dari : Fakultas Ilmu Keperawatan UI Jakarta

Nomor : 1393/H2.F12.D/PDP.04.02/2011

Tanggal : 25 April 2011

Dengan ini memberikan kesempatan melakukan penelitian/survey kepada :

Nama : **YASLINA**
Tempat/Tgl Lahir : **Padang** / 06 Maret 1973
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Guru Tuo No. 21 MKS Bukittinggi
Nomor Identitas : 0906594841
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga, Program Pemulangan Dari Rumah Sakit Dan Karakteristik Klien Dengan Perawatan Di Rumah Pada Agregat Dewasa Pasca Stroke Di Kota Bukittinggi
Lokasi/Tempat Penelitian : 1. Puskesmas Tigo Baleh
2. Puskesmas Mandiangin Koto Selayan
3. Puskesmas Guguk Panjang
Waktu Penelitian : 20 Mei 2011 s/d 07 Juni 2011
Anggota Peneliti : -
Digunakan Untuk : Penyusunan tesis

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka tujuan penelitian.
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat Izin Melaksanakan Penelitian serta melaporkan diri sebelum meninggalkan Daerah Penelitian kepada Walikota Bukittinggi c/q Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat masyarakat setempat.
4. Mengirimkan laporan hasil penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Walikota Bukittinggi c/q. Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas paling lambat 1 (satu) bulan setelah Penelitian selesai.
5. Bila terjadi penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka Surat Izin Melaksanakan Penelitian/Survey ini akan dicabut.

Demikian Surat Izin Melaksanakan Penelitian/Survey ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan dimana perlu.

Bukittinggi, 20 Mei 2011

An. WALIKOTA BUKITTINGGI
KEPALA KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS
KOTA BUKITTINGGI
Kasi Bina Kesatuan Bangsa



AHMAD RUSTAM

AHMAD RUSTAM
NIP. 19590424 198101 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Bapak Walikota Bukittinggi (sebagai laporan)
 2. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI Jakarta
 3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bukittinggi
 4. Kepala Puskesmas Tigo Baleh
 5. Kepala Puskesmas Mandiangin Koto Selayan
 6. Kepala Puskesmas Guguk Panjang
 7. Arsip
- Hubungan dukungan..., Yaslina, FIK UI, 2011



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RSUD. Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI



Jalan Dr. A. Rivai - Bukittinggi
 Telp. Hunting (0752) 21720 - 21492 - 21831 - 21322
 Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825

No : 073/6497/Diklit-RSAM/V/2011
 Lamp : -
 Hal : Pengembalian Mahasiswa

Bukittinggi, 01 Juni 2011/

Kepada Yth.
 Sdr. Dekan FIK UI
 di -
JAKARTA

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah selesainya pengambilan data uji instrumen penelitian Mahasiswa FIK UI Jakarta maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama:

Nama : **YASLINA.**
 No.BP : **090659841**
 Institusi : **FIK UI Jakarta.**

Dengan judul Penelitian " Hubungan Dukungan Keluarga, Program Pemulangan dari Rumah Sakit dan Karakteristik Klien dengan Perawatan dirumah pada Aggregat Dewasa Pasca Stroke di Bukittinggi tahun 2011 ".

Untuk keperluan pengembangan Bidang Diklit RSUD.Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa ter sebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan .

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Mewakili



Dr. Yun Estantina, MM.

NIP. 19650613 199011 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN R. I.
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI

Jalan Jenderal Sudirman PO BOX I Bukittinggi Telp. (0752) 21013 Fax. (0752) 23431



SURAT KETERANGAN

No : DL. 02. 01. 1014 .2011

Yang bertandatangan dibawah ini Direktur Keuangan Dan Administrasi Umum Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, berdasarkan surat dari Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UI No: 856/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 serta surat izin dari instalasi Diklit Nomor : 120/Lit-Diklit/IV/2011 perihal "Izin Kegiatan penelitian", menerangkan bahwa :

Nama : YASLINA
NIM : 090659841
Institusi : Prog.Magister Ilmu Keperawatan Fak. Ilmu Keperawatan UI
Jurusan : Peminatan Keperawatan Komunitas

telah melaksanakan Kegiatan Penelitian di Poliklinik Neurologi Instalasi Rawat Jalan RSSN Bukittinggi pada tanggal 21 Mei 2011 sampai dengan 27 Mei 2011, dengan topik penelitian yang diteliti adalah :

Hubungan Dukungan Keluarga, Program Pemulangan Dari Rumah Sakit, Karakteristik Klien Dengan Perawatan Di Rumah Pada Agregat Dewasa Pasca Stroke Di Bukittinggi

Sesuai dengan kesepakatan dan aturan yang berlaku, bahwa yang bersangkutan akan menyerahkan hasil akhir dari kegiatan penelitiannya dalam bentuk Karya Tulis yang telah di syahkan oleh pendidikannya kepada pihak rumah sakit.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, 01 Juni 2011
Direktur Keuangan dan ADUM
RSSN Bukittinggi

Endy Noviant, SE, MM
NIP. 195511131978111001