

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Definisi Stroke

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak menurut *World Health Organization (WHO)*, stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda - tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascula. Stroke apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel atau jaringan (Kemenkes, 2018).

2. Klasifikasi

Stroke berdasarkan keadaan patologisnya dibedakan menjadi dua macam yaitu:

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik (stroke sumbatan) terjadi akibat suplai darah ke jaringan otak berkurang, disebabkan karena obstruksi total atau sebagian pembuluh darah otak, hampir 80% pasien stroke merupakan stroke iskemik penyebab stroke iskemik sumbatan adalah trombotik, emboli, dan hipoperfusi global.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik (stroke pendarahan) adalah stroke yang terjadi karena perdarahan subarachnoid, disebabkan karena pecahnya pembuluh darah otak tertentu, biasanya terjadi pada saat pasien melakukan aktivitas atau saat aktif, dapat dalam kondisi istirahat (Rizaldy, 2016).

3. Penyebab Stroke

Stroke dapat disebabkan dari salah satu empat kejadian, yakni:

a. Pecah Pembuluh Darah

Jika pembuluh darah pecah darah akan keluar dan mengisi rongga di tengkorak kepala, rongga tengkorak memiliki dinding yang kuat dan volume yang tetap. Jadi darah akan meningkatkan tekanan di dalamnya yang akan menghambat fungsi otak yang terkena pada akhirnya, ini akan menyebabkan penurunan kesadaran yang tiba-tiba.

b. Penyumbatan pembuluh darah pada otak karena darah yang membawa nutrisi tidak dapat sampai ke jaringan otak yang diperlukan, menyebabkan penurunan kesadaran.

c. Kelas sosial dibandingkan dengan pekerja kasar, golongan profesional seperti dokter atau pengacara memiliki risiko stroke yang lebih rendah, karena dari perspektif ekonomi golongan profesional akan mendapatkan lebih banyak uang untuk menerapkan gaya hidup sehat dan teratur.

d. Anomali pembuluh darah anak - anak memiliki pembuluh darah yang tidak normal yang menyuplai ke otak, seperti aneurisma (pelebaran dinding pembuluh darah) dan malformasi arteriovenosa (kelainan pembentukan pembuluh darah arteri dan vena) (Sheria, 2015)

4. Faktor Resiko Terjadinya Stroke

Penyakit-penyakit tertentu, kebiasaan gaya hidup, dan latar belakang etnik meningkatkan resiko stroke. Faktor-faktor resiko meliputi hipertensi, anemia sickle sel, atrial fibrilasi, diabetes mellitus, hiperlipidemia, merokok, dan penyalahgunaan alkohol. Faktor-faktor resiko lain meliputi stroke sebelumnya atau TIA, riwayat keluarga dengan stroke, obesitas, gaya hidup, dan infeksi virus dan bakteri. Faktor-faktor resiko spesifik pada wanita antara lain konsumsi kontraseptif oral, kehamilan, kelahiran anak, menopause, kelainan autoimun, dan terapi hormon. Orang kulit hitam memiliki hampir 2 kali resiko terkena stroke

dibandingkan dengan orang kulit putih. (American Stroke Association, 2009 dalam LeMone-Burke 2011).

Williams et al (2013) mengklasifikasikan faktor-faktor resiko dapat kedalam faktor yang tidak dapat dimodifikasi (umur, gender, ras, keturunan) dan faktor yang dapat dimodifikasi (semua penyakit dan gaya hidup).

5. Gejala dan Tanda stroke

Gejala dan tanda stroke merupakan perangkat yang dikembangkan dalam membantu mengenali gejala stroke di masyarakat umum, hal ini semata - mata bertujuan agar penderita stroke dikenali secepatnya dan segera dibawa ke Rumah sakit untuk mendapatkan penanganan selanjutnya. Perangkat penilaian tersebut adalah SEGERA (SEnyum GERak bicaRA) yang merupakan perangkat pengenalan masyarakat yang telah di kembangkan oleh Kementrian Kesehatan Republik Indonesia dan FAST (*Face Arm Speech Time*) dikembangkan pertama kali di Inggris.

6. Patofisiologi Stroke

Menurut National Library of Medicine (2020), Stroke didefinisikan sebagai ledakan neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. Penting untuk memahami anatomi neurovaskular guna mempelajari manifestasi klinis stroke. Aliran darah ke otak diatur oleh dua arteri karotis interna di anterior dan dua arteri vertebralis di posterior (lingkaran Willis). Stroke iskemik disebabkan oleh kekurangan pasokan darah dan oksigen ke otak; stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan atau kebocoran pembuluh darah. Oklusi iskemik berkontribusi terhadap sekitar 85% korban pada pasien stroke, dengan sisanya karena perdarahan intraserebral. Oklusi iskemik menghasilkan kondisi trombotik dan embolik di otak. Pada trombosis, aliran darah dipengaruhi oleh penyempitan pembuluh darah karena aterosklerosis. Penumpukan plak pada akhirnya akan menyempitkan ruang vaskular dan membentuk gumpalan, yang menyebabkan stroke trombotik. Pada stroke embolik, penurunan aliran darah ke daerah otak menyebabkan

emboli; aliran darah ke otak berkurang, menyebabkan stres berat dan kematian sel sebelum waktunya (nekrosis). Nekrosis diikuti oleh gangguan membran plasma, pembengkakan organel dan kebocoran isi sel ke ruang ekstraseluler, dan hilangnya fungsi neuronal. Peristiwa penting lainnya yang berkontribusi terhadap patologi stroke adalah peradangan, kegagalan energi, hilangnya homeostasis, asidosis, peningkatan kadar kalsium intraseluler, eksitotoksisitas, toksisitas yang dimediasi radikal bebas, sitotoksisitas yang dimediasi sitokin, aktivasi komplemen, gangguan sawar darah-otak, aktivasi sel glia, stres oksidatif dan infiltrasi leukosit. Stroke hemoragik mencakup sekitar 10–15% dari semua stroke dan memiliki tingkat kematian yang tinggi. Dalam kondisi ini, stres pada jaringan otak dan cedera internal menyebabkan pembuluh darah pecah. Ini menghasilkan efek toksik dalam sistem vaskular, yang mengakibatkan infark. Ini diklasifikasikan menjadi perdarahan intraserebral dan subaraknoid. Pada ICH, pembuluh darah pecah dan menyebabkan akumulasi darah abnormal di dalam otak. Alasan utama untuk ICH adalah hipertensi, gangguan pembuluh darah, penggunaan antikoagulan dan agen trombolitik yang berlebihan. Pada perdarahan subaraknoid, darah terakumulasi dalam ruang subaraknoid otak karena cedera kepala atau aneurisma serebral.

7. Pencegahan Stroke

Cara mencegah Stroke:

- a. Olahraga teratur
- b. Mengontrol tekanan darah dan gula darah serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin
- c. Menghindari stres
- d. Menghentikan kebiasaan merokok
- e. Diet rendah garam dan lemak, memperbanyak makanan sayur dan buah
- f. Kontrol teratur bila mengidap penyakit kronis seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), kencing manis (diabetes melitus), kolesterol tinggi, dan penyakit jantung

- g. Minum obat secara teratur sesuai petunjuk dokter (Fitria dkk. 2019).

8. Penanganan Medis

a. Rehabilitasi

Rehabilitasi dapat membantu penderita stroke dengan kelemahan gerakan, gangguan bicara dan bahasa, gangguan keseimbangan, dan gangguan lainnya. Tujuan rehabilitasi adalah untuk meningkatkan kemampuan tubuh untuk melakukan kegiatan sehari-hari.

b. Pengobatan

Melakukan pengobatan secara rutin

c. Operasi

Pembedahan dengan cara membukan hambatan arteri dileher (Fitria dkk, 2019).

9. Komplikasi

Menurut Talabucon (2015), jika tidak dilakukan rehabilitasi secara tepat dan teratur akan timbul komplikasi pasca stroke antara lain :

a. Gangguan Kognitif dan Psikologis

Masalah kognitif yang muncul pasca stroke (dari ringan sampe demensia berat) menyebabkan ketidakmampuan. *Screening* sangat penting untuk mendeteksi gangguan kognitif. Terdapat obat-obat tertentu yang terbukti dapat memperlambat progress gangguan kognitif pasca stroke. Gangguan psikologis pasca stroke meliputi gangguan mood seperti depresi pasca stroke. Manajemen pada komplikasi psikologis ini adalah pengobatan, konseling, dan terapi perilaku.

b. Dampak Sosial

Komplikasi pada stroke tidak hanya berdampak pada pasien pasca stroke saja, namun juga pada keluarganya. Stroke mempengaruhi dinamika keluarga. Pasien pasca stroke tidak lagi dapat bekerja seperti sebelumnya di dalam keluarga, namun di sisi lain anggota keluarga ingin menyediakan perawatan yang terbaik untuk pasien pasca stroke. Stroke membebani ekonomi dikarenakan biaya perawatan medis

menguras pemasukan di keluarga. Sehingga kualitas hidup keluarga pasien pasca stroke juga terkena dampaknya.

c. Gangguan Nutrisi

Pasien pasca stroke seringkali memiliki kesulitan menelan dimana hal tersebut dapat meningkatkan risiko tersedak dan infeksi rongga dada. Terapi wicara dapat merekomendasikan diet halus, supervisi pemberian makanan, dan teknik-teknik spesifik untuk membantu pasien dalam menelan dan mencegah komplikasi. Pada beberapa kasus, tidaklah aman memberi makan melalui mulut sehingga pemberian makan melalui selang lambung (NGT) sangat direkomendasikan untuk pemasukan nutrisi dan cairan.

d. Infeksi

Pasien pasca stroke berada dalam risiko infeksi, terkait dengan hal-hal yang mempengaruhi rongga dada dan saluran kemih. Infeksi rongga dada pasca stroke pada umumnya disebabkan oleh aspirasi, inhalasi oral atau keluar dan masuknya isi lambung ke dalam paru karena kesulitan menelan. Teknik makan dan minum dengan posisi semi-fowler lebih aman daripada posisi berbaring datar. Modifikasi diet untuk memfasilitasi menelan dan makan melalui NGT juga dapat meminimalisir risiko aspirasi. Pasien pasca stroke yang tidak rutin dimobilisasi rentan akan retensi urin yang dapat menyebabkan infeksi saluran kemih.

e. Komplikasi Gangguan Motorik

Komplikasi gerak/motorik pasca stroke meliputi otot *spastic* (kenaikan tonus otot abnormal), kontraktur sendi, dan permasalahan pada bahu. Hal tersebut dapat dicegah. *Screening* dan penanganan dini sangat penting dalam manajemen komplikasi motorik pasca stroke. Rehabilitasi merupakan hal yang kritis untuk mengurangi angka kejadian dan progress dari komplikasi motorik. *Spastic* atau peningkatan tonus otot dapat terjadi pada anggota gerak yang terkena dampak stroke. Manajemen *spastic* termasuk penanganan fisik seperti

peregangan otot dan konsumsi obat tertentu dapat membantu mengurangi derajat *spastic*. Kontraktur dan deformitas sendi yang disebabkan ketegangan otot abnormal serta pemendekan serabut otot, dapat terjadi seiring dengan *spastic* otot dan keterbatasan motorik pasca stroke.

B. Konsep Dukungan Keluarga

1. Pengertian

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2018). Dukungan keluarga adalah suatu proses yang terjadi sepanjang kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal maupun dukungan sosial eksternal. Dukungan keluarga berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal (Suprajitno, 2016).

Dukungan keluarga menyangkut persepsi terhadap keberadaan dan ketepatan karena dukungan sosial tidak sekedar memberikan bantuan, tetapi makna terpenting adalah persepsi penerimaan bantuan dukungan sosial. Jadi hubungan dukungan sosial yang diberikan memiliki ketepatan, artinya bahwa orang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya dan dapat memberikan kepuasan (Koentjoro, 2016).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan dukungan keluarga adalah bentuk perhatian, dorongan yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

2. Indikator dukungan keluarga

Indikator dukungan keluarga menurut Hersaling (2016) adalah :

a. Dukungan emosional/empati

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stress. Dimensi ini memperlihatkan adanya dukungan dari keluarga,

adanya pengertian dari anggota keluarga yang lain terhadap anggota keluarga yang menderita stroke. Komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dengan mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain.

Memberikan dukungan emosional kepada keluarga termasuk dalam fungsi afektif keluarga. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga untuk memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Keluarga berfungsi sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan dan memberi dukungan. Terpenuhinya fungsi afektif dalam keluarga dapat meningkatkan kualitas kemanusiaan, stabilitas keperibadian dan perilaku dan harga diri anggota keluarga. Keluarga juga berfungsi sebagai tempat kehangatan, dukungan, cinta dan penerimaan, adanya dukungan emosional didalam keluarga, secara positif akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggotanya. Bentuk dukungan emosional berupa dukungan simpati dan empati, cinta, kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tak mengganggu beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, dan berempati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapi.

b. Dukungan penghargaan

Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang sekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu. Perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu.

Bentuk dukungan penghargaan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan dan prestasi yang dimiliki seseorang. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimiliki.

Menurut Friedman (2018) dukungan penilaian/penghargaan yaitu keluarga bertindak sebagai umpan balik, membimbing, dan menengahi pemecahan masalah. Dukungan penilaian/ penghargaan juga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada keluarga yang sakit. Melalui dukungan ini, pasien akan mendapat pengakuan atas kemampuan dan keahlian yang dimilikinya, adanya dukungan penilaian yang diberikan keluarga terhadap penderita pasca stroke berupa penghargaan, dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga, sehingga diharapkan dapat membentuk perilaku sehat pada penderita pasca stroke dalam upaya meningkatkan status kesehatannya.

c. Dukungan instrumental

Dimensi instrumental merupakan yang berifat nyata, dimana dukungan ini berupa bantuan langsung, contoh seseorang memberikan atau meminjamkan uang. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga. Dimensi instrumental ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau saram pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain, termasuk didalamnya adalah memberikan peluang waktu.

Menurut Friedman (2018) dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental juga termasuk ke dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi yang diterapkan terhadap keluarga yang sakit. Fungsi perawatan kesehatan seperti dalam menyediakan makanan,

pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya dan fungsi ekonomi berupa penyediaan sumber daya yang cukup seperti finansial dan ruang. Dukungan instrumental bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi pasien, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain. Dengan adanya dukungan instrumental yang cukup pada pasien pasca stroke diharapkan kondisi pasien dapat terjaga dan terkontrol dengan baik sehingga dapat meningkatkan status kesehatannya.

d. Dukungan informasi

Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu, misalnya ketika seseorang mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Dimensi ini menyatakan dukungan keluarga yang diberikan bisa membantu pasien dalam mengambil keputusan dan menolong pasien dari hari ke hari dalam manajemen penyakitnya. Aspek informasi ini terdiri 24 dari pemberian nasehat, pengarahan atau keterangan yang diperlukan oleh individu yang bersangkutan serta untuk mengatasi masalah pribadinya.

Menurut Friedman (2018) dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik seperti makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta memberi perawatan bagi anggotanya yang sakit.

Menurut Setiadi (2016) menjelaskan indikator dukungan keluarga adalah aspek yang ada pada dukungan sosial yaitu *appraisal support*, *tangible support*, *self esteem support*, dan *belonging support*.

a. *Appraisal Support*

Dukungan sosial ini di sebut juga dengan dukungan informasi. Dukungan ini diberikan dengan memberikan bantuan, seperti pemahaman atau pengertian, nasihat atau sugesti dan bantuan solusi dari pemecahan atas suatu masalah secara langsung. Bantuan ini juga sering disebut sebagai *cognitive guidance* yang berarti.

b. *Tangible Support*

Bantuan atau dukungan yang di berikan pada bentuk ini berupa bantuan yang bersifat langsung atau nyata yang dapat dirasakan langsung oleh penerima bantuan.

c. *Self Esteem Support*

Dukungan ini di sebut juga dukungan emosional. Dukungan yang diberikan berupa perasaan sehingga seseorang akan merasa memiliki kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dukungan ini akan membuat seseorang merasa berharga, dihargai, memiliki kesempatan yang sama dengan orang lain, memiliki kekuatan dan akan sadar dengan kemampuannya.

d. *Belonging Support*

Dukungan ini dapat diberikan seperti menghabiskan waktu bersama dan melakukan kegiatan yang menyenangkan seperti pergi berekreasi. Bentuk dukungan ini menunjukkan perasaan seseorang yang diterima menjadi bagian dari suatu kelompok serta munculnya rasa kebersamaan, kekeluargaan, dan kehangatan. Penerima bantuan juga akan merasa bahwa orang-orang disekitarnya akan membantunya jika sedang ada masalah.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan

Menurut Kuntjoro (2016) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi apakah seseorang akan menerima dukungan sosial keluarga atau tidak. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah :

a. Faktor dari penerima dukungan (*recipient*)

Seseorang tidak akan menerima dukungan sosial dari orang lain jika ia tidak suka bersosial, tidak suka menolong orang lain, dan tidak ingin orang lain tahu bahwa ia membutuhkan bantuan. Beberapa orang terkadang tidak cukup asertif untuk memahami bahwa ia sebenarnya membutuhkan bantuan dari orang lain, atau merasa bahwa ia seharusnya mandiri dan tidak mengganggu orang lain, atau merasa tidak nyaman saat orang lain menolongnya, atau tidak tahu kepada siapa dia harus meminta pertolongan.

b. Faktor dari pemberi dukungan (*providers*)

Seseorang terkadang tidak memberikan dukungan sosial kepada orang lain ketika ia sendiri tidak memiliki sumberdaya untuk menolong orang lain, atau tengah menghadapi stres, harus menolong dirinya sendiri, atau kurang sensitif terhadap sekitarnya sehingga tidak menyadari bahwa orang lain membutuhkan dukungan darinya.

Menurut Suprajitno (2016) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan orang tua. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, efeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi dari pada orang tua dengan kelas sosial bawah mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih

otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, efeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi dari pada orang tua dengan kelas sosial bawah.

4. Tingkat Dukungan Keluarga

Menurut Suprajitno (2016) dukungan keluarga dibedakan menjadi tiga yaitu :

- a. Dukungan tinggi, keluarga mampu memberikan dukungan sepenuhnya yang ditunjukkan dari tindakan sehari-hari yang dilakukan secara konsisten meliputi dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi.
- b. Dukungan sedang, keluarga belum mampu sepenuhnya memberikan dukungan serta belum konsisten memberikan dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi.
- c. Dukungan rendah, keluarga jarang memberikan dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasi kepada pasien yang mengalami stroke.

5. Alat Ukur Dukungan Keluarga

Alat ukur dukungan keluarga menggunakan kuesioner *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL) Menurut (Cohen et al, 1983 dalam Saleha, 2020). Kuisisioner ini dikembangkan dengan empat aspek dukungan keluarga yaitu *appraisal support*, *tangible support*, *Self Esteem Support* dan *belonging support*. Kuisisioner ini terdiri atas 40 item yaitu 10 item *appraisal support*, 10 item *tangible support*, 10 item *Self Esteem Support*, dan 10 item *belonging support* dengan empat pilihan jawaban, untuk item yang tergolong *favourable* yaitu Sangat Setuju (SS) nilai 4, Setuju (S) nilai 3, Tidak Setuju (TS) nilai 2, dan Sangat Tidak Setuju (STS) nilai 1, sedangkan item yang tergolong *unfavourable* yaitu Sangat Setuju (SS) nilai 1, Setuju (S) nilai 2, Tidak Setuju (TS) nilai 3, dan Sangat Tidak Setuju (STS) nilai 4. Pada instrumen ini, responden akan diminta untuk memilih salah satu jawaban yang sesuai dengan dirinya.

Total skor di dapatkan dari semua total penjumlahan skor jawaban pada keseluruhan pernyataan. Semakin besar total skor maka semakin besar pula dukungan keluarga pada responden. Batasan kategori dukungan keluarga tinggi > 120 , sedang $81 - 120$, dan rendah $40 - 80$, sangat rendah < 40 . Kuesioner *interpersonal support evaluation list* dipilih menjadi alat ukur dukungan keluarga karena memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi yaitu nilai validitas dengan angka r hitung 0,810 sampai 0,911 dan diperoleh nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0.950 (Saleha, 2021). Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran dukungan keluarga dengan menggunakan kuesioner *interpersonal support evaluation list* akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

C. Konsep Tingkat Kemandirian

1. Definisi

Kemandirian secara umum tercermin dari cara berfikir dan bertindak, kemampuan mengambil keputusan, mengembangkan diri, serta beradaptasi secara konstruktif dengan norma yang berlaku di lingkungannya. Pada pasien pasca stroke, kemandirian dapat diartikan sebagai karakteristik dari keperibadian yang sehat (*health personality*). Kemampuan pasien dalam melakukan aktifitas kesehariannya tanpa bantuan orang lain. Pasien pasca stroke dikatakan mandiri apabila mereka dapat melakukan aktifitas sehari-harinya tanpa bantuan dari orang lain. Sedangkan tidak mandiri yaitu memerlukan bantuan dari orang lain (ketergantungan). Ketergantungan terbagi menjadi total, sedang, berat (Mertha & Laksmi, 2012; Sulastri, 2014).

2. Faktor kemandirian

Kemandirian dalam beraktifitas membutuhkan stabilitas, fleksibilitas, kekuatan dan kontrol gerak serta kemampuan menerima dan merespon input sensorik yang akhirnya dieksekusikan sebagai sebuah gerakan yang bertujuan oleh tubuh. Untuk mewujudkan perlu konsep *recovery* yang

komprehensif dengan partisipasi aktif dari pasien, *caregiver* dan keluarganya (Hardwood et al., 2010 dalam Sonatha, 2012).

Menurut Mertha & Laksmi (2012); Surono & Saputro (2013); Kopershoek et al (2011), Berikut ini merupakan penjabaran dari empat faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian pasien pasca stroke.

a. Latihan

Pasca stroke, pasien akan mengalami gangguan motorik sehingga pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari akan terhambat, oleh karena itu dibutuhkan program rehabilitas atau pemulihan yang bertujuan untuk tercapainya kemandirian dalam aktifitas kehidupan sehari- hari. Proses perbaikan ini akan semakin cepat jika terdapat implus untuk bergerak pada anggota tubuh yang lemah/ lumpuh, yaitu dengan latihan. Yang dimaksud dengan terapi latihan adalah terapi yang tata laksanaanya menggunakan gerakan-gerakan aktif maupun pasif (Mertha & Laksmi (2012).

b. Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga merupakan suatu bentuk perhatian, dorongan yang didapatkan individu dari orang lain. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem, jika terjadi gangguan atau masalah pada salah satu anggotanya hal tersebut dapat mempengaruhi seluruh sistem.

Dukungan dari keluarga sangat berpengaruh terhadap motivasi pasien pasca stroke untuk mengoptimalkan tingkat kemandiriannya dengan melakukan latihan di rumah atau fisioterapi ke rumah sakit. Semakin baik dukungan yang diberikan oleh keluarga, maka akan semakin baik pula motivasi pasien pasca stroke seperti yang dinyatakan oleh Surono & Saputro (2013). Dalam studinya, ia menyatakan bahwa pasien stroke membutuhkan *intensive care* dan dukungan keluarga.

Dukungan keluarga pada pasien pasca stroke dibagi menjadi empat, yaitu;

1) Dukungan Informasi

Pada dukungan informasi, keluarga berfungsi sebagai konselor yang dapat menjadi penasihat, pemberi arahan, saran, dan pemberi informasi kepada pasien pasca stroke mengenai segala hal yang berhubungan dengan penyakitnya. Keluarga dapat menyediakan informasi tentang konsultasi dokter, terapi pemulihan yang baik, dan tindakan yang tepat untuk melawan *stressor*.

2) Dukungan Emosional

Depresi pasca stroke umum terjadi. Pasien merasa sedih, cemas, dan kehilangan harga diri dalam 1-2 bulan pasca serangan. Keluarga sebagai tempat yang aman dan nyaman bagi pasien pasca stroke. Sudah seharusnya keluarga mendukung pasien pasca stroke dalam melawan depresi, penguasaan terhadap emosi, antara lain dengan cara memberi semangat, empati, rasa percaya, dan perhatian sehingga pasien pasca stroke merasa dihargai dan mendapatkan kembali rasa percaya dirinya.

3) Dukungan Instrumental / Nyata

Merupakan dukungan dalam bentuk jasa maupun materi yang kongkrit dan praktis dalam membantu pasien pasca stroke dalam masa pemulihan, seperti dukungan finansial, peralatan, modifikasi lingkungan, menyediakan waktu, serta membantu pasien pasca stroke dalam mengerjakan sesuatu.

4) Dukungan Penghargaan Pasien pasca stroke menerima penghargaan dalam bentuk *reinforcement* selama melakukan latihan, atau ketika terdapat kemajuan pada mobilitas pasien pasca stroke walaupun hanya sedikit. Penghargaan dalam bentuk lain dapat keluarga berikan dengan mendengarkan pendapatnya, persetujuan terhadap saran atau idenya, atau mempertimbangkan masukannya.

c. keyakinan Diri (*self efficacy*)

keyakinan diri merupakan keyakinan individu akan kemampuan atau kompetensi dirinya untuk melakukan suatu tugas, mencapai tujuan, dan mengatasi hambatan (Baron & Byrne, 1991 dalam Farah, 2015).

Berdasarkan hasil observasi peneliti pada studi pendahuluan, keyakinan diri pada pasien stroke memegang peranan penting dalam progress kemandirian beraktivitasnya. Keyakinan bahwa ia dapat pulih seperti sedia kala diperlukan sebagai sugesti positif terhadap dirinya. Karena tanpa optimisme, proses pemulihan yang seharusnya bisa terpenuhi dengan cepat, akan menjadi lebih lamban. Menurut Korpershoek et al (2011), keyakinan diri secara positif berhubungan dengan mobilitas, Aktivitas Kehidupan Sehari-hari, dan kualitas hidup pasien pasca stroke. Pasien dengan keyakinan diri yang baik dapat memenuhi Aaktifitas kehidupan sehari-hari lebih baik dibandingkan dengan pasien berkeyakinan diri yang kurang baik (Smith G, 2009).

d. Depresi Pasca Stroke

Depresi pasca stroke menghambat proses pemulihan sehingga untuk kembali mandiri dibutuhkan waktu yang tidak sebentar. Depresi menyebabkan pasien pasca stroke tidak memiliki semangat untuk pulih. Terdapat keterkaitan yang kuat antara depresi dengan harga diri pada pasien pasca stroke, jika depresi dapat teratasi maka pasien pasca stroke perlahan-lahan akan mendapatkan harga dirinya kembali (Pratama, 2014 ; Fadlullah dkk, 2014).

3. Klasifikasi Tingkat Kemandirian

Tingkat kemandirian pasien pasca stroke biasanya diklasifikasikan berdasarkan kemampuan mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living*). Klasifikasi ini juga biasanya diukur dengan skala *Barthel Index* atau *Modified Rankin Scale* (MRS) untuk menentukan sejauh mana pemulihan pasien dan menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, termasuk makan, mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat dan control kontinesia. Skor total dari Indeks

atau MRS ini menentukan tingkat kemandirian pasien, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan kemandirian yang lebih besar. Berikut adalah klasifikasinya:

c. Total Dependensi (Ketergantungan Total)

- 1) Pasien sepenuhnya bergantung pada orang lain untuk semua aktivitas sehari-hari, termasuk makan, berpindah tempat, berpakaian, mandi, dan buang air.
- 2) Tidak dapat berdiri atau berjalan sendiri
- 3) Memerlukan perawatan penuh waktu

d. Ketergantungan Berat

- 1) Masih sangat bergantung pada bantuan orang lain, tetapi mungkin bisa melakukan beberapa aktivitas seerhana dengan bantuan.
- 2) Masih bias duduk sendiri dengan dukungan, tetapi sulit untuk berjalan atau berpindah.
- 3) Memerlukan bantuan dalam sebagian besar aktivitas dasar seperti makan, berpakaian, dan mandi.

e. Ketergantungan Sedang

- 1) Bias melakukan beberapa aktivitas sehari-hari dengan bantuan minimal atau alat bantu
- 2) Dapat berpindah tempat atau berjalan dengan alat bantu (seperti tongkat atau walker) atau bantuan ringan dari orang lain
- 3) Mampu makan sendiri tetapi mungkin masih kesulitan dalam tugas-tugas lain seperti berpakaian atau mandi

f. Mandiri Penuh

- 1) Mampu melakukan semua aktivitas sehari-hari tanpa bantuan
- 2) Bias berjalan sendiri tanpa alat bantu hanya dengan sedikit modifikasi lingkungan

- 3) Dapat kembali bekerja atau berpartisipasi dalam aktivitas sosial secara normal.

4. Alat Ukur Kemandirian

Salah satu cara untuk mengukur kemandirian adalah menggunakan *barthel index*. Terdapat 10 poin yang dinilai pada *barthel index*, yaitu; makan, mandi, berpakaian, kontrol buang air besar (BAB), kontrol buang air kecil (BAK), *toileting*, berpindah, berjalan, naik turun tangga, dan perawatan diri. Berikut ini adalah skoring dan interpretasi nilai *Barthel Index*. (Mahoney, 1965 dalam Farah, 2015)

Tabel 2.1 format Barthel Index

No	Poin yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan (feeding)	0 tidak mampu 5 butuh bantuan seperti memotong, menyendok makanan, dll. 10 mandiri	
2.	Mandi (bathing)	0 Ketergantungan 5 mandiri	
3.	Perawatan diri (grooming)	0 ketergantungan 5 mandiri	
4.	Berpakaian (dressing)	0 ketergantungan 5 butuh bantuan ringan 10 mandiri	
5.	Kontrol BAB (bowels)	0 inkontinesia (butuh enema) 5 kadang-kadang tidak terkontrol 10 selalu terkontrol	
6.	Kontrol BAK (blader)	0 inkontinesia / Terpasang kateter 5 kadang- kadang tidak terkontrol 10 mandiri	
7.	Penggunaan toilet (toileting)	0 ketergantungan 5 butuh sedikit bantuan 10 mandiri	
8.	Berpindah (transfer: bed to chair and back)	0 tidak mampu, duduk tidak seimbang 5 butuh bantuan 1 atau 2 orang, mampu duduk 10 butuh bantuan ringan (secara verbal maupun fisik) 15 mandiri	
9.	Berjalan (mobility)	0 tidak mampu, atau mampu < 46 meter 5 menggunakan kursi roda, > 46	

		meter 10 berjalan dengan bantuan 1 orang (secara verbal maupun fisik) > 46 meter 15 berjalan mandiri (menggunakan alat bantu, misal tongkat) > 46 meter	
10.	Naik – turun tangga	0 tidak mampu 5 butuh bantuan (secara verbal, fisik, atau menggunakan alat bantu) 10 mandiri	

Nilai Interpretasi :

0-20 : Ketergantungan Total

21-60 : Ketergantungan Berat

61-90 : Ketergantungan Sedang

91-100 : Mandiri

D. Penelitian Terkait

Tabel 2.2 Penelitian Terkait

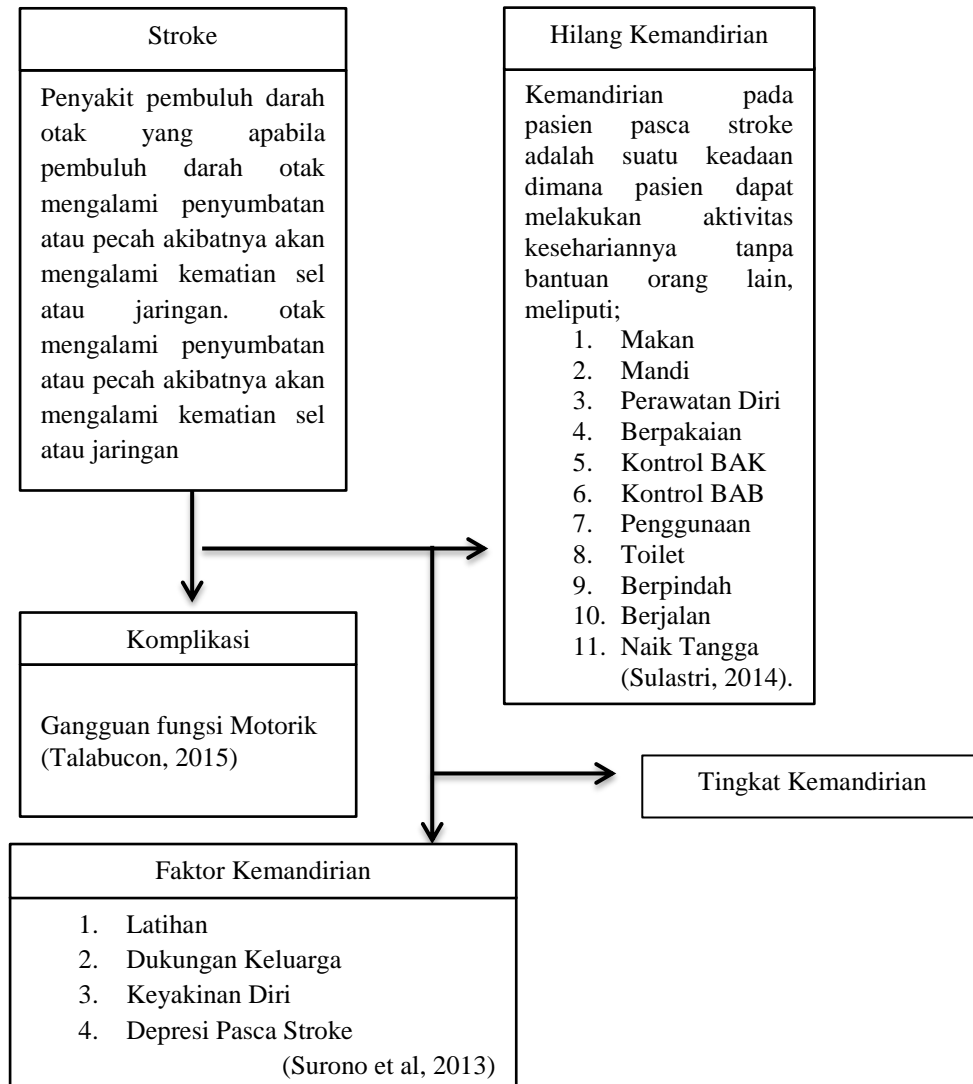
No .	Nama, Tahun	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sample, Variable, Analisis)	Hasil
1.	(Nursyahfitr, Didi & Yesi, 2022)	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian Pasien Pasca Stroke	D: Pendekatan cross setsional S: 54 Responden V: Dukungan keluarga dan Tingkat kemandirian A: Analisis data mengguakan uji chi-square	Hasil penelitian menunjukan sebagian pasien dengan dengan dukungan keluarga katagori paling tinggi yaitu 22 (40,7%) dan dengan tingkat kemandirian pasien stroke ketergantungan ringan 20 (37,0%). Dapat dipastikan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke.
2.	(Abdul jalil, Mario & Rina K,	Hubungan Dukungan Keluarga	D: Pendekatan cross sectional S: 65 Responden	Hasil penelitian pada analisis univariat sebagian

	2018)	dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Pasca Stroke	V: Dukungan Keluarga, Tingkat kemandirian A: Analisis data menggunakan uji chi-square	besar pasien pasca stroke memiliki dukungan keluarga tinggi 45 (69,2%) dan tingkat kemandirin dengan katagori mandiri 29 (44,6%. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian (ADL) pada pasien pasca stroke.
3.	(Diana, Mukhlis, Laras & Intan, 2019)	Hubungan Dukungan keluarga dengan tingkat kemadirian dalam Activity Daily Living pada pasien pasca stroke	D: Pendekatan cross sectional S: 43 Responden V:Dukungan keluarga, Tingkat Kemandirian A: Analisis data menggunakan uji chi-square	Hasil penelitian ditemukan bahwa kategori yang paling banyak dialami responden adalah dalam tingkat kemandirian mandiri yaitu sebesar 47% lalu diikuti oleh ketergantungan ringan 35%. Tidak ada dari responden yang mengalami ketergantungan total. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap semua responden, sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik mengalami kemandirian (48,5%) dalam melakukan aktivitas sehari-hari, lalu paling banyak diikuti oleh tingkat ketergantungan ringan (42,4%). Untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik paling banyak mengalami

				ketergantungan sedang (40%).
4.	(Esa karunia,2016)	Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Activity Daily Living Pasca Stroke	D: Cross Sectional S: 47 responden V: Dukungan Keluarga dan Kemandirian A: Chi-Square	Hasil perhitungan menggunakan Chi-Square ini terdapat hubungan bermakna antara dukungan kemandirian aktifitas kehidupan sehari-hari pasca stroke. Apabila dihitung, hasil penelitian menunjukkan adanya risiko dukungan keluarga dengan kemandirian adl $OR=11,2$ 95% CI $(1,251 < OR < 100,31)$. Risiko ini bermakna, sehingga berarti dukungan keluarga yang baik mempunyai risiko mandiri dalam melakukan ADL sebesar 11,2 kali dibandingkan responden yang kurang mendapat dukungan keluarga.
5.	(Sugiharti, Rohita et al, 2020)	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Self Care pada Penderita Stroke	D: Cross Sectional S: 49 Responden V: Dukungan Keluarga dan Tingkat Kemandirian dalam self care A: chi- square	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam self care pada penderita stroke. Hubungan ini ditunjukan dengan nilai korelasi sebesar 0.684 yang termasuk kedalam kategori kuat (0.60-0.799).

E. Kerangka Teori

Kerangka teori ini dibuat berdasarkan teori yang disusun menurut Talabucon, (2015), Sulastri, (2014), Surono et al, (2013).

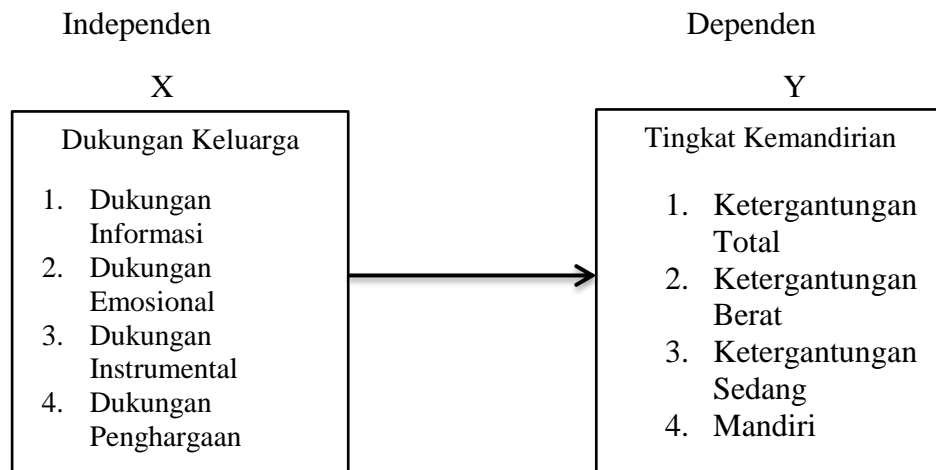


Gambar 2.1 *Kerangka Teori*

Sumber: Talabucon, 2015; Sulastri, 2014; Surono et al, 2013.

F. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini adalah X sebagai variable independent yang mempengaruhi Y sebagai variable dependen, yaitu hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien pasca stroke seperti gambar dibawah ini:



Gambar 2.2 *kerangka konsep*

G. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah penjelasan sementara tentang tingkah laku, gejala- gejala, atau kejadian tertentu yang telah terjadi atau yang akan terjadi (Anita & Aprina, 2022).

1. Ha : Ada hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien pasca stroke
2. Ho : Tidak ada hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien pasca stroke