



SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PERAWATAN DIRI PASIEN STROKE PADA AGGREGATE DEWASA DI PUSKESMA BATUA MAKASSAR

OLEH:

**AGUSTINA BENGA BOLI
(CX1514201101)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR
2017**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga merupakan sel terkecil dalam masyarakat dan mempengaruhi perilaku hidup serta karakter seseorang. Kesehatan masyarakat berawal dari keluarga. Pola hidup sehat semestinya juga berasal dari keluarga. Pola hidup sehat merupakan hal penting yang seharusnya dilaksanakan oleh setiap individu namun karena perkembangan zaman saat ini dimana berkembang pesatnya teknologi dan industri membuat manusia semakin mudah mendapatkan sesuatu secara instan, berkembangnya pola hidup dan gaya hidup yang tidak sehat, seperti memilih makanan cepat saji yang mungkin enak tapi tidak sehat sehingga terjadi banyak penyakit kronis yang membutuhkan waktu lama agar mencapai kesembuhan. Salah satu penyakit kronis yang banyak terjadi adalah penyakit pada gangguan sistem persyarafan yaitu stroke (Endang, 2010).

Secara global, *stroke* menduduki urutan kedua sebagai penyakit mematikan selain jantung dan kanker. Pada umumnya, *stroke* menyerang orang-orang yang tergolong usia dewasa (18 tahun sampai 65 tahun), namun tidak biasa dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia, termasuk anak-anak. Penyebab terjadinya *stroke* pun beragam diantaranya umur, jenis kelamin, keturunan, ras, hipertensi, hiperkolesterolemia, diabetes mellitus, merokok, aterosklerosis, penyakit jantung, obesitas, konsumsi alkohol, stress, kondisi sosial ekonomi yang mendukung, diet yang tidak baik, aktivitas fisik yang kurang dan penggunaan obat anti hamil. Gejala serangan *stroke* bergantung pada wilayah otak mana yang mengalami sumbatan atau pecah pembuluh darah. Pada *stroke* yang umum terjadi, muncul gejala gangguan pergerakan anggota gerak sisi tubuh, seperti diawali dengan

kesemutan, rasa kebas,lemah sisi tubuh dangerakan mulai tidak tangkas, penglihatan kabur, pendengaran terganggu atau jalan terhuyung (Arum, 2015).

Berdasarkan World Health Organization WHO, (2010) *stroke* menyebabkan kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. Pada masyarakat barat, 80% penderita mengalami *stroke* iskemik dan 20% mengalami *stroke* hemoragik. Insiden *stroke* meningkat seiring pertambahan usia (Dewanto, 2009). Sedangkan menurut data statistik *stroke* di seluruh dunia juga menyatakan sekitar 15 juta orang di seluruh dunia mengalami *stroke* setiap tahun. 1 dari 6 orang di seluruh dunia akan mengalami *stroke* dalam hidup mereka. Dua – pertiga dari kematian *stroke* terjadi di Negara-negara kurang berkembang (Stroke Association, (2013). WHO juga memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat *stroke* pada tahun 2020 mendatang yang akan menjadi penyebab utama kematian di dunia dengan penyakit jantung Junaidi, (2011) dikutip dalam (Sobirin, dkk. 2015).

Angka kejadian *stroke* di Indonesia meningkat dengan tajam, bahkan saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita *stroke* terbesar di Asia. Menurut hasil laporan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyatakan terjadinya peningkatan prevalensi *stroke* di Indonesia dari tahun 2007 ke 2013, yakni kejadian *stroke* pada tahun 2007 sebanyak 8,3 per 1000 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2013. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3%. *Stroke* telah menjadi penyebab kematian utama di hampir semua Rumah Sakit di Indonesia, yakni 14,5%. Prevalensi *stroke* berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%) diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil (Purwaningtyas, 2016). Kebanyakan *stroke* menyerang pada kelompok usia dewasa > 45 tahun (Lumbantobing, 2007).

Aggregate dewasa pasca *stroke* yang berada di komunitas merupakan bagian dari populasi rentan (*vulnerable population*), mulai dari umur 18 sampai 65 tahun. 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 dan 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, dkk (2006) 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. Masa dewasa adalah periode antara remaja akhir dan pertengahan yang berakhir pada usia 65 tahun Edelman dan Mandle (2007). 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 tahun sampai 65 tahun). Prevalensi di Amerika meningkat sesuai kelompok usia yaitu 0,8% pada usia 18-44 tahun, 2,7% pada usia 45-64 tahun dan 8,1% pada usia 65 tahun atau lebih tua. Pria dan wanita memiliki prevalensi yang tidak jauh berbeda yaitu pria 2,7% dan wanita 2,5% Satyanegara (2010). Perjalanan penyakit *stroke* yang beragam dapat menimbulkan masalah fisik, sosial, dan psikologis pada klien sehingga mengalami ketidakmampuan dalam banyak hal maka diperlukan dukungan keluarga.

Dukungan keluarga berpengaruh secara signifikan terhadap proses rehabilitasi pada penderita *stroke*. Dukungan keluarga yang dapat diberikan berupa dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan

instrumental, dan dukungan emosional. Dukungan keluarga secara signifikan bermanfaat bagi penderita stroke yaitu dapat meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan dan memaksimalkan kemandirian.

Orem mengembangkan teori *self-care* pada keperawatan yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia. Tujuan dari teori Orem membantu klien melakukan perawatan diri sendiri. Perawatan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Hidayat, 2009).

Bleiberg (dalam Kaplan, 2009) menyatakan hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dukungan keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam hasil rehabilitasi pada penderita stroke, yaitu sebesar 80%-90% perawatan kesehatan lebih diberikan oleh keluarga daripada oleh program pendukung formal. Hal ini disebabkan karena pada orang-orang yang mengalami stroke, dalam melakukan kegiatan sehari-hari akan sangat tergantung pada orang lain, terutama keluarga terdekat dan lingkungan sosial di sekitar Okthavia (2014). Berdasarkan uraian di atas, peneliti juga mengkaji kasus tersebut yang dituangkan dalam bentuk proposal penelitian dengan judul "Hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien *stroke* pada *aggregate* dewasa di Puskesmas Batua, Sulawesi Selatan".

B. Perumusan Masalah

Stroke atau *Cerebro Vascular Accident (CVA)*, merupakan gangguan Sistem Saraf Pusat yang paling sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktifitas fungsional pada orang dewasa. Masalah-masalah yang ditimbulkan karena *stroke* bagi kehidupan manusiapun sangat kompleks. Adanya gangguan-gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan

sensasi, dan gangguan reflex gerak akan menurunkan kemampuan aktifitas fungsional indifidu sehari-hari .

Proses penyembuhan stroke umumnya memakan waktu cukup lama, berbulan-bulan dan bahkan tak jarang pula berlangsung bertahun-tahun. Hal ini menjadi sebuah beban bagi pasien dan keluarganya untuk menjalani proses pengobatan hingga tuntas. Oleh karena itu sangat dibutuhkan kesabaran dan partisipasi keluarga dalam memberikan dukungan pasien pasca stroke selama masa pemulihannya untuk meningkatkan semangat dan kualitas hidup pasien pasca stroke. Berdasarkan masalah yang diuraikan dalam latar belakang diatas maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien *stroke* pada *aggregate* dewasa di Puskesmas Batua, Sulawesi Selatan?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien *stroke* pada *Aggregate* dewasa di Puskesmas Batua, Sulawesi Selatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien stroke.
- b. Mengidentifikasi kemampuan perawatan diri pasien stroke pada *aggregate* dewasa.
- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke pada *aggregate* dewasa

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan acuan bagi masyarakat terutama keluarga untuk selalu memberi dukungan bagi anggota keluarga yang sedang dalam proses penyembuhan penyakit yang sedang dialami.

2. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman ilmiah yang berharga dalam mengaplikasikan dan menambahkan wawasan peneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke pada aggregate dewasa.

3. Bagi Penderita Stroke

Sebagai acuan pemahaman dan media informasi sehingga mengetahui pentingnya kemampuan perawatan diri pasien yang mengalami stroke dan akhirnya dapat dipraktekkan pada kehidupan sehari-hari.

4. 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 pasien stroke dengan memperhatikan dan meningkatkan dukungan oleh keluarga.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

1. Defenisi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam Akhmadi (2010) 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.

Dukungan keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan (Setiadi, 2008). Menurut Smeltzer (1994) dalam Christine (2010) dukungan keluarga didefenisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Jadi, dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga adalah segala bentuk tindakan dan jenis tindakan yang diberikan oleh anggota keluarga baik secara verbal atau nonverbal. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa legah karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya .

2. Fungsi dukungan keluarga

Caplan (1964) dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu:

a. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah. Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

b. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan dukungan berupa penguatan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada individu. Dukungan ini terjadi jika ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak berbicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif terhadap orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan pengharapan meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi yang baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stresor. Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menangani pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial, dan material berupa bantuan nyata. Bantuan langsung merupakan bagian dari dukungan nyata, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit, ataupun depresi yang membantu memecahkan masalah.

d. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan (Akhmadi, 2010). Dukungan emosional dapat didefinisikan sebagai persepsi tentang perawatan, kasih sayang dan kenyamanan yang diberikan yang dapat menurunkan tingkat stres dan depresi. Selama stres berlangsung, individu sering menderita secara emosional dan mengalami depresi, sedih, cemas, kehilangan harga diri. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai, bantuan dalam bentuk semangat, empati sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Ketidakpuasan hidup pada pasien disebabkan karena penurunan interaksi dengan lingkungan, hubungan orang tua dengan teman. Teman atau keluarga dapat menyediakan dukungan emosional yang dapat menenangkan individu yang mengalami stres.

3. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diadakan untuk keluarga, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Akhmadi, 2010).

4. Manfaat dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Akhmadi, 2010). Wills (1985) dalam Friedman (2010) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Akhmadi, 2010).

5. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (2010) ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia (Akhmadi, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orang tua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan, pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih 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, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial rendah (Akhmadi, 2010).

6. Penelitian Terkait Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Diri

Dalam bahasa medis, stroke disebut CVA (Cerebro-Vascular Accident) yaitu gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal dan atau global (Lingga, 2013).

Orem yang dikenal dengan model *self-care* memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi

kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. *Self-care* sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, seorang mempunyai hak dan tanggung jawab dalam perawatan diri sendiri, *self-care* juga merupakan perubahan tingkah laku secara lambat dan terus menerus didukung atas pengalaman sosial sebagai hubungan interpersonal, *self-care* akan meningkatkan harga diri seseorang dan dapat mempengaruhi dalam perubahan konsep diri.

Wurthingsih (2012) menegaskan bahwa status sehat dan status sakit para anggota keluarga saling mempengaruhi satu sama lain. Keluarga memainkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan pasien. Dukungan keluarga yang pertama adalah kehadiran keluarga dan kepedulian keluarga. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang.

Keluarga merupakan *support system* penderita stroke dalam mempertahankan kesehatannya. Keluarga merupakan komponen pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Dukungan sosial keluarga merupakan sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke.

Dukungan keluarga sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan penyembuhan dan pemulihan fisik dan kognitif pasien. Keluarga merupakan satu-satunya tempat yang sangat penting untuk

memberikan dukungan, pelayanan serta kenyamanan bagi pasien penderita stroke. Dukungan keluarga tercermin dalam sikap penuh kesabaran (Friedman, 2000), dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan (Wurthiningsih, 2012). 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 (Ahmadi, 2010).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Erlina (2014) tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari pada lansia pasca stroke non hemoragik di poliklinik neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi menyimpulkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga semakin tinggi tingkat kemampuan aktivitas pasien sehari-hari.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurul, dkk (2016) tentang pengaruh pelaksanaan discharge planning terhadap dukungan psikososial keluarga merawat pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pelaksanaan discharge planning terhadap dukungan keluarga pada pasien stroke.

B. Tinjauan Umum Tentang *Self-Care*

1. Definisi

Perawatan diri merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. Pemenuhan perawatan diri dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan terhadap perawatan diri, serta persepsi terhadap perawatan diri (Hidayat, 2009).

Orem mengembangkan definisi keperawatan yang menekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, baik laki-laki, perempuan maupun anak-anak. Tujuan dari teori orem adalah membantu klien melakukan perawatan diri sendiri (Potter, 2005). Orem yang dikenal dengan model *self-care* memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. *Self-care* sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, seorang mempunyai hak dan tanggung jawab dalam perawatan diri sendiri, *self-care* juga merupakan perubahan tingkah laku secara lambat dan terus menerus didukung atas pengalaman sosial sebagai hubungan interpersonal, *self-care* akan meningkatkan harga diri seseorang dan dapat mempengaruhi dalam perubahan konsep diri.

Orem membagi dalam kelompok kebutuhan dasar yang terdiri dari pemeliharaan dalam pengambilan udara (oksigen), pemeliharaan pengambilan air, pemeliharaan dalam pengambilan makanan, pemeliharaan kebutuhan proses eliminasi, aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara kesendirian dan interaksi social, kebutuhan akan pencegahan resiko pada kehidupan manusia dalam keadaan sehat dan kebutuhan dalam perkembangan kelompok sosial sesuai dengan potensi, pengetahuan dan keinginan manusia. Orem mengembangkan tiga bentuk teori *self-care* diantaranya:

a. Perawatan diri sendiri (*self-care*)

Dalam teori *self-care*, Orem mengembangkan bahwa *self-care* meliputi :

- 1) *Self-care* itu sendiri yang merupakan aktifitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.
- 2) *Self-care agency* merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.
- 3) Adanya tuntuan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.
- 4) Kebutuhan *self-care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, *self-care* yang bersifat universal itu adalah aktifitas sehari-hari ADL (Active Daily Living) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya. Sifat dari *self-care* selanjutnya adalah untuk perkembangan kepercayaan diri serta ditujukan pada penyimpangan kesehatan yang memiliki cirri perawatan yang diberikan dalam kondisi sakit atau dalam proses penyembuhan.

b. *Self-care* defisit

Self-care defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan yang dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self-care*, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu

dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi *support* meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik.

Dalam praktek keperawatan, Orem melakukan identifikasi kegiatan praktik dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pemecahan masalah, menentukan kapan dan bagaimana pasien memerlukan bantuan keperawatan, bertanggung jawab terhadap keinginan, permintaan serta kebutuhan pasien, mempersiapkan bantuan secara teratur bagi pasien dan mengkoordinasi serta mengintegritaskan keperawatan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Prinsip dalam keperawatan diri sendiri

- a. Bantuan secara penuh (*Wholly compensatory system*) merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien, dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan.
- b. Bantuan sebagian (*Partially compensatory system*) merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal.
- c. Suportif dan edukatif merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran (Hidayat, 2009).

3. Manfaat *self-care*

- a. Untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan
- b. Untuk mempertahankan kualitas kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan baik dalam keadaan sehat ataupun sakit. Membantu individu dalam mempertahankan *self-care* yang mencakup integritas structural, fungsi dan perkembangan.

C. Tinjauan Umum Tentang *Self-care* Pada Pasien *Stroke*

Stroke adalah penyebab utama dari kecacatan di Amerika Serikat. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa program rehabilitasi efektif dalam meningkatkan status fungsional pasien dan mengurangi ketergantungan pasien. Rehabilitasi medis memang mempengaruhi perkembangan, penyembuhan syaraf, tapi dipastikan bahwa tetap diperlukan terapi lain seperti *self-care*.

Saat ini terjadi peningkatan ketertarikan untuk mencari terapi alternatif yang dapat meningkatkan status fungsional pasien selain menggunakan terapi syaraf. Terapi alternative tersebut adalah *self-care* (Robinson, 2010). Bentuk-bentuk *self-care* pada pasien stroke yang dapat diajarkan keluarga kepada pasien stroke adalah mandi, berpakaian, makan, eliminasi, mobilisasi dan personal *hygiene* (Wesley, 2014).

1. Mandi

- a. Pasien stroke memiliki keterbatasan kemampuan untuk berdiri lama dan memiliki keseimbangan yang buruk maka diperlukan kursi disaat mandi.
- b. Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan (*hand rail*) agar pasien stroke tidak jatuh.

2. Berpakaian

- a. Posisi berbaring merupakan posisi yang baik dan aman di saat penderita stroke berpakaian .
- b. Saat berpakaian dimulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu.
- c. Saat melepas pakaian dimulai dari tangan dan kaki yang kuat terlebih dahulu.

3. Makan

- a. Di saat makan tinggi meja perlu disesuaikan dengan jangkauan pasien agar pasien stroke dapat mudah disaat makan
- b. Di saat makan kursi yang digunakan harus nyaman dan dapat menopang tubuh penderita stroke
- c. Sebelum makan, makanan yang sulit dipotong sebaiknya dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah saat makan.

4. Eliminasi

- a. Menggunakan *closet* (tempat BAB) yang duduk lebih baik daripada closet yang jongkok , karena *closet* duduk memudahkan saat BAB.
- b. Pasien yang mengalami gangguan berkemih, sebaiknya gunakan popok khusus (*pampers*) atau sesuai indikasi dari dokter
- c. Agar penderita stroke tidak menempuh jarak yang cukup jauh, sebaiknya menggunakan kamar mandi yang jaraknya dekat.

5. Mobilisasi

- a. Menggunakan kursi roda atau tongkat untuk beraktifitas di rumah
Jika mengalami keterbatasan untuk berdiri
- b. Penderita stroke memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan dan latihan menggerakkan anggota badan.

6. Personal Hygiene

- a. Penderita stroke perlu dijaga kebersihannya dengan mengganti pakaian dengan yang bersih.
- b. Jika terdapat kulit yang luka perlu diobati dan jangan dibiarkan dalam kondisi basah dan kotor.
- c. Sprei atau linen yang telah basah dan kotor perlu diganti agar kebersihan lingkungan penderita stroke terjaga

D. Tinjauan Umum Tentang *Aggregate Dewasa*

1. Batasan Dewasa

Masa dewasa adalah periode antara remaja akhir dan peretengahan yang berakhir pada usia 65 tahun (Edelman dan Mandle, 2007). Batasan kelompok usia dewasa terdiri dari dewasa awal dan dewasa tengah (Perry dan Potter, 2008). Massa dewasa awal adalah periode antara remaja akhir yang berusia 18 tahun sampai usia 35 tahun dan massa dewasa tengah dimulai usia akhir 35 tahun dan berakhir pada 65 tahun (Edelman dan Mandle, 2007). Menurut Depkes RI (2009) 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 mencapai usia 60 tahun ke atas.

Perkembangan kedewasaan mencakup perubahan yang teratur dalam karakter dan sikap. Haber (1992) dalam Potter & Perry (2008) 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, dkk, 2005, dalam Edelman dan Mandle, 2007).

E. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Dalam bahasa medis, stroke disebut CVA (Cerebro-Vascular Accident) yaitu gangguan syaraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal dan atau global (Lingga, 2013).

Menurut Riskesdas, (2015) stroke adalah penyakit pada otak berupa munculnya mendadak, progresif dan cepat. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik. Gangguan saraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin disertai perubahan kesadaran, gangguan penglihatan dan lain-lain.

2. Etiologi Stroke

a. Penyebab-penyebabnya antara lain :

- 1) Kurangnya suplai oksigen yang menuju otak
- 2) Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak
- 3) Adanya sumbatan bekuan darah di otak (Baticaca, 2008)

b. Ada pun faktor – faktor lainnya yang dapat menyebabkan stroke

- 1) Yang tidak dapat diubah (predisposisi) (Fransisca B, 2008)
 - a) Usia
 - b) Jenis Kelamin
 - c) Ras/bangsa
 - d) Riwayat Keluarga

2) Yang dapat diubah (presipitasi) (Muttaqin, 2008)

- a) Hipertensi merupakan faktor resiko utama, pengendalian hipertensi adalah kunci untuk mencegah stroke.
- b) Penyakit kardiovaskuler : arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif).
- c) Kolesterol tinggi.
- d) Obesitas.
- e) Merokok
- f) Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral).
- g) Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi,
- h) merokok, dan kadar estrogen tinggi)

3. Tanda dan Gejala Stroke

Menurut Smeltzer & Bare (2013) stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik yang bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Berikut defisit neurologik dan manifestasi klinik yang dapat timbul pada pasien stroke :

a. Defisit Lapang Pandang

Manifestasi yang dapat timbul adalah himonimus hemianopsia, kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia.

b. Defisit Motorik

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah hemiparesis, ataksia, disartia, dan disfagia.

c. Defisit Sensori

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah paratesia.

d. Defisit Verbal

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah afasia ekspresif dan afasia reseptif.

e. Defisit kognitif

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan memori, penurunan lapang pandang, kerusakan kemampuan berkonsentrasi, dan perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada stres, depresi, menarik diri, rasa takut dan marah serta perasaan isolasi.

4. Klasifikasi Stroke

Menurut Satyanegara (2007) yang dikutip oleh Ariani (2014), gangguan peredaran darah otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu stroke non-hemoragi/iskemik/infark dan stroke hemoragi.

a. Stroke Non-hemoragi/iskemik/infark

Tipe stroke ini terjadi karena aliran darah tersumbat atau berkurang ke daerah otak, penyumbatan ini dapat terjadi karena aterosklerosis atau penyumbatan aliran darah (Kowalak, 2011).

Menurut Satyanegara (2007) yang dikutip oleh Ariani (2014) menurut perjalanan klinisnya stroke non-hemoragi dapat dikelompokkan menjadi 4 bagian yaitu:

1) Serangan Iskemik Sepintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*)

TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

2) Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit- RIND*)

Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu.

3) *In Evolutional* atau *Progressing Stroke*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.

4) *Stroke Komplet (Completed Stroke/Permanent Stroke)*

Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

b. *Stroke Hemoragi*

Menurut Junaidi (2012) stroke hemoragi yaitu stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk kedalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Stroke hemoragi dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

- 1) Perdarahan subaraknoid (PSA), yaitu perdarahan yang masuk ke selaput otak.
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS), yaitu perdarahan yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

5. Patofisiologi Stroke

Menurut Price & Wilson (2012) gangguan pasokan darah otak dapat terjadi di mana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke

daerah tersebut. Proses patologik yang mendasarinya merupakan salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Keadaan patologik dapat berupa :

- a. Keadaan penyakit patah pembuluh darah itu sendiri, seperti pada arterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh darah, atau peradangan.
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embulus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstraniam.
- d. Ruptur vaskular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

6. Dampak Stroke

Menurut *Stroke Association*, terdapat beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke, yakni :

a. Masalah kognitif

Terdapat beberapa masalah kognitif terjadi pada penderita paska stroke. Beberapa masalah tersebut adalah :

1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah masalah mengenai memori jangka pendek. Artinya mengingat informasi baru bisa sangat sulit bagi penderita dan kecepatan menggunakan memori mereka mungkin tampak lebih lambat dari biasanya.

2) Perhatian

Setelah stroke akan mengalami kesulitan dalam memilih apa yang membutuhkan perhatian dan apa yang tidak dan bisa menjadi mudah terganggu. Pasien paska stroke akan merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan yang dilakukan.

3) Persepsi

Setelah stroke masalah bisa muncul pada berbagai tahap persepsi, misalnya mengambil informasi hingga menafsirkan informasi atau mengakses memori tentang informasi tersebut.

b. Masalah komunikasi

Kondisi utama dimana stroke dapat mempengaruhi komunikasi adalah sebagai berikut :

- 1) Afasia dapat mempengaruhi bagaimana berbicara, kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan dan membaca atau menulis.
- 2) Disartria terjadi ketika stroke menyebabkan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Jika terjadi disartria suara akan terdengar berbeda dan akan kesulitan dalam berbicara dengan jelas.
- 3) Dyspraxia pidato yang terjadi ketika tidak bisa menggerakkan otot-otot dalam urutan yang benar dan urutan untuk membuat suara yang diperlukan untuk pidato yang jelas. Hal ini membuat pasien paska stroke tidak dapat mengucapkan kata-kata dengan jelas.

c. Depresi

Depresi dapat terjadi kapan saja setelah stroke. Gejala yang paling umum dari depresi adalah :

- 1) Perasaan sedih
- 2) Merasa cemas
- 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan

d. Masalah emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosional
- 3) Kemarahan

e. Kelelahan

Pada pasien paska stroke akan merasa seperti tidak memiliki energi atau kekuatan. Kelelahan pada pasien paska stroke tidak selalu akan meningkat dengan istirahat dan tidak selalu berhubungan dengan aktivitas yang dilakukan. Pada pasien paska stroke kelelahan dapat berkisar dari yang relatif ringan sampai parah dan intensitas kelelahan tampaknya tidak terkait dengan tingkat keparahan atau jenis stroke yang pernah dialami.

f. Masalah fisik

Efek yang paling umum dari stroke terhadap gejala fisik adalah kelemahan, mati rasa dan kekakuan.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

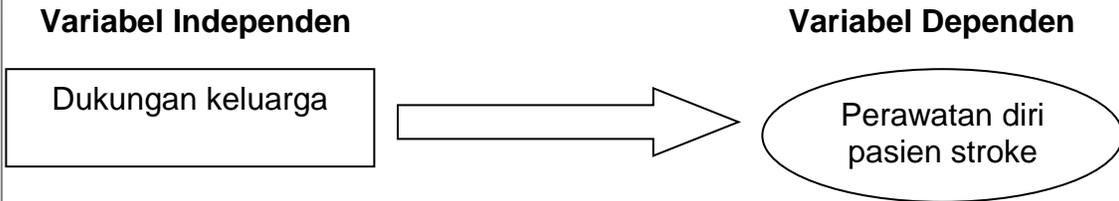
A. Kerangka Konseptual

Keluarga mempunyai pengaruh utama dalam kesehatan fisik dan mental setiap anggota keluarganya. Hal ini juga terkait dengan dukungan keluarga dalam kesehatan yaitu memberikan dukungan baik secara informasional, penghargaan, instrumental dan emosional. Setiap perubahan dalam diri individu sangat mempengaruhi hidupnya. Pada penderita stroke, peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan perawatan baik secara fisik maupun psikososial.

Self-care merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. Bentuk-bentuk *self-care* pada pasien stroke yang diajarkan adalah mandi, memakai baju, makan, eliminasi, personal hygiene dan mobilisasi.

Kurangnya dukungan keluarga terhadap perawatan diri pasien stroke mengakibatkan pasien cenderung tidak mempertahankan perawatan dirinya, sedangkan pasien mempunyai tanggung jawab dalam perawatan dirinya sehingga akan meningkatkan harga diri pasien, jika dukungan keluarga baik maka kemampuan pasien dalam perawatan diri juga akan baik.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian yang digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut:



Keterangan :

-  : Variabel Independen
-  : Variabel Dependen
-  : Penghubung Variabel

Gambar 2. 1. Bagan Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan juga kerangka konsep di atas maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien *stroke* pada *aggregate* dewasa di Puskesmas Batua Sulawesi Selatan.

C. Definisi Operasional

Tabel 3. 1. Definisi operasional variabel penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1	Variabel independen Dukung	Bantuan yang diberikan keluarga kepada	a. Dukungan informasi. b. Dukungan	Kuesioner	Ordinal	Mendukung : Jika total skor

	an Keluarg a	anggota keluarga mengalami stroke berupa emosional, penghargaan, instrument dan informasional	pengharga an. c. Dukungan instrument al. d. Dukungan emosional			jawaban responde n 55-108 Kurang Menduk ung : Jika total skor jawaban responde n 0-54
2	Variabel depende n: Perawat a n diri Pasien Pasca Stroke	Kemampuan dasar pasien pasca stroke dalam memenuhi kebutuhan dalam perawatan diri guna mempertahank an hidup, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya.	a. Mandi b. Berpakaia n c. Makan d. Eliminasi e. Mobilisasi f. Personal hygiene	Kuesioner	Ordinal	Baik: Jika total skor jawaban responde n 24-45 Kurang : Jika total skor jawaban responde n 0-23

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu jenis penelitian dimana pengambilan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan pada saat bersamaan yang bertujuan untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien *stroke* pada *aggregate* dewasa.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa di Puskesmas ini cukup banyak pasien pasca stroke yang dibutuhkan untuk dijadikan sampel dan belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan perawatan pasien stroke pada *aggregate* dewasa. Selain itu juga menghemat biaya serta waktu penelitian karena tempat penelitian mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai pada tanggal 13 Januari 2017 sampai 13 Februari 2017.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke yang berobat jalan di Puskesmas Batua Raya Sulawesi Selatan, sebanyak 86 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat terwakili sebagai populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama bagi seluruh anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan pendekatan *Accidental sampling* adalah pemilihan sampling dengan pertimbangan kemudahan peneliti dalam memilih sampel. Pada metode ini sampel diambil sesuai dengan keinginan peneliti. Seseorang dapat diambil sebagai sampel karena kebetulan ditemukan atau dikenali oleh peneliti, bila yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2014). Sehingga jumlah sampel diperlukan terpenuhi, jumlah sampel didapatkan 70 dengan menggunakan rumus besar sampel (Zainudin, 2000).

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{86 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (86-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\
 &= \frac{86 \cdot 3,84 \cdot 0,25}{0,0025 \cdot (85) + 3,84 \cdot 0,25} \\
 &= \frac{82,56}{0,2125 + 0,96} \\
 &= \frac{82,56}{1,1725} \\
 &= 70 \text{ sampel}
 \end{aligned}$$

Keterangan :

N = Perkiraan besar populasi

n = Perkiraan jumlah sampel

Z = Nilai standar nominal (1,96²)

P = Perkiraan populasi

q = 1-p (0,5)

d = Taraf signifikan yang dipilih (5% = 0,05)

Dalam penelitian ini untuk pengambilan sampel digunakan juga kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien stroke kesadaran penuh
- 2) Pasien dapat berkomunikasi
- 3) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Pasien tidak bisa membaca dan menulis

D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke pada aggregate dewasa. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti kemudian dibagikan kepada masing-masing responden. Kemudian responden diminta kesediannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara mengisi lembar kuesioner penelitian. Kuesioner terdiri dari 3 bagian yaitu bagian pertama adalah data demografi yang meliputi nama (inisial), jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan dan lama sakit. Bagian kedua mengukur variabel dukungan keluarga adalah kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari 36 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 4 pilihan jawaban dengan skor selalu diberi dukungan (3), sering diberi dukungan (2), kadang-kadang diberi dukungan (1), tidak pernah diberi dukungan (0). Bagian ketiga, mengukur variabel perawatan pasien stroke adalah kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari 15 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 4 pilihan

jawaban dengan skor selalu diberi dukungan (3), sering diberi dukungan (2), kadang-kadang diberi dukungan (1), tidak pernah diberi dukungan (0).

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur. Adapun prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data, yaitu rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar sebagai syarat mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian di Puskesmas Batua Sulawesi Selatan. Setelah mendapat persetujuan, maka peneliti melakukan penelitian. Langkah pertama adalah responden diberi informasi tentang penelitian yang meliputi tujuan, efek, dan dampak yang ditimbulkan dari penelitian. Setelah responden paham dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian maka dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. Informed consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.

2. Anonimity

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diisi dengan inisial atau kode.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. Data-data yang dikumpulkan berupa:

a) Data Primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti. Aplikasinya dalam penelitian ini adalah melalui

penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dengan cara menelusuri dan menelaah literature serta data yang diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas Puskesmas Batua Sulawesi Selatan.

Setelah data puskesmas tersebut diperoleh, dimasukkan kedalam pengujian statistic untuk memperoleh kejelasan tentang gambaran hubungan variable independen dan variable dependen.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Analisa data merupakan bagian dari suatu penelitian, di mana tujuan dari analisa data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisa dengan menggunakan program computer.

Adapun langkah-langkah pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi:

1. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar.

2. *Coding*

Coding dilakukan untuk memudahkan pengelolaan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. *Entry data*

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi computer.

4. *Tabulating*

Setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan uji statistik yaitu dengan menggunakan metode komputer program SPSS versi 20 windows.

1. *Analisis Univariat*

Analisa univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari setiap variabel yang diteliti.

2. *Analisis Bivariat*

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen yaitu (dukungan keluarga) dan variabel dependen yaitu (perawatan pasien stroke). Karena skala pengkategorianya adalah skala kategorik dan tabelnya berordo 2X2 maka uji statistik yang digunakan adalah uji statistik *Chi Square*. Dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ menggunakan program SPSS versi 20.0, dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a di terima dan H_o ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan pasien pasca stroke.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, maka H_o di terima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan pasien pasca stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Batua Makassar yang telah dilaksanakan pada tanggal 13 Januari 2017 - 13 Februari 2017. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Accidental Sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 70 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur. Sedangkan, pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 20*. Untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke, dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square*

2. Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Batua terletak di Kelurahan Batua Kecamatan Manggala. Puskesmas ini menerapkan sistem manajemen mutu yang berstandar Internasional setelah meraih sertifikat ISO 9001 : 2008. Puskesmas Batua berlokasi di Jl. Abdullah Daeng Sirua No 338. Luas Wilayah kerja Puskesmas Batua adalah 1017,01 km berpenduduk 51.654 jiwa yang terdiri dari laki-laki 24.157 jiwa dan 26.864 jiwa perempuan, serta jumlah Kepala keluarga sebanyak 20.832 KK

Wilayah kerja Batua meliputi 3 kelurahan yaitu Kelurahan Batua, Kelurahan Borong, Kelurahan Tello baru. Puskesmas Batua memiliki 30 posyandu balita yang terdapat di Kelurahan Batua : 11 Posyandu, Kelurahan Borong : 12 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 7 Posyandu, 9

posyandu lansia yang terdapat di Kelurahan Batua : 4 Posyandu, Kelurahan Borong : 2 Posyandu, Kelurahan Tello Baru : 3 Posyandu , 1 poskesdes dan 2 posbindu. Luas tanah Puskesmas Batua adalah 4500 M², terbagi atas ruang rawat jalan dengan luas bangunan 147 M² dan ruang rawat inap dengan luas bangunan 422 M².

Untuk meningkatkan kinerja Puskesmas Batua, telah ditetapkan Visi dan Misi untuk mendukung Rencana Strategis Depkes.

a. Visi

Menjadi Puskesmas dengan pelayanan terbaik yang sehat, nyaman dan mandiri untuk semua

b. Misi

- 1) Profesionalisme sumber daya manusia
- 2) Penyediaan sarana prasarana sesuai standar puskesmas
- 3) Penggunaan sistem informasi manajemen berbasis informasi teknologi
- 4) Penajaman program pelayanan kesehatan dasar berupa upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif
- 5) Pengembangan program inovasi unggulan
- 6) Peningkatan upaya kemandirian masyarakat
- 7) Pererat kemitraan lintas sentor

c. Tujuan

Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat serta memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Batua.

d. Strategi

- 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas induk
- 2) Meningkatkan pelayanan promotif dan preventif.

- 3) Meningkatkan pelayanan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) di Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.
 - 4) Memperkuat jaringan komunikasi dan koordinasi dengan *stake holder*
 - 5) Memperkuat jaringan peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- e. Motto Puskesmas Batua "SEGAR"
- 1) Senyum : merupakan modal dalam memberi pelayanan
 - 2) Efektif : dengan pelayanan tepat guna, berdaya guna, berhasil guna
 - 3) Gerakan : upaya cepat tindakan dalam pemberian layanan kesehatan masyarakat
 - 4) Amal : merupakan bentuk kerelaan hati petugas dalam memberi pelayanan
 - 5) Ramah : adalah sikap yang tertanam dalam jiwa petugas kesehatan

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas
Batua Makassar

Kelompok Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
41-45	2	2.9
46-50	9	12.9
51-55	8	11.4
56-60	24	34.3
61-65	27	38.6
Total	70	100.0

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 orang responden kelompok umur terbanyak berada pada umur 61-65 tahun 27 orang (38.6%) dan jumlah terkecil pada umur 41-45 tahun 2 orang (2.90%).

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di
Puskesmas Batua Makassar

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
SD	1	1.4
SMP	1	1.4
SMA	49	70.0
PT	19	27.1
Total	70	100.0

Sumber : Data primer 2017

Menurut hasil penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 orang responden data jumlah pendidikan terakhir responden paling banyak adalah SMA 49 orang (70.0%) dan jumlah pendidikan terakhir responden dengan jumlah terkecil adalah SD dan SMP yaitu 1 orang (1.4%).

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di
Puskesmas Batua Makassar

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Wiraswasta	25	35.7
IRT	16	22.9
PNS	10	14.3
Pensiunan	19	27.1
Total	70	100.0

Sumber : Data primer 2017

Dari hasil penelitian berdasarkan pekerjaan yang dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar, maka dari 70 responden jumlah pekerjaan terbesar berada pada status wiraswasta 25 orang (35.7%) dan jumlah terkecil pada status PNS 10 orang (14.3%).

d. Karakter Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan pada Pasien Stroke di Puskesmas Batua Makassar

Status Perkawinan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Kawin	70	100.0
Belum Kawin	0	0.0
Total	70	100.0

Sumber : data primer 2017

Dari hasil penelitian di Puskesmas Batua Makassar, didapati bahwa dari 70 orang responden berdasarkan status perkawinan paling besar jumlahnya pada status kawin 70 orang (100%).

4. Hasil Analisa Variabel Penelitian

a. Analisa Univariat

1) Dukungan Keluarga

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan keluarga di Puskesmas Batua Makassar

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Mendukung	51	72.9
Kurang Mendukung	19	27.1
Total	70	100.0

Sumber : Data Primer, 2017

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar dari 70 responden diperoleh 51 orang (72.9%) dengan dukungan keluarga mendukung, dan 19 orang (27.1) dengan dukungan keluarga kurang mendukung.

2) Perawatan Diri Pasien *Stroke*

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Perawatan Diri Pasien *Stroke* Di Puskesmas Batua Makassar

Perawatan Diri	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	51	72.9
Kurang	19	27.1
Total	70	100.0

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar, dari 70 orang responden diperoleh 51 orang (72.9%) memiliki perawatan diri yang baik dan 19 orang (27.1%) memiliki perawatan diri yang kurang.

b. Analisis Bivariat

Tabel 5.7

Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan Diri Pasien *Stroke* di Puskesmas Batua Makassar

Dukungan Keluarga	Perawatan Diri				Total		P value
	Baik		Kurang		N	%	
	f	%	f	%			
Mendukung	51	72.9	0	0.0	51	72.9	0,000
Kurang Mendukung	0	0.0	19	27.1	19	27.1	
Total	51	72.9	19	27.1	70	100.0	

Sumber : Data Primer, 2017

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke di Puskesmas Batua Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Puskesmas Batua Makassar, diperoleh dari 70 responden didapatkan dukungan keluarga yang mendukung dengan perawatan diri baik sebanyak 51 (72.9%) responden, sedangkan dukungan keluarga yang kurang mendukung dengan perawatan diri kurang sebanyak 19 (27.1%) responden.

Analisa ini menggunakan uji statistik Chi Square, Hasil uji statistik diperoleh dengan nilai $p=0,000$ dimana nilai $\alpha=0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa $p<\alpha$. Hal ini menunjukkan bahwa Hipotesis Alternatif (H_a) diterima dan Hipotesis nol (H_o) ditolak, berarti ada hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Perawatan Diri pasien stroke di Puskesmas Batua Makassar.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dimana dari 70 responden yang diteliti terdapat 51 (72,9%) responden yang mempunyai dukungan keluarga mendukung dan dapat melakukan perawatan diri dengan baik. Terdapat 19 (27.1%) responden mempunyai dukungan keluarga yang kurang mendukung dan memiliki ketergantungan dalam melakukan perawatan diri. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pada pasien pasca stroke dengan menggunakan uji statistik Chi Square diperoleh nilai $p=0,000 < \alpha=0,05$. Hal ini berarti ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pada pasien pasca stroke di Puskesmas Batua Makassar.

Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan adanya dukungan keluarga yang mendukung bagi pasien pasca stroke maka kehidupan dari

pasien dapat dipertahankan dengan pola hidup yang lebih baik. Dukungan keluarga yang diterima oleh pasien cenderung memperoleh dukungan keluarga yang mendukung hingga dukungan yang kurang mendukung dengan perbandingan nilai mendukung 72,9% dan kurang mendukung 27,1%. dan perbandingan perawatan diri pasien pasca stroke yang baik 72,9% dan perawatan diri kurang 27,1%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yaslina (2011) dimana dari hasil analisis dengan menggunakan uji *chi square* terdapat hubungan dukungan keluarga dengan perawatan di rumah pada agregate dewasa pasca stroke di Kota Bukittinggi. 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 peneliti yaitu 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.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Batua Makassar dimana dari 70 responden yang diteliti terdapat dukungan keluarga yang kurang mendukung dengan perawatan diri kurang adalah 19 orang (27.1%). Hal ini sejalan dengan teori yang dipaparkan oleh Tumiem 2014 bahwa dukungan keluarga merupakan faktor paling utama yang sangat berpengaruh terhadap penderita stroke, seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan motivasi yang lebih tinggi sehingga pasien stroke merasa di perhatikan sehingga mempunyai keinginan untuk cepat sembuh begitu pula sebaliknya, jika dukungan keluarga kurang maka motivasi klien untuk sembuh pun kurang. Keluarga memegang peranan penting dalam proses rehabilitasi pasien stroke.

Rehabilitasi merupakan masa yang sulit dan dapat berlangsung 6 bulan atau lebih tergantung pada kemauan dan keterlibatan keluarga (Sutrisno, 2007). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kristo & Wanda (2015) mengenai hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pada pasien pasca stroke untuk menjalani fisioterapi di Rumah Sakit Stella Maris yang menyatakan bahwa selain dukungan keluarga ada pula faktor-faktor lain yang perlu diperhatikan yang dapat mempercepat masa penyembuhan pasien stroke. Pasien cepat mendapat tindakan keperawatan dan keberhasilan program rehabilitasi setelah masa perawatan secara intensif di rumah sakit. Tugas ahli rehabilitasi medik untuk menetapkan program rehabilitasi apa yang harus dilakukan oleh pasien karena program pemulihan yang mereka alami berbeda-beda. Program pemulihan dilakukan sesuai defisit neurologis yang mereka alami, di samping itu diperlukan juga kerja sama antara perawat, dokter, speech therapy, dan ahli-ahli yang lain terkait kecacatan yang dialami pasien.

Menurut asumsi peneliti, dukungan keluarga yang diperoleh pasien pasca stroke berada pada kategori mendukung. Perawatan diri pasien pasca stroke mampu bertahan hidup dan menjalankan perawatan diri sebagai seorang pasien stroke. Hal tersebut disebabkan karena peran dan dukungan dari keluarga memberikan kekuatan besar bagi pasien pasca stroke dalam menjalani aktivitasnya setiap hari. Dukungan keluarga yang diberikan terhadap anggota keluarga berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Dari dukungan keluarga tersebut muncul suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

Stroke merupakan salah satu penyakit yang bersifat menahun dan proses pemulihan yang lama. Keadaan tersebut membuat klien stroke

mebutuhkan dukungan dari lingkungan mereka khususnya keluarga. Kesuksesan keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarga dengan stroke dapat mempercepat pemulihan mobilitas, pencapaian dalam aktivitas sehari-hari dan kualitas kehidupan klien. (Lewis at al.,2007), Dukungan keluarga sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan penyembuhan dan pemulihan fisik dan kognitif pasien. Friedman (dalam Caplan, 2010) juga menegaskan bahwa keluarga merupakan satu-satunya tempat yang sangat penting untuk memberikan dukungan, pelayanan serta kenyamanan bagi pasien penderita stroke. Dukungan keluarga tercermin dalam sikap penuh kesabaran, dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan.

Keluarga merupakan *support system* penderita stroke dalam mempertahankan kesehatannya. Keluarga merupakan komponen pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Dukungan sosial keluarga merupakan sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke (Okthavia, 2014).

Keluarga memainkan suatu peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan pasien. Dukungan keluarga yang pertama adalah Kehadiran keluarga dan kepedulian keluarga. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang.

Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga memegang peranan penting dalam menentukan proses penyembuhan seseorang termasuk pada pasien stroke. Keluarga merupakan orang terdekat, terpercaya dan keterikatan fisik dan emosional seperti pada suami, istri, anak, saudara kandung dan mertua yang memberikan dukungan berupa sikap, tindakan dan perhatian yang sangat menentukan status kesehatan sehingga mempengaruhi kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pasien pasca stroke itu sendiri. Dengan adanya perhatian, kasih sayang dalam mendampingi pasien pasca stroke, pasien merasa lebih nyaman, optimis dan termotivasi yakin untuk sembuh sehingga dapat melakukan aktivasi sehari-harinya secara mandiri.

Jika dikaitkan dengan fakta atau kejadian yang diteliti bahwa pasien pasca stroke menimbulkan kekhawatiran yang berlebihan bagi keluarga dan membutuhkan bantuan yang dapat menyebabkan ketergantungan aktivitas sehari-hari yang lebih tinggi. Hal tersebut diperoleh berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Batua Makassar bahwa dukungan keluarga yang tepat akan memperbaiki atau mempertahankan kemampuan aktivitas sehari-hari. Hal ini karena dukungan keluarga sangat diperlukan dalam menghadapi masalah, salah satunya dalam menghadapi penyakit yang menyerang salah satu anggota keluarga. Dukungan keluarga secara langsung dapat menurunkan tingkat stress yang diakibatkan oleh suatu penyakit dan secara tidak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga. Sebaliknya dukungan keluarga yang kurang terhadap perawatan diri pasien stroke akan mengakibatkan pasien cenderung tidak mempertahankan perawatan dirinya.

Gejala sisa pada pasca stroke 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 dirumah dan kehilangan pekerjaan rumah. Klien dapat menjadi beban bagi keluarga akibat tidak bekerja lagi dan merasakan tidak berguna dalam keluarga akibat kehilangan atau perubahan fungsi peran yang terjadi. 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 lebih berguna. Penelitian ini menemukan adanya kesesuaian dengan penelitian Taylor (2009). Klien pasca stroke di anjurkan untuk terus menjalankan hobby, rekreasi, dan menggunakan waktu luang serta berhubungan dengan teman-teman mereka (Smeltzer & Bare, 2005). Hal tersebut merupakan salah satu cara motivasi membantu klien pasca stroke untuk mengurangi kejenuhan mereka serta mengurangi stress yang dapat terjadi akibat penyakit yang di derita. Klien hendaknya dihargai terhadap kemampuan yang telah di lakukannya karena itu akan mendorong dan memotivasi klien untuk meningkatkan aktivitas termasuk pada aktivitas sosial melalui keikutsertaan dan keterlibatannya pada kegiatan yang di lakukannya. Aggregate dewasa pasca stroke yang di hargai dalam melakukan kegiatan-kegiatan mereka dan kondisi mereka setelah terjadinya serangan stroke akan membuat mereka berpikir positif serta meningkatkan motivasi dalam aktivitas kehidupan.

Proses penyembuhan stroke umumnya memerlukan waktu cukup lama, berbulan-bulan dan bahkan tak jarang pula berlangsung bertahun-tahun. Hal ini merupakan sebuah beban bagi pasien dan keluarganya untuk menjalani proses pengobatan hingga tuntas. Oleh karena itu sangat dibutuhkan peran dan dukungan keluarga dalam proses penyembuhan sehingga mereka termotivasi untuk sembuh. Dibutuhkan kesabaran dan partisipasi keluarga dalam memberikan dukungan pada pasien pasca stroke selama masa pemulihannya untuk meningkatkan semangat.

C. Keterbatasan Peneliti

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan-keterbatasan yang peneliti alami pada waktu penelitian, diantaranya:

1. Peneliti merupakan peneliti pemula sehingga pengetahuan dan pengalaman yang peneliti miliki masih sangat terbatas.
2. Jumlah sampel masih terlalu sedikit sehingga kurang representatif dan diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan sampel yang lebih banyak dan cakupan yang lebih luas.
3. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 70 responden pada tanggal 13 Januari 2017 sampai tanggal 13 Februari 2017 di Puskesmas Batua, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dukungan keluarga pada pasien stroke di Puskesmas Batua Raya Makassar sebagian besar memberikan dukungan baik.
2. Perawatan diri pasien stroke di Puskesmas Batua Makassar sebagian besar memiliki perawatan diri baik.
3. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan perawatan diri pasien stroke.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Keluarga

Diharapkan dapat menjadi masukan bagi keluarga untuk tetap memberikan dan meningkatkan dukungan dan motivasi bagi anggota keluarganya terutama dengan tidak menganggap pasien sebagai beban dan selalu mencari informasi penting untuk perawatan pasien.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan agar tenaga kesehatan lebih memperhatikan dan memberikan pelayanan yang menyeluruh kepada pasien pasca stroke,

tidak hanya memperhatikan kebutuhan fisik saja tetapi juga kebutuhan psikologi sehingga pasien mampu mengatasi masalahnya.

3. Bagi Puskesmas

Diharapkan agar lebih memperhatikan dan memberikan pelayanan yang lebih menyeluruh kepada pasien pasca stroke

4. Bagi Peneliti

Untuk peneliti selanjutnya yang berminat meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan perawatan diri pasien stroke pada aggregate dewasa agar dapat menambahkan teori-teori baru yang mendukung. Perlu juga menambahkan jumlah sampel yang cukup banyak dengan menggunakan teknik pengambilan sampel *Accidental sampling* sehingga hasil penelitian juga akan semakin baik.