



SKRIPSI

**PENGALAMAN KELUARGA TENTANG HOME CARE
PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN FENOMENOLOGI

OLEH:

INGGRIT ANGELINA (C.12.14201.026)

LEISLY RAHANTEN (C.12.14201.030)

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

2016



SKRIPSI

**PENGALAMAN KELUARGA TENTANG HOME CARE
PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

INGGRIT ANGELINA (C.12.14201.026)

LEISLY RAHENTEN (C.12.14201.030)

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

2016

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Inggrit Angelina (C.12 14201.026)
Leisly Rahanten (C 12 14201 030)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-mediaformatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 03 Mei 2015

(Inggrit Angelina)

(Leisly Rahanten)

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis haturkan kepada Tuhan Yesus Kristus atas segala hikmat, kebaikan, kekuatan dan kasih karunia-Nya yang sangat luar biasa sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul **“Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Tentang Home Care Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**. Karya tulis ini dilaksanakan sejak bulan februari hingga maret 2016. Penulis menyadari begitu banyak pihak yang terlibat dalam membantu kelancaran proses penyusunan dan penyelesaian karya tulis ini. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis dengan tulus ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.Ns.MSN selaku Ketua STIK Stella Maris atas kesempatan yang diberikan kepada penulis dalam mengikuti akademik dan dalam menyelesaikan program studi Sarjana Keperawatan.
2. Sr.Anita S,JMJ,S.Kep,Ns,MAN, selaku Ketua Bidang Akademik
3. Fransiska Anita,S.Kep.Ns.M.Kep.Sp.MB selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan
4. Sr.Anita S,JMJ,S.Kep,Ns,MAN, dan bapak Hasrat Jaya Ziliwu,S.Kep,Ns,M.Kep sebagai Dewan Penguji. Terima kasih atas masukan dan kritikan yang membangun, tanpa masukan dari Suster dan bapak mungkin kami tidak akan benar-benar menguasai penelitian kualitatif kami
5. dr.Thomas Soharto,M.Kes selaku direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Terima kasih karena telah memberikan ijin dan kesempatan kepada kami dalam melakukan penelitian di rumah sakit Stella Maris Makassar.
6. Teristimewa buat kedua orang tua tercinta bapak Agustinus Sampe S.E dan bapak Joseph Rahanten, serta ibu Cecilia Paulina, dan ibu Lusia Bahy, kakak dan adik yang menjadi kekuatan terbesar kami

dalam meraih asa. Terima kasih atas doa yang tidak henti-hentinya mengalir buat kami, kepercayaan, motivasi dan dukungan tiada henti selama ini. Karya ini kami persembahkan sebagai tanda bakti dan cinta kasih kami kepada kalian. GOD bless you in everywhere and everytime.

7. Seluruh dosen STIK Stella Maris yang telah memberikan ilmu dan membimbing selama menjalani proses akademik
8. Teman-teman seperjuangan kami sekelas dan teman seangkatan, walaupun sama-sama berjuang dan sibuk namun tetap saling memberikan semangat dalam proses penyelesaian karya tulis.
9. Keluarga dari pasien yang telah menjadi partisipan. Terima kasih telah meluangkan waktunya untuk membantu kelancaran penelitian.

Tidak ada yang bisa kami berikan sebagai balasan hanya rasa ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segalanya semoga Allah Maha Kuasa yang mengembalikan berlipatganda segala kebaikan yang telah kami terima.

Makassar, 03 Mei 2016

Penulis

ABSTRAK
STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KELUARGA TENTANG
HOME CARE PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA
MARIS MAKASSAR
(dibimbing oleh Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

INGGRIT ANGELINA, dan LEISLY RAHANTEN
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
(xv + 54 Halaman + 1 Tabel + 8 Lampiran)

Stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak dan dapat mengakibatkan kerusakan pada sebagian atau secara keseluruhan dari otak. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana pengalaman keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke di rumah sakit stella maris Makassar. Penelitian ini dilakukan dikediaman partisipan di kota kota Makassar pada bulan Maret 2016.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Subjek dalam penelitian ini adalah empat anggota keluarga yang memiliki salah satu anggota keluarga yang sedang merawat pasien pasca stroke. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan: (1) Pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke. (2) Pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke. (3) Layanan kesehatan bagi pasien pasca stroke. Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat terkhusus bagi petugas kesehatan agar semakin termotivasi untuk memberikan penyuluhan kesehatan mengenai stroke dan pengetahuan bagi masyarakat dalam mengenal peran serta fungsi keluarga dalam kesehatan.

Kata kunci: *home care*, keluarga, pengalaman, stroke,
Daftar Pustaka: 10 buku + 20 jurnal (2004-2014)

ABSTRACT
PHENOMENOLOGI STUDY: FAMILY EXPERIENCE OF HOME CARE
PATIENTS POST-STROKE IN HOSPITAL STELLA MARIS
MAKASSAR
(Adviser by Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

INGGRIT ANGELINA, dan LEISLY RAHANTEN
S1 NURSING PROGRAM AND NURSES
(xv + 54 Pages + 1 table + 8 Appendix)

Stroke is a sudden attack that occurs in the brain and can cause damage to the part or the whole of the brain. This research aims to explore how the family's experience of *home care* patients post-stroke in the hospital Stella Maris Makassar. This research is conducted on March 2016.

This research used a qualitative method with phenomenology approach. Subjects in this study were four family members who are caring for patients after stroke. Based on the result of the research, we can concluded: 1). Fulfillment the basic needs of patients post-stroke. 2). Maintenance and treatment of patients post-stroke. 3). Health care for patients post-stroke. The result of this research was expected to give beneficial information particularly for the medical staff to be more motivated to give health counseling about stroke and functions of the family in health.

Keywords: *home care*, family, experience, stroke
Referances: 10 books, 20 journals (2004-2014)

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN SAMPUL LUAR..... | i |
| HALAMAN SAMPUL DALAM..... | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN OROSINALITAS..... | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI..... | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| ABSTRAK..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | xi |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xii |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 5 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 5 |
| 1. Tujuan Umum..... | 5 |
| 2. Tujuan Khusus..... | 5 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 6 |
| BAB II TINJAUAN TEORI | |
| A. Tinjauan Umum Tentang <i>Home Care</i> | 7 |
| B. Pengertian Pengalaman..... | 8 |
| C. Konsep Stroke..... | 8 |
| 1. Definisi..... | 8 |
| 2. Etiologi..... | 9 |
| 3. Patofisiologi..... | 10 |
| 4. Manifestasi Klinis..... | 11 |
| D. Konsep Keluarga..... | 13 |
| 1. Pengertian Keluarga..... | 13 |
| 2. Fungsi Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan..... | 13 |
| E. Kebutuhan Dasar Pasien Pasca Stroke..... | 20 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|-------------------------------------|----|
| A. Desain Penelitian..... | 25 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 25 |
| C. Informan/ Partisipan..... | 25 |
| D. Instrument Penelitian..... | 26 |
| E. Pengumpulan Data..... | 27 |
| F. Analisa Data..... | 28 |
| G. Uji Keabsahan Data..... | 29 |
| H. Etika Penelitian..... | 30 |

BAB IV HASIL PENELITIAN

| | |
|--|----|
| A. Karakteristik Tempat Penelitian..... | 32 |
| B. Karakteristik Partisipan..... | 34 |
| C. Analisa Tematik..... | 34 |
| 1. Tema 1: Pemenuhan Kebutuhan Dasar Pasien Pasca Stroke..... | 36 |
| 2. Tema 2: Pemeliharaan dan Perawatan Pasien Pasca Stroke..... | 40 |
| 3. Tema 3: Layanan Kesehatan Pada Pasien Pasca Stroke..... | 44 |

BAB V PEMBAHASAN.....46

| | |
|---|----|
| A. Pembahasan Tema..... | 46 |
| Tema 1: Pemenuhan Kebutuhan Dasar Pasien Pasca Stroke..... | 46 |
| Tema 2: Pemeliharaan Dan Perawatan Pasien Pasca Stroke..... | 48 |
| Tema 3: Layanan kesehatan pada pasien pasca stroke..... | 51 |
| B. Keterbatasan Penelitian..... | 52 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| BAB VI PENUTUP | 54 |
| A. Kesimpulan..... | 54 |
| B. Saran..... | 55 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Karakteristik Partisipan

Tabel 2. Catatan Lapangan

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

Lampiran 2. Lembar Permohonan Partisipan

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Partisipan

Lampiran 4. Pedoman Wawancara

Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian

Lampiran 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu Negara berkembang yang saat ini sedang mengalami masa peralihan, dari masyarakat agraris menjadi masyarakat industry. Indonesia juga menghadapi dampak perubahan tersebut dalam bidang kesehatan. Salah satu tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan kesehatan tersebut adalah transisi epidemiologi, dimana masih tingginya jumlah kejadian penyakit menular yang diikuti dengan mulai meningkatnya penyakit-penyakit tidak menular yang sebagian besar bersifat multikausal (disebabkan oleh banyak faktor) (Depkes 2007). Hal ini dapat terjadi karena perubahan pola hidup yang mencontoh masyarakat modern, seperti mengonsumsi *fast food*, kurangnya olahraga, kebiasaan merokok dan faktor-faktor lainnya (Mangoenprasodjo, 2005). Salah satunya adalah penyakit stroke yang saat ini pada umumnya digolongkan sebagai penyebab kematian nomor tiga pada usia lanjut setelah penyakit jantung dan kanker, serta penyebab kecacatan nomor satu di seluruh dunia. (Pusat Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke di Yogyakarta, 2008).

Jumlah penderita stroke di seluruh dunia terus meningkat. Pada konferensi ahli saraf internasional di Inggris dilaporkan bahwa terdapat lebih dari 1000 penderita stroke berusia kurang dari 30 tahun. Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 (American Heart Association, 2010).

Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting dan mendesak, karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia terbanyak di Asia. Jumlah penderita stroke dengan rata-rata berusia 60 tahun ke atas berada di urutan ke lima terbanyak di Asia (Yayasan Stroke

Indonesia, 2010). Jumlah pasien stroke mencapai 8,3 per 100 populasi di Indonesia (Depkes, 2007). Selain itu, di provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009 terdapat 81,6% kasus stroke dan terhadap 31,4% kematian. Insidensi tertinggi yaitu Kabupaten Pare-pare 18,6% dan CFR (Case Fatality Rate) 13,7%, kemudian Palopo 17,6% dan CFR 12,5% serta Tanah Toraja 10,3%. Kemudian meningkat pada tahun 2010 menjadi 1598 kasus dan 121 kematian. Adapun insiden tertinggi yaitu di Kabupaten Soppeng sebanyak 62,14% dan CFR 1,4%, kemudian Pinrang 7,69% dan CFR 17,7% serta Wajo 4,38% dan CFR 20% (Profil Kesehatan Sulawesi Selatan, 2009-2010).

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran, area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Manifestasi klinis yang disebabkan diantaranya adalah kehilangan motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, disfungsi kandung kemih. Penderita stroke pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, di perlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan berbagai masalah. Masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke antara lain: kelumpuhan/kelemahan, gangguan keseimbangan, gangguan berbicara atau berkomunikasi, gangguan menelan, dan gangguan memori sehingga pasien tersebut memerlukan bantuan dalam kebutuhan sehari-harinya. (Mulyatsih, 2008).

Dukungan dari keluarga dan pemberi perawatan jangka panjang yang tepat membuat pasien pasca stroke dapat memperoleh kembali kualitas hidup mereka, sehingga ketergantungan pasien pasca stroke terhadap orang lain dapat diminimalkan serta proses penyembuhan pada pasien tersebut dapat ditingkatkan. Perawatan pasca stroke di rumah yang dapat dilakukan oleh keluarga meliputi membantu aktivitas fisik, menangani kebersihan diri (*personal hygiene*), membantu dalam

pemberian makan dan minum, kepatuhan pengobatan, mengatasi masalah emosional dan kognitif, pencegahan terjadinya cedera atau jatuh, dan membantu pasien memenuhi kebutuhan spiritualnya (Sustrani, et. al 2003). Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri sendiri karena cacat atau umur terlalu muda, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada (Setiadi, 2010).

Pemanfaatan pelayanan kesehatan dan sumber daya keluarga dapat mengalami hambatan jika keluarga tidak tahu atau tidak sadar bahwa fasilitas kesehatan dan sumber daya keluarga itu ada, tidak memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan dan sumber daya keluarga, kurang percaya terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan, adanya pengalaman yang kurang baik dari petugas kesehatan, rasa takut akibat dari tindakan terhadap fisik/psikologis, keuangan dan sosial, tidak adanya fasilitas kesehatan yang diperlukan, tidak ada atau kurangnya sumber daya keluarga, rasa asing atau dukungan dari masyarakat (Maglaya, 1978 dalam Friedman, 2002).

Keluarga secara mandiri dapat melatih dan memotivasi anggota keluarga dengan pasca stroke untuk kembali melakukan aktivitas sehari-hari (*Activitas Of Daily Living= ADL*) tanpa tergantung orang lain. Selanjutnya dalam hal ini keluarga dapat berkolaborasi dengan perawat komunitas yang mempunyai andil atau kontribusi terhadap pelayanan kesehatan di tingkat individu, keluarga di rumah (*home care*) sehingga keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam merawat anggota keluarga dengan pasca stroke di rumah (Mulyatsih & Ahmad, 2010).

Kebutuhan akan kesinambungan asuhan keperawatan (*Continuity of Care*), dan integrasi *home care* sebagai komponen penting dalam sistem jaringan Rumah Sakit dengan Komunitas (*Hospital - Based Home Care*), melalui layanan *home care*, klien dengan kondisi pasca akut dan *disable* atau dengan kondisi penyakit kronis tidak lagi perlu menjalani *hospitalisasi* sehingga pasien dan keluarga diberdayakan untuk turut ambil bagian dalam upaya proses pemulihan ataupun melakukan upaya-upaya preventif sekunder dan tersier, bantuan yang diberikan oleh perawat *home care* sesuai dengan porsi dan kebutuhan. Dengan demikian, secara logis rumah sakit dapat lebih menyediakan tempat bagi pasien yang membutuhkan, rata-rata jumlah klien rawat berkurang dan biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil (Susilaningsih, 2008).

Penelitian (Parellangi, 2012), setelah dilakukan intervensi pelayanan *home care* dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga selama 7 (tujuh) hari kunjungan, berdasarkan hasil observasi pada pengukuran akhir, terjadi peningkatan yang bermakna kondisi kesehatan pasien membaik secara fisik, psikologi, sosial, dan spiritual yang ditampilkan dengan penampilan pasien rapi, bersih dan segar, kekuatan otot ekstermitas kanan dan kiri mengalami peningkatan yang signifikan menjadi rata-rata kekuatan otot 4 (empat), kondisi kamar tidur dan kamar mandi sudah di modifikasi lingkungannya sehingga tertata dengan baik; kondisi emosi pasien sudah mulai stabil, ekspresi wajah ceria, sudah bersosialisasi dengan orang lain dengan rutin melakukan kontrol perkembangan kesehatannya bersama keluarga baik di puskesmas maupun di rumah sakit, dan sudah melaksanakan shalat atau ibadah sesuai dengan agama dan keyakinannya masing-masing.

Dari informasi yang diterima oleh peneliti dari beberapa keluarga pasien pasca stroke diketahui bahwa keluarga belum mampu untuk merawat anggota keluarga yang terkena stroke dikarenakan

kurangnya pengetahuan dan keluarga mengaku belum terampil tentang cara merawat anggota keluarga yang mengalami pasca stroke sehingga kebutuhan dasar pasien pasca stroke tersebut tidak terpenuhi, seperti kurangnya perawatan diri, kurangnya pemberian makanan maupun air putih, keluarga juga kurang melakukan mobilisasi pada penderita pasca stroke, dikarenakan anggota keluarga tidak paham tentang pemberian mobilisasi yang tepat dan benar.

Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian tentang “pengalaman keluarga pasien pasca stroke tentang *home care*”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan di atas, maka peneliti merumuskan suatu masalah yaitu “bagaimana pengalaman keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke di rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman keluarga pasien pasca stroke tentang *home care*.

2. Tujuan khusus

- 1) Mengeksplorasi keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke
- 2) Mengeksplorasi kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke.
- 3) Mengeksplorasi terpenuhinya layanan kesehatan pada pasien pasca stroke.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan harapan memberikan manfaat yang positif dari beberapa pihak terkait:

1. Bagi Petugas Kesehatan dan Praktisi *Home Care*

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan sebagai bahan masukan yang bermanfaat kepada perawat yang melakukan praktik *home care* maupun petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk merawat pasien khususnya pada kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga pasca stroke.

2. Bagi Peneliti

Membuka wawasan, menambah pengetahuan dan memberikan pengalaman dalam penelitian di komunitas dan di lapangan serta dapat mempraktikkan teori yang telah dipelajari di institusi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang Home Care

Home care merupakan komponen dari pelayanan kesehatan yang komprehensif dimana pelayanan kesehatan disediakan untuk individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk mempromosikan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian serta meminimalkan ketidak mampuan dan kesakitan. *Home care* adalah system dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya. (Triwibowo, 2012)

Menurut *American Medical Association*, *home care* merupakan penyediaan peralatan dan jasa pelayanan keperawatan pada pasien di rumah yang bertujuan untuk memulihkan dan mempertahankan secara maksimal tingkat kenyamanan dan kesehatan. Dalam kasus apapun, efektifitas perawatan berbasis rumah membutuhkan upaya kolaboratif pasien, keluarga, dan professional.

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan RI dalam makalahnya pada seminar nasional 2007 tentang *home care*: "Bukti Kemandirian Perawat" menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan kesehatan di rumah sebagai salah satu bentuk praktik mandiri perawat. Pelayanan keperawatan di rumah merupakan sintesis dari pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dan keterampilan teknis keperawatan klinik yang berasal dari spesialisasi keperawatan tertentu. Pelayanan keperawatan kesehatan di rumah mencakup upaya untuk menyembuhkan, mempertahankan, memelihara dan

meningkatkan kesehatan fisik, mental atau emosi pasien. Pelayanan diberikan di rumah dengan melibatkan pasien dan keluarganya atau pemberi pelayanan yang lain.

Perawatan di rumah harus diberikan sesuai dengan kebutuhan individu dan keluarga, direncanakan, dikoordinasikan dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi pelayanan di rumah melalui pengaturan berdasarkan perjanjian.

B. Pengertian Pengalaman

Pengalaman adalah pengetahuan dan hasil observasi terhadap sesuatu benda atau kejadian. Pengalaman tidak hanya memahami, tetapi merupakan proses aktif dari penemuan dan perubahan dalam memahami situasi nyata (Benner & Wrubel, 1982 dalam Tomey, 2006). Menurut Hider dan Gadamer (1970, dalam Tomey, 2006), pengalaman adalah hasil dari perubahan yang terjadi pada situasi nyata yang dialami seseorang. Dari teori tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa pengalaman adalah perubahan aktif yang dialami seseorang pada situasi nyata dari hasil observasi kejadian atau mengalami langsung.

Pengalaman terdiri dari *immediacy of experience* yang diartikan sebagai pengalaman baru yang dialami seseorang terhadap suatu kejadian dan *subjective experience* merupakan persepsi yang dibentuk dari hasil interaksi yang lama dengan kejadian atau situasi kejadian (Emerson, 2009).

C. Konsep Stroke

1. Definisi

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi system saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). (Lionel Ginsberg, 2005). Price & Wilson (2005) mendefenisikan bahwa stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang mengacu kepada setiap

gangguan neurologic mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui system suplai arteri otak. Bustan (2007) menyatakan bahwa stroke adalah suatu penyakit deficit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu.

Dari semua definisi stroke di atas dapat diambil kesimpulan bahwa stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak dan dapat mengakibatkan kerusakan pada sebagian atau secara keseluruhan dari otak yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak, biasanya berlangsung lebih dari 24 jam, hal ini menyebabkan gangguan neurologic mendadak karena terhentinya aliran darah melalui system arteri otak.

2. Etiologi

Secara garis besar berdasarkan kelainan patologis yang terjadi, stroke dibedakan menjadi sebagai berikut:

1) Stroke iskemik

Sekitar 80% sampai 85% stroke adalah iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum.

Klasifikasi stroke iskemik berdasarkan waktunya terdiri atas:

1. *Transient Ischaemic Attack* (TIA): deficit neurologis membaik dalam waktu kurang dari 30 menit,
2. *Reversible Ischaemic Neurological Deficit* (RIND): deficit neurologis membaik dalam waktu kurang dari 1 minggu,
3. *Stroke In Evolution* (SIE)/*Progressing Stroke*,
4. *Completed Stroke*

Terdapat empat sub tipe dasar pada stroke iskemik berdasarkan penyebab: lakunar, thrombosis pembuluh darah

besar dengan aliran pelan, embolik dan kriptogenik (Dewanto dkk, 2009).

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vascular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subarachnoid atau langsung ke dalam jaringan otak.

Beberapa penyebab perdarahan intraserebrum: perdarahan intraserebrum hipertensif; perdarahan subarachnoid (PSA) pada ruptur aneurisma sakular (Berry), ruptur malformasi arteriovena (MAV), trauma; penyalahgunaan kokain, amfetamin; perdarahan akibat tumor otak; infark hemoragik; penyakit perdarahan sistemik termasuk terapi antikoagulan (Price, 2005).

3. Patofisiologi

Otak merupakan jaringan yang memiliki tingkat metabolisme paling tinggi. Meskipun massa yang dimiliki hanya sekitar 2% dari massa keseluruhan tubuh, jaringan otak menggunakan hingga 20% dari total curah jantung (Wahjoepramono, 2005). Aliran darah yang membawa glukosa dan oksigen ke otak sangat penting bagi kehidupan dan metabolisme sel-sel otak. Sel otak yang tidak dialiri aliran darah yang membawa glukosa dan oksigen dapat rusak bahkan menjadi mati. Stroke terjadi ketika ada gangguan pasokan aliran darah otak didalam arteri yang membentuk sirkulasi Willis; arteri karotis interna dan system vertebrobasilaris atau semua cabangnya yang disebabkan thrombus ataupun emboli sehingga terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Jika aliran darah ke otak terputus selama 15 menit sampai 20 menit, menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron dan akhirnya terjadi infark atau

kematian jaringan. Proses patologi yang terjadi pada pembuluh darah yang memperdarahi otak dapat berupa; keadaan penyakit pada pembuluh darah itu sendiri seperti aterosklerosis, thrombosis, robeknya dinding pembuluh darah, atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah (syok atau hiperviskositas darah), gangguan aliran darah akibat bekuan atau emboli infeksi yang berasal dari jantung dan pembuluh ekstrakranium, rupture vaskuler dalam jaringan otak atau ruang subarachnoid. (Price & Wilson, 2005).

4. Manifestasi klinis

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologic, bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Adapun tanda dan gejalanya yaitu:

a) Deficit motorik

Deficit motorik adalah efek yang paling jelas ditimbulkan oleh stroke. Deficit motorik meliputi gangguan mobilitas, fungsi respirasi, menelan dan bicara, *gag reflex*, dan kemampuan merawat diri.

b) Komunikasi

Hemiparese kiri dominan dalam keterampilan bahasa, ketidakmampuan berbahasa termasuk ekspresi, penulisan serta pengucapan kata. Pasien menalami afasia dan disfasia.

c) Afek

Pasien yang mengalami stroke sulit untuk mengontrol emosinya. Respon emosi berlebihan dan tidak terduga. Perasaan depresi dihubungkan dengan perubahan *body image* dan kehilangan fungsi, pasien juga terkadang frustrasi karena gangguan mobilisasi dan ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik.

d) Fungsi intelektual

Kemampuan memori dan berpendapat menurun, gangguan pada otak kiri menyebabkan memori bahasa, pasien sangat berhati-hati dalam membuat keputusan. Sedangkan gangguan pada otak kanan lebih cenderung impulsif dan bergerak cepat.

e) Perubahan spasial persepsi

Kategori pertama berhubungan dengan persepsi pasien yang tidak tepat terhadap diri dan penyakitnya, hal ini berkaitan dengan gangguan pada lobus parietal. Pasien mungkin mengingkari penyakitnya dan bagian dari tubuhnya. Kategori kedua, persepsi pasien yang salah terhadap tempat/ruang, pasien mengabaikan semua input dari sisi yang terkena. Hal ini diperburuk dengan *homonymous hemianopsia*, dimana terjadi kebutaan yang sama pada kedua mata, setengah lapang pandang, pasien juga sulit berorientasi spasial terhadap jarak. Kategori ketiga *agnosia*, ketidakmampuan mengenali objek melalui penglihatan, sentuhan ataupun pendengaran. Kategori keempat, *apraxia*, ketidakmampuan mengikuti perintah dalam gerakan. Pasien mungkin menyadari ataupun tidak perubahan spasial persepsinya.

f) Eliminasi

Sebagian besar masalah eliminasi dan feses terjadi sementara. Jika yang terkena stroke hanya pada satu hemisfer di otak, prognosis fungsi kandung kemih akan normal, sedikit ada sensasi pengisian kandung kemih dan volunteer urin. Pada awalnya pasien mungkin mengalami frekuensi, urgensi, dan inkontinensia. Meskipun kontrol motorik usus tidak mengalami masalah konstipasi, hal tersebut lebih dihubungkan pada imobilitas, kelemahan otot abdomen, dehidrasi, dan mengurangi respon untuk reflex defekasi. (Lewis. Et al, 2007).

D. Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga (Duval, 1972 dalam Setiadi, 2010). Setiadi (2010) menambahkan keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik

2. Fungsi keluarga dalam perawatan kesehatan

Dalam pemeliharaan anggota keluarga, keluarga sebagai individu (klien) tetap berperan dalam melakukan peran sebagai anggota keluarga. Keluarga mempunyai tugas di bidang perawatan kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Sehat secara optimum merupakan tujuan utama keluarga dalam siklus biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Tetapi keadaan sehat selalu berubah setiap saat dengan kemampuan individu keluarga tersebut. Sesuai dengan kontinum sehat-sakit tingkat kesehatan selalu bergerak ke kanan dan ke kiri. Jika ke kiri (arah sehat optimum), orang dikatakan sehat atau sebaliknya, jika bergerak ke kanan, orang dikatakan sakit.

Perbedaan persepsi keluarga tentang sehat sakit berbeda-beda. Hal tersebut dipengaruhi oleh budaya setempat. Perbedaan persepsi tersebut menimbulkan perbedaan dalam cara atau tingkat pemecahan masalah, perbedaan tersebut bergantung pada tingkat pengetahuan, kemauan dan kemampuan individu dan keluarga.

Proses mengenal masalah kesehatan berkaitan dengan persepsi, pandangan dan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga. Semakin tinggi pengetahuan keluarga maka proses mengenal masalah akan lebih cepat dilakukan oleh keluarga.

Ketidak sanggupannya keluarga dalam mengenal masalah diungkapkan oleh Bailon dan Maglaya (1978), dalam Friedman (2010), dapat diakibatkan oleh adanya ketidaktahuan tentang fakta-fakta, rasa takut akan akibat jika masalah diketahui baik secara sosial (cap dari masyarakat, hilangnya penghargaan), ekonomi-ongkos dan fisik/psikologis, sikap dan falsafah hidup.

b. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1978), dalam Friedman (2010), bagaimanapun miskin atau tidak berdayanya sebuah keluarga, keluarga tetap mempunyai hak dan kewajiban untuk mengambil keputusan. Perasaan dan pendapat keluarga terhadap masalah mereka dan cara-cara bagaimana mereka sendiri memecahkannya perlu diperhatikan dan diberikan kesempatan.

Dalam perawatan pasien sebagai individu, keluarga berperan sebagai pengambil keputusan. Hal ini jelas sekali pada masyarakat timur yaitu bukan hanya anggota keluarga inti saja yang mengambil keputusan, anggota keluarga jauh (misalnya nenek, kakek, paman) juga ikut serta dalam pengambilan keputusan pada keluarga berpenghasilan rendah karena ketidakmampuannya. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogyanya meminta bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang

mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

Pengambilan keputusan adalah proses pencapaian persetujuan dan komitmen anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga status kesehatan. Dengan kata lain, pembuatan keputusan merupakan “alat untuk menyelesaikan segala sesuatu” (Scanzoni Szinovacs, 1980 dalam Friedman, 2002).

c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Seringkali keluarga telah mengambil tindakan kesehatan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Sehingga perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

Keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dilakukan selama anggota keluarga dirawat di institusi pelayanan kesehatan ataupun pada kondisi setelah perawatan. Dalam fase rehabilitasi keluarga dituntut untuk mempertahankan kondisi kesehatan anggota keluarga sehingga anggota keluarga yang sakit dapat tetap mempertahankan kualitas hidupnya.

Suprajitno, (2004), menyampaikan bahwa dalam melakukan perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan penting untuk diketahui pengetahuan keluarga tentang penyakit yang dialami anggota keluarga (sifat, penyebaran, komplikasi, kemungkinan setelah tindakan dan

cara perawatan), pemahaman keluarga tentang peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga, pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga (keluarga yang mampu dan dapat bertanggung jawab, sumber keuangan/financial, fasilitas fisik, dukungan psikologis) dan bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dan membutuhkan bantuan.

Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit dapat terhambat jika keluarga tidak mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis, dan perawatannya), tidak mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, tidak adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, kurang pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur perawatan/pengobatan, ketidakseimbangan sumber-sumber yang ada pada keluarga untuk perawatan (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/financial dan fasilitas fisik), sikap negatif terhadap yang sakit, adanya konflik individu, sikap/pandangan hidup dan perilaku mementingkan diri sendiri, Bailon & Maglaya, (1978), dalam Friedman, (2010).

d. Memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan keluarga

Lingkungan sehat pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula (Notoatmojo, 2010).

Dalam hal memiliki anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mampu untuk mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Kondisi lingkungan yang harus diperhatikan secara fisik adalah pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga

Selain hal diatas, perlu diperhatikan lingkungan psikologis yang dapat mendukung terhadap peningkatan kesehatan anggota keluarga. Keluarga harus mampu untuk memahami proses tumbuh kembang individu keluarga yang sakit karena lingkungan psikologis yang diberikan akan berbeda.

Dalam memodifikasi lingkungan rumah, Suprajitno, (2004), menyampaikan bahwa penting bagi keluarga untuk memiliki pengetahuan tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga di sekitar lingkungan rumah, kemampuan keluarga melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan, pengetahuan keluarga tentang pentingnya dan sikap keluarga terhadap sanitasi higienis sesuai syarat kesehatan, pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan keluarga, dan kebersamaan anggota keluarga untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga.

Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dapat mengalami hambatan dikarenakan sumber-sumber keluarga tak seimbang/tidak cukup (keuangan, tanggung jawab/wewenang anggota keluarga, dan fisik (isi rumah tidak teratur), sempit/berjejal, kurang dapat melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan dimasa yang akan datang, adanay konflik personal/psikologis (krisis identitas: ketidaktepatan peranan, rasa iri dan merasa bersalah/tersiksa), ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit,

sikap/pandangan hidup dan ketidakkompakan keluarga (sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesepakatan dan acuh terhadap anggota keluarga yang mengalami krisis)). (Bailon & Maglaya, 1978, dalam Friedman, 2010).

- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya (Suprajitno, 2004).

Faktor utama lainnya yang teridentifikasi sebagai praktik yang mempengaruhi kesehatan adalah keyakinan kesehatan individu dan keluarga tentang pencarian perawatan dan tindakan kesehatan.

Pencarian perawatan dan tindakan kesehatan ini berkaitan dengan perilaku pencarian penyembuhan (*health seeking behaviour*) yaitu bagaimana orang sakit memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Perilaku ini melewati beberapa tahapan yaitu mengenali gejala penyakit dengan menggunakan caranya sendiri, melakukan penyembuhan atau pengobatan sendiri sesuai dengan pengetahuan, keyakinan atau kepercayaannya, melakukan upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan dari luar, sesuai dengan pemahaman dan persepsi terhadap penyakitnya tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Pelayanan kesehatan sebagai tempat pencarian penyembuhan atau pengobatan seharusnya dilakukan sesuai dengan urutan di bawah ini:

- 1) Pelayanan kesehatan primer, bentuknya puskesmas, dokter praktek, bidan atau mantri praktek. Apabila pelayanan kesehatan primer ini tidak berhasil menanganinya, maka baru mencai pelayanan kesehatan rujukan.
- 2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama (rumah sakit tipe D/C). Bagi masyarakat pedesaan, dimana bidan praktek

atau mantri praktek, maka dokter atau puskesmas merupakan pelayanan kesehatan rujukan tingkat pertama.

- 3) Pelayanan kesehatan tingkat dua (rumah sakit tipe B atau A) adalah pelayanan kesehatan rujukan yang mempunyai sarana prasarana lengkap, serta mempunyai tenaga medis maupun para medis yang lebih ahli. Bagi masyarakat pedesaan dimana kesehatan primer yang digunakan bidan atau mantri praktek maka rumah sakit kabupaten tipe C sudah merupakan pelayanan rujukan kesehatan yang paling tinggi. Sebaliknya bagi golongan orang mampu utamanya di kota besar, maka pelayanan rujukan yang digunakan adalah rumah sakit internasional, baik yang ada di Jakarta, maupun di luar negeri.

Dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, keluarga harus mempunyai pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau, pemahaman keluarga tentang keuntungan yang dapat diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas dan petugas kesehatan yang dilayani dan keterjangkauan keluarga terhadap fasilitas kesehatan dan bila tidak dapat apa penyebabnya.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan yang ada ini dapat mengalami hambatan jika keluarga tidak tahu atau tidak sadar bahwa fasilitas-fasilitas kesehatan itu ada, tidak memahami keuntungan-keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, adanya pengalaman yang kurang baik dari petugas kesehatan, rasa takut akibat dari tindakan terhadap fisik/psikologis, keuangan dan sosial, tidak terjangkaunya fasilitas kesehatan yang diperlukan, tidak ada atau kurangnya sumber daya keluarga, rasa asing atau tidak adanya dukungan dari

masyarakat dan sikap/filsafat hidup (Bailon, Maglaya, 1987, dalam Friedman, 2002)

E. Kebutuhan Dasar Pasien Pasca Stroke

Bustan (2007) menyatakan bahwa stroke adalah suatu penyakit deficit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Manifestasi klinis penyakit stroke diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik dan disfungsi kandung kemih (Smeltzer & Bare, 2002).

Namun apabila stroke ini ditangani dengan baik, maka akan dapat meminimalkan kecacatan dan mengurangi ketergantungan pada orang lain dalam beraktifitas. Perawat mempunyai peranan yang sangat besar dalam memberikan asuhan keperawatan dan dukungan pada pasien stroke dan keluarganya. Peran perawat dimulai dari tahap akut hingga tahap rehabilitasi, serta pencegahan terjadinya komplikasi pada pasien stroke (*National Institute Of Neurological Disorder And Stroke*, 2008).

Setelah kondisi pasien stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan. Di Negara maju, biasanya pada fase pemulihan ini pasien dipindah rawat dari rumah sakit akut ke pusat rehabilitasi (*Rehabilitation Center*) atau Rumah Sakit Komunitas (*Step Down Care Hospital*). Tetapi, di Indonesia hampir semua pasien pasca stroke pulang ke rumah atau ke tempat tinggal keluarga. Perjalanan penyakit stoke beragam. Ada penderita stroke yang pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan. Cacat yang diderita dapat mengakibatkan penderitanya tidak mampu melakukan banyak hal, misalnya:

1. Tidak mampu berbicara atau berkomunikasi

2. Tidak dapat jalan sendiri
3. Harus dibantu buang air besar
4. Tidak terkontrolnya BAK
5. Membutuhkan bantuan untuk mobilisasi
6. Membutuhkan bantuan untuk perawatan diri

Bagi pasien, mengalami stroke merupakan pukulan bagi dirinya, yang menimbulkan krisis sosial dan emosional. Ia ingin mendapatkan informasi yang lebih jelas mengenai masalah kesehatannya, implikasi serta petunjuk penyesuaian terhadap masalah tersebut.

Penyakit yang dialami oleh pasien pasca stroke ini, membuat ia menjadi tergantung pada orang lain untuk membantunya dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, hal ini akan menimbulkan depresi, bekurangnya harga diri. Perubahan terhadap keadaan baru ini dipengaruhi juga oleh kepribadian pre-morbid (sebelum sakit), status sosial, serta berat cacat dan jenis cacat.

Kebutuhan hidup pada penderita pasca stroke tidak berbeda dengan manusia biasa, penderita tidak sekedar memiliki kebutuhan hidup sendiri, namun juga memiliki kebutuhan sosial dan kebutuhan lain. Tetapi pada pasien pasca stroke ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan seperti terjadinya luka tekan di kulit pasien akibat tekanan, terjadinya kekakuan otot dan sendi, dan terjadinya nyeri bahu (*Shoulder pain*), serta yang perlu diperhatikan adalah mencegah terjadinya serang stroke yang berulang. Oleh karena itu, secara garis besar kebutuhan penderita pasca stroke dapat berupa:

1. Kebutuhan fisik dan ekonomi, yang meliputi: pangan, sandang, papan, kesehatan, dan seksual.
2. Kebutuhan psikis, yang meliputi: rasa aman, kasih sayang, dan dihormati.
3. Kebutuhan sosial, yang meliputi: komunikasi, dan bisa kembali aktif dalam kegiatan dimasyarakat.

Apa bila kebutuhan tersebut tidak segera diatasi atau di penuhi, maka dapat menjadikan masalah. Upaya pemenuhan kebutuhan penderita pasca stroke yang dapat dilakukan untuk mewujudkan kemandirian pasien pasca stroke meliputi:

1. Pemenuhan Kebutuhan Fisik:

- a. Kebutuhan pangan, merupakan kebutuhan pokok manusia, karena pangan merupakan sumber tenaga zat pembangun, zat pengatur/pelindung tubuh, serta dapat menjaga daya tahan tubuh terhadap penyakit. Dalam pemenuhan kebutuhan pangan harus di sesuaikan dengan kondisi penderita pasca stroke, seperti makanan dengan menu seimbang sesuai kalori yang di butuhkan, banyak mengandung tinggi serat, kurangi asupan lemak, gula, dan garam. Masak dengan cara merebus, mengukus, dan hindari cara memasak dengan menggoreng, hindari makanan yang menggunakan banyak garam dapur, batasi makanan yang menggunakan soda, hindari makanan siap saji, hindari makanan dan minuman yang mengandung tinggi natrium.
- b. Kebutuhan sandang, merupakan kebutuhan utama sebagai pelindung tubuh dari pengaruh cuaca seperti dingin, angin, dan sengatan matahari. Dalam pemenuhan kebutuhan pakaian ini, pakaian yang harus diperhatikan untuk penderita pasca stroke sebaiknya yang bertekstur halus dan mampu menyerap keringat, seperti kaos atau katun.
- c. Kebutuhan papan, merupakan tempat untuk berlindung dari panas, dingin, hujan, maupun dalam mewujudkan keamanan/ketentraman dan kebahagiaan lahir batin. Dalam pemenuhan kebutuhan papan bagi penderita pasca stroke di usahakan tidak mengundang bencana (licin, naik turun), dan sarana penerangan yang cukup.

- d. Kebutuhan pemeliharaan kesehatan. Menjaga kesehatan pasien pasca stroke di upayakan dalam bentuk penyediaan makanan yang bergizi pakaian yang memenuhi syarat kesehatan, dan lingkungan yang sehat. Di samping itu, di upayakan agar pasien pasca stroke melakukan olahraga sesuai dengan latihan olahraga yang telah di rencanakan dengan baik.
 - e. Kebutuhan seksual, masalah seksual juga merupakan kebutuhan penderita pasca stroke, meskipun aktivitas seksual ini tidak selalu hubungan seks untuk mendapatkan kepuasan biologis, namun lebih menekankan pada aspek psikologisnya atau sebagai pengungkapan rasa saling menyayangi dan kebersamaan.
2. Pemenuhan Kebutuhan Psikis: pada dasarnya penderita pasca stroke membutuhkan rasa aman, dalam arti mereka bebas dari ancaman dan segala kekhawatiran. Untuk itu, perlu di ciptakan suasana aman dan membiarkan pasien pasca stroke melakukan kegiatan dalam batas kemampuan yang dimiliki, tidak terlepas dari pantauan keluarga maupun pengasuh yang menjaganya. Dalam pemenuhan kebutuhan psikis penderita pasca stroke, selain memberika rasa aman dan juga kasih sayang, memberikan penghormatan dan juga kegiatan keagamaan. Dengan pemenuhan kebutuhan tersebut akan mempengaruhi sikap pada penderita pasca stroke.
3. Pemenuhan Kebutuhan Sosial: Sebagai makhluk sosial pasien pasca stroke membutuhkan orang lain, agar berguna dan di terima oleh orang lain. Pasien pasca stroke kadang juga mengalami gangguan fungsi luhur berupa gangguan memori atau daya ingat. Hal yang dapat dilakukan adalah dengan memperlihatkan kepada pasien album foto keluarga, teman, dan kerabat, atau gambar-

gambar yang pernah dikenal oleh pasien. Hal lain yang dapat dilakukan adalah dengan meletakkan benda yang menunjukkan waktu di kamar pasien. Selain itu hal yang bisa juga dilakukan adalah mengajak pasien membicarakan masa lalu yang menyenangkan.

Banyak penderita stroke dapat kembali kerumah, baik dari kondisi yang darurat yang dirawat inap atau dari rehabilitasi. Penderita pasca stroke yang akan pulang ke rumah akan dilakukan kunjungan percobaan satu atau dua hari sebelum penderita benar-benar dibiarkan kembali kelingkungan rumahnya. Kunjungan yang dilakukan ini akan membantu pasien untuk mengetahui apakah pasien cukup sehat untuk pulang. Beberapa orang yang mengalami stroke dengan kerusakan yang lebih parah, mereka mungkin perlu bantuan ekstra dengan perawatan pribadi yang membutuhkan perawatan jangka panjang.

Yang harus diperhatikan ketika pasien akan pulang adalah, bagaimana kesiapan rumah tempat dimana pasien akan pulang, hal yang diperhatikan adalah kondisi rumah yang harus diubah sesuai dengan keadaan atau kondisi penderita untuk memenuhi kebutuhannya, diantaranya:

- a. Keselamatan: lihat disekitar rumah penderita dan singkirkan benda apapun yang berbahaya. Seperti kamar tidur pasien sebaiknya di lantai bawah (yang dulunya tidur di lantai atas), lantai kamar mandi tidak licin, keset diluar pintu kamar mandi (yang tidak licin), membuat pegangan tangan di kamar mandi atau daerah lain.
- b. Aksesibilitas. Penderita harus mampu bergerak bebas di dalam rumah. Penggunaan meja di samping tempat tidur pasien, sehingga pasien dapat mengambil sendiri barang yang ia butuhkan (letakkan meja pada sisi tubuh pasien yang sehat).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fenomenologi merupakan suatu metode yang digunakan untuk mempelajari pengalaman seseorang terhadap suatu fenomena tertentu (Morse, 1994). Dalam studi ini peneliti akan mendeskripsikan dan menganalisis data secara mendalam, lengkap dan terstruktur dari pengalaman hidup atau sudut pandang dan pemahaman partisipan tentang *home care* sehingga memperoleh intisari (*essence*), makna atau arti dari suatu peristiwa atau fenomena tersebut.

Melalui penelitian ini, peneliti mampu memahami makna dari tindakan yang dilakukan oleh keluarga terhadap anggota keluarganya yang baru saja terkena stroke dan untuk menelusuri kedalaman dan kompleksitas dari fenomena yang terjadi pada keluarga pasien pasca stroke tentang *home care*.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Sulawesi Selatan pada bulan Januari 2016 sampai Februari 2016.

C. Informan/ Partisipan

Penelitian ini menggunakan keluarga pasien yang datang ke tempat fisioterapi di rumah sakit khususnya keluarga dari pasien pasca stroke sebagai partisipan penelitian. Jumlah partisipan dalam penelitian ini berkisar 3 sampai 15 orang, yang paling penting dari jumlah tersebut adalah bagaimana partisipan yang sedikit dapat menggambarkan makna dari fenomena yang akan diteliti.

Dalam penelitian ini teknik yang dilakukan adalah sampel *Purposive* yang menggunakan teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang datang membawa anggota keluarga yang sakit ke bagian fisioteraphy yang tentunya memenuhi syarat untuk mengikuti studi ini. Untuk memenuhi persyaratan studi ini kriteria inklusi untuk partisipan adalah sebagai berikut:

1. Bersedia menjadi informan
2. Keluarga dari pasien pasca stroke yang mengalami keterbatasan dalam pemenuhan ADL (*Activity of Daily Living*)
3. Informan adalah salah satu anggota keluarga yang sangat dekat dengan pasien dalam memberikan dukungan, harapan serta membantu secara langsung dalam merawat pasien.

G. Instrumen Penelitian

Instrumen utama dalam pengumpulan data yaitu peneliti itu sendiri (*Human Instrument*). Adapun instrumen pelengkap yang digunakan oleh peneliti yaitu:

1. Panduan wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan bantuan alat tulis dan *tape recorder*, dimana instrument ini digunakan untuk menggali informasi yang dibutuhkan dalam mengetahui pengalaman keluarga tentang *home care* pada pasien pasca stroke.
2. Selain menggunakan panduan wawancara mendalam, peneliti juga menggunakan *catatan lapangan* sebagai alat bantu dalam studi dokumentasi dan format observasi untuk pengumpulan data sekunder, dimana catatan lapangan ini menunjukkan ekspresi nonverbal dari informan.

H. Pengumpulan Data

Lincoln dan Guba dalam Sugiyono (2014), mengemukakan ada tujuh langkah dalam penggunaan wawancara untuk mengumpulkan data dalam penelitian kualitatif, yaitu:

1. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan.
2. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan.
3. Mengawali atau membuka alur wawancara.
4. Mengkonfirmasi ikhtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
5. Menuliskan hasil wawancara kedalam catatan lapangan
6. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh

Dalam proses pengumpulan data, ada beberapa metode yang dapat dilakukan oleh peneliti dan disesuaikan dengan kaidah penelitian kualitatif yaitu dengan cara menumpulkan data primer dan sekunder

1. Data Primer

Dalam memperoleh data primer, peneliti melakukan wawancara mendalam kepada informan. Wawancara tersebut dilakukan dengan cara menanyakan sesuatu kepada informan dan bercakap-cakap secara langsung (*face to face*). Berikut adalah tahapan pengambilan data yang akan dilakukan peneliti:

- a. Peneliti melakukan wawancara mendalam dengan informan minimal selama 30 menit dan maksimal 60 menit untuk mengetahui pengalaman yang dialami informan secara spesifik dan informan akan menceritakan semua pengalamannya dengan jelas dan lengkap.
- b. Wawancara yang dilakukan akan direkam dengan *tape recorder* agar semua pembicaraan akan terekam dan tidak ada yang terlewat.

2. Data Sekunder

Peneliti membuat catatan lapangan / *field note* untuk mencatat ekspresi, mimik, maupun respon informan dengan hal

tersebut peneliti akan mengetahui bagaimana informan ketika wawancara.

F. Analisa Data

Tehnik analisa data yang digunakan yaitu metode *content analysis* (analisis isi). Langkah-langkah yang digunakan dalam penelitian ini berpedoman pada tahap-tahap yang diungkapkan Dharma (2011), seperti:

1. Membuat transkrip data

Mendengarkan deskripsi verbal partisipan dari *tape recorder* dan membaca catatan lapangan untuk menganalisis pertanyaan-pertanyaan spesifik mengenai *home care*, kemudian ditranskrip kedalam text narasi yang siap dianalisis.

2. Menentukan *meaning unit*

Setelah membuat transkrip data dari hasil wawancara, tidak semua pernyataan partisipan mengandung makna sesuai dengan tujuan penelitian, maka data yang tidak relevan dihilangkan tanpa mengurangi makna dari data secara keseluruhan.

3. Meringkas dan mengorganisir data

Pada tahap ini, data yang mengandung makna (*meaning unit*) diatur, diurutkan, dikelompokkan sesuai dengan topik atau pertanyaan yang diajukan.

4. Melakukan abstraksi data

Selanjutnya peneliti mengelompokkan data yang memiliki makna yang sama kemudian membuat label terhadap data tersebut. Tahap abstraksi data yaitu:

a. Koding

Koding adalah membuat label pada data yang memiliki makna. Setiap *meaning unit* diberi label dengan kode berupa kata atau frase yang dibuat oleh peneliti berdasarkan apa yang disampaikan partisipan.

b. Membuat kategori

Setelah melakukan koding, peneliti membuat kategori dari beberapa label yang merupakan tingkatan deskriptif dari isi data yang dapat dilihat sebagai ekspresi dari data tersebut. Beberapa kode yang sama dikelompokkan menjadi suatu kategori, dan beberapa kode lainnya membentuk kategori yang lain pula.

c. Menyusun tema

Tema merupakan ekspresi dari isi laten sebuah teks yang telah dibuat dalam bentuk kategori. Satu tema disusun dari beberapa kategori dalam kelompok yang sama.

5. Mengidentifikasi variabel

Tema-tema yang telah teridentifikasi dari kumpulan data dirumuskan dan dikelompokkan menjadi suatu variabel. Variabel yang teridentifikasi kemudian dilihat kecenderungan hubungan secara kualitatif.

6. Menarik kesimpulan

Pada tahap ini, peneliti memahami kembali seluruh isi data dan mengidentifikasi benang merah dari kumpulan kategori, tema, hubungan antara tema dan variabel. Kemudian, mengintegrasikan hasil secara keseluruhan ke dalam bentuk deskripsi naratif mendalam tentang gambaran persepsi keluarga mengenai *home care* untuk kemudian dipresentasikan dalam laporan hasil.

G. Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, kebenaran terhadap data atau informasi yang dihasilkan peneliti yang telah dilakukan (Afiyanti, 2008; Robson, 2011). Uji keabsahan data (*trustthiwortiness*) dalam penelitian kualitatif meliputi uji *credibility* (validitas internal), *transfesability* (validitas

eksternal), *dependability* (reliabilitas), dan *confirmability* (objektivitas) (Sugiyono, 2014).

Untuk meningkatkan keabsahan data, peneliti melakukan beberapa strategi, yaitu:

1. Melakukan *Member Check/Feedback* Partisipan

Hasil interpretasi dan deskripsi data yang dihasilkan dinilai berkualitas baik jika data tersebut mudah dikenali oleh para partisipannya. *Member check* merupakan proses pengecekan data yang diperoleh dari peneliti kepada pemberi data. Tujuan dari memberi *check* adalah untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan oleh pemberi data. Apabila data yang ditemukan disepakati oleh para pemberi data berarti data tersebut valid, sehingga semakin kredibel/dipercaya.

2. *Thick Description*

Thick Description yaitu pengumpulan data secara rinci dan komprehensif. Peneliti mencatat hal-hal penting selama wawancara, melakukan dokumentasi data dengan lengkap baik saat pengumpulan maupun ketika melakukan analisa data.

H. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, terdapat etika penelitian yang peneliti gunakan sebagai berikut:

1. Lembar persetujuan menjadi Informan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan yang diberikan kepada informan yang akan diteliti untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan. Jika informan bersedia untuk dilakukan wawancara dan menggunakan alat perekam, maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika informan menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan menghargai haknya.

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Untuk menjaga kerahasiaan informan, maka peneliti tidak akan mencantumkan identitas lengkap maupun nama asli informan pada lembar pedoman wawancara melainkan menggunakan inisial dan apabila hendak mengambil dokumentasi foto, harus seizin informan.

3. *Veracity*

Proyek penelitian yang akan dilakukan hendaknya dijelaskan secara jujur tentang manfaat, efeknya, dan apa yang akan didapat informan yang terlibat di dalamnya karena informan berhak mengetahui maksud dari penelitian.

4. *Beneficence*

Penelitian yang dilakukan dimana melibatkan pasien sebagai informan diharapkan juga mengandung prinsip untuk kebaikan informan, guna mendapatkan suatu metode atau konsep yang baru untuk kebaikan informan dan pasien lainnya.

5. *Confidentiality*

Peneliti wajib merahasiakan data-data yang sudah dikumpulkan. Sangat dianjurkan untuk tidak menyebutkan identitas informan dan mengekspos jawaban dari informan. Hal ini dimaksudkan agar informan tidak dirugikan karena dirinya merasa terekspos untuk khalayak ramai. Apabila diperlukan untuk mengekspos identitas pasien maka peneliti harus mendapatkan persetujuan dari informan dan peneliti harus menghargai hak-hak dari informan. Informasi hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan file disimpan dengan password yang hanya di ketahui oleh peneliti (Hidayat, 2008).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menjelaskan fenomena *Home Care* pada pasien stroke yang dilakukan oleh keluarga. Penelitian ini dimulai pada tanggal 4 Maret 2016. Dalam bab ini juga dijelaskan mengenai karakteristik tempat penelitian, partisipan dan analisa data yang terdiri dari analisa kata kunci dan analisa tematik. Pada penelitian ini telah di temukan tema-tema yang memberikan gambaran mengenai *Home Care* yang dilakukan keluarga pada pasien pasca stroke.

A. Karakteristik Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RS Stella Maris Makassar yang merupakan salah satu Rumah Sakit swasta Katolik di Kota Madya Makassar Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Stella Maris didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939, dan mulai digiatkan pada tanggal 7 Januari 1940. Rumah sakit Stella Maris terletak di pinggir pantai Losari, tepatnya di Jalan Somba Opu No.237 Kelurahan Maloku Kota Madya Makassar, dengan jarak \pm 1 km dari pusat kota Makassar. Secara administratif, wilayah kerja RS Stella Maris terdistribusi ke dalam beberapa kecamatan yang ada di dalam wilayah kota Makassar. Sebagai RS swasta terbesar di kota Madya Makassar, RS Stella Maris juga memberikan pelayanan kesehatan pada beberapa cabang yang terdistribusi pada berbagai daerah di luar Sulawesi Selatan antara lain Sulawesi Utara Tenggara. Secara geografis, RS Stella Maris mempunyai batas wilayah: sebelah Barat berbatasan dengan Jl. Penghibur (Pantai Losari), sebelah Utara berbatasan dengan Jl. Datumuseng, sebelah Timur berbatasan dengan pemukiman warga Datumuseng dan Maipa, dan sebelah Selatan berbatasan dengan jalan Maipa.

Berdirinya Rumah Sakit Stella Maris berasaskan Cinta Kasih Kristus dan nilai-nilai Injil, dengan keberpihakan atau kepedulian bagi orang-orang kecil yang kurang mampu, yang dipelopori dan didirikan oleh kongregasi tarekat Jesus Maria Joseph (JMJ), dan saat ini dinaungi oleh Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit. Oleh karena itu visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris, juga mengacu pada misi tarekat. Adapun visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan, dan dilandasi dengan Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Selanjutnya visi dan misi ini diuraikan untuk menentukan strategi sebagai dasar dalam menyusun program Rumah Sakit. Berikut ini akan diuraikan visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar:

1) Uraian Visi

- a) Menjadi Rumah Sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan .
- b) Mengutamakan Cinta Kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*Option For The Poor*).
- b) Pelayanan dengan bermutu pelayanan prima.

- c) Pelayanan adil dan merata .
- d) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif.
- e) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

B. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga dari pasien pasca stroke yang mengalami keterbatasan dalam pemenuhan ADL (*Activity of Daily Living*) di bagian fisioterapi, yang terdiri dari 4 orang partisipan. Rentang usia para anggota keluarga yang menjadi partisipan dalam penelitian ini adalah 22-40 tahun dan rentang usia para anggota keluarga yang sakit stroke adalah 35-70 tahun. Dengan jenis kelamin semua partisipan adalah 3 orang berjenis kelamin laki-laki, dan 1 orang berjenis kelamin perempuan.

Table 1. Karakteristik Partisipan

| Kode | Nama (Inisial) | Umur | Pen. Akhir | Alamat |
|------|----------------|----------|------------|-----------------------|
| P1 | Sdr "I" | 22 tahun | SMA | Jl. Bayam No.33 |
| P2 | Sdr "M" | 27 tahun | SMK | Jl. Nuri Lama |
| P3 | Bapak "R" | 40 tahun | S1 | Jl. Kakaktua II |
| P4 | Ibu "E" | 38 tahun | SMA | Jl. Mapaodang No.25 A |

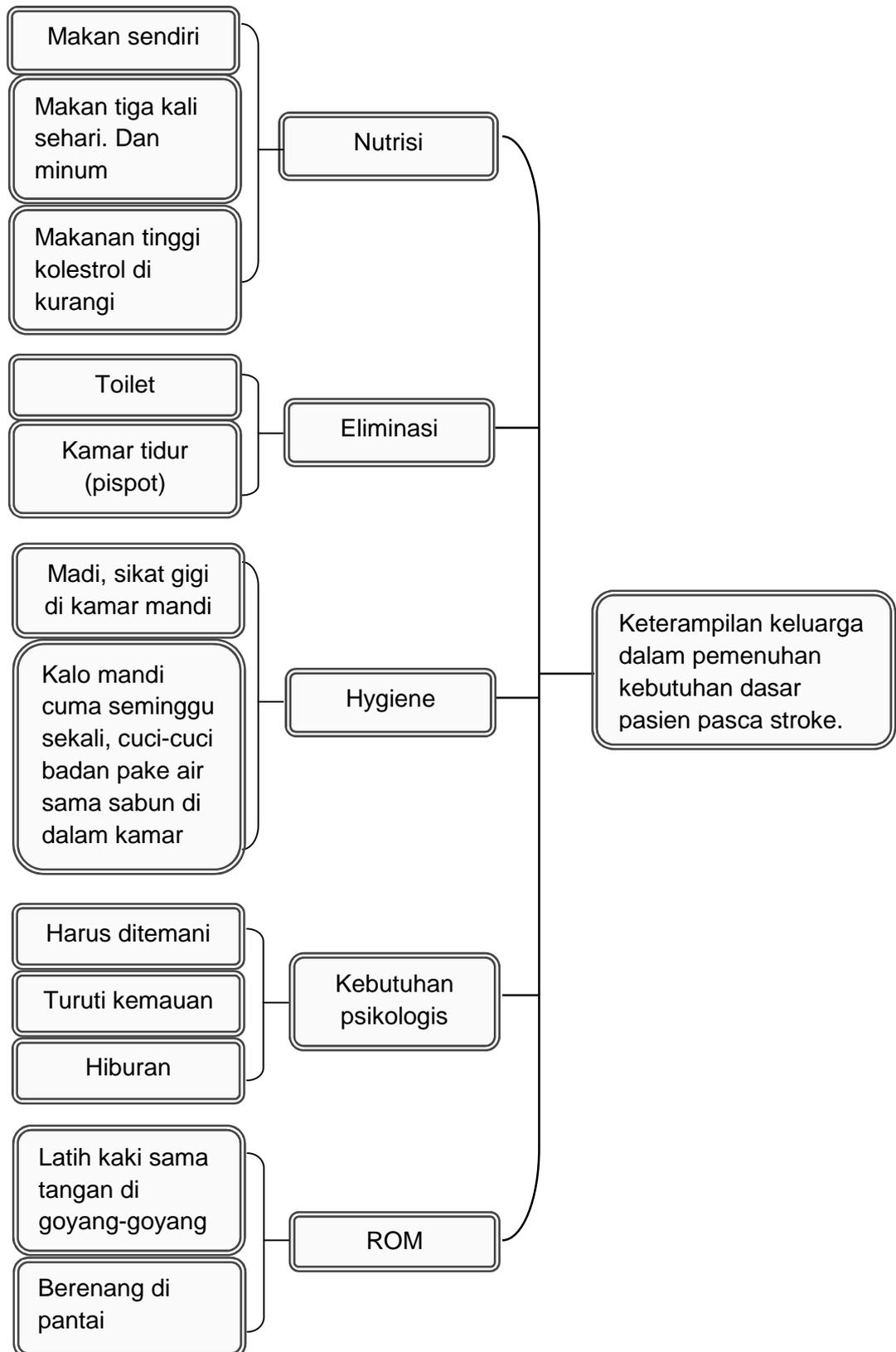
Table 2. Catatan Lapangan

| Kode | Nama (Inisial) | Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara: | | Respon partisipan saat wawancara berlangsung |
|------|-------------------|--|---------------------|---|
| | | Posisi | Non verbal | |
| P1 | Sdr "I" | Berhadapan dengan peneliti | Tampak terburu-buru | Partisipan sangat antusias menjawab serta menceritakan hal-hal yang di alaminya, namun sedikit terburu-buru karena bertepatan dengan waktu perkuliahan. |
| P2 | Sdr "M" | Berhadapan dengan peneliti | Tampak santai | Partisipan sangat antusias menjawab serta menceritakan hal-hal yang di alaminya dalam merawat pasien. |
| P3 | Bapak "R" | Berhadapan dengan peneliti | Tampak santai | Partisipan sangat antusias menjawab serta menceritakan hal-hal yang di alaminya dalam merawat pasien. |
| P4 | Ibu "E" | Menyamping, tidak melihat peneliti | Tampak gelisah | Partisipan menjawab setiap pertanyaannya namun hanya singkat, karena partisipan harus melakukan pekerjaan untuk membantu perekonomian keluarga |

C. Analisa Tematik Penelitian

- 1) Hasil analisa tema yang didasarkan pada perolehan data melalui *in-depth interview* dengan bantuan alat perekam dan pedoman wawancara yang telah disiapkan sebelumnya oleh peneliti, teridentifikasi 3 tema, yaitu: Keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke, Kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke, dan Terpenuhinya layanan kesehatan pada pasien pasca stroke. Tema-tema yang telah teridentifikasi akan dibahas dan diuraikan secara mendalam, yang diuraikan berdasarkan tujuan penelitian dan telah menjawab tujuan penelitian secara keseluruhan sehingga diperoleh gambaran pengalaman keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

2) Tema I: Keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke.



Tema ini teridentifikasi melalui beberapa kategori yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam. Keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke sudah baik, mulai dari pemberian makan (nutrisi) dan minum, eliminasi, hygiene, kebutuhan psikologis, dan memberikan latihan rentang gerak (ROM). Namun pada pemberian nutrisi hanya 2 partisipan yang menjelaskan diit makanan yang di berikan pada pasien, dan untuk pemberian latihan rentang gerak partisipan hanya mengatakan melatih kaki dan tangan dengan cara di goyang-goyang. Berikut pernyataan partisipan:

Kata kunci yang terkait pemberian makan dan minum (nutrisi) untuk pasien:

“Ya keluarga yang lain pada menghimbau gak boleh sembarang-sembarang makan” (P1)

“Kalo makannya itu biasa dokter bilang e...jangan di kasih, biar apa saja di kasih yang penting di batasi, macamnya daging toh, tapi yang khasnya toh di kasih tidak apa-apa, cuma telur itu di larang kasih kuningnya” (P4)

Kata kunci yang terkait bantuan eliminasi untuk pasien:

“Kalo buang airnya di kamar saja adakan pot itu, mami kan pake pempers juga, tapi kalo buang air besar kalo mami sanggup, mami ke kamar mandi” (P1)

“Ke kamar mandi buat buang air besar, tapi kalo masalah buang air kecilnya itu e...di tempat tidur saja. Yang pake apa itu...pispot ya?” (P3)

“Ya...itu anu...ke kamar mandi. Ya...kalo malam mau kencing ya...kan ada jih pispot toh, sudah saya siapkan di kamar memang” (P4)

Kata kunci yang terkait hygiene atau kebersihan badan pasien:

“Cuma seminggu sekali mandinya di kamar mandi, kalo sehari-hari cuma cuci badan sih pake sabun, air sih cuma di tempat tidur” (P1)

“Kalo masalah mandinya ya nak, itu opa kadang sudah agak mampu sedikit, jadi kalo untuk mandi sama buang air besar e...kami bantu, e...biasa itu cucu-cucunya itu yang bantu ke kamar mandi” (P3)

“Bapak sih aktifitasnya semua di luar kamar, kecuali kalo bangun tengah malam ya biasa buat kencing, di kamar kan sudah ada pot” (P2)

Kata kunci yang terkait kebutuhan psikologis pasien:

“soalnya mami juga gak mau kalo gak ada yang temani” (P1)

“ya... biasa juga nyanyi-nyanyi di rumah, bapak itu suka skali nyanyi-nyanyi lagu rohani, lagu flores” (P2)

“e...umpama kalo dia suruh ini...ya...kita lakukan. Macam mau e...keluar atau jalan-jalan, makan ini” (P4)

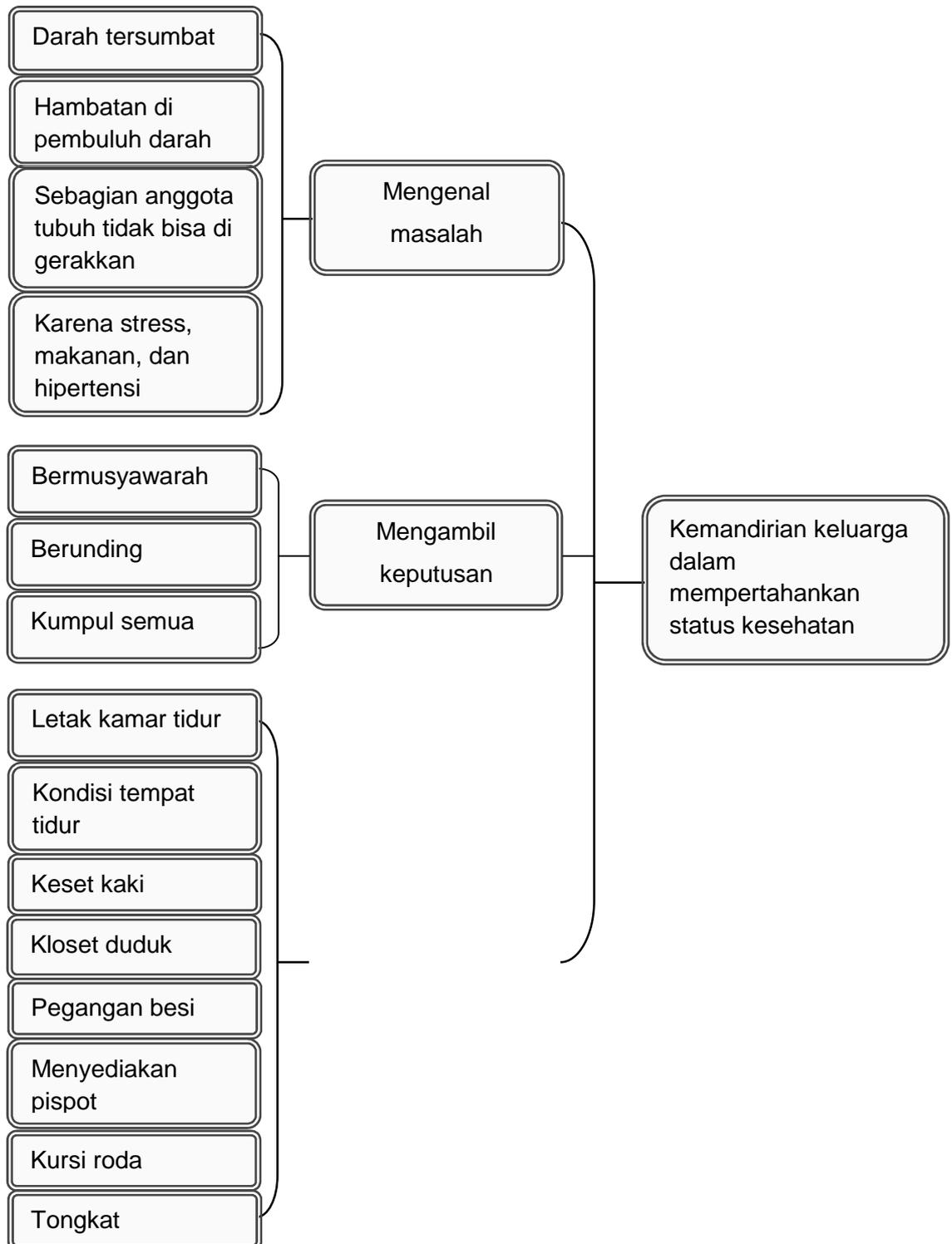
Kata kunci yang terkait latihan rentang gerak (ROM) pasien:

“Ia, saya biasa latih goyang-goyang bapak punya tangan, kaki kalo hari minggu begitu juga biasa kita kepantai, ya berendam gitu” (P2)

“Biasa bawa bapak renang. mandi di laut atau biasa ya itu kadang jalan-jalan sendiri mondar-mandir di depan rumah, kasih goyang-goyang itu tangannya, diangkat” (P4)

“Ya di rumah. Sama ini baru-baru dibawa ke laut, ke pantai itukan biasa terapi juga katanya untuk mambantu mengobati gerakan motorik tangannya sama kakinya” (P1)

3) Tema II: Kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke.



Tema ini teridentifikasi melalui beberapa kategori yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam. Kemandirian keluarga dalam mempertahankan status kesehatan pasien yaitu mengenal masalah, mengambil keputusan, modifikasi lingkungan, dan menggali serta memanfaatkan sumber daya dan fasilitas perawatan pasien. Peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dari partisipan, mulai dari mengenal masalah:

“Stroke ini mungkin darah tersumbat” (P2)

“E...hambatan di pembuluh darahnya” (P3)

“Tangan sama kakinya nda bisa gerak terutama bagian kiri mulai dari tangan sampai kakinya begitu” (P1)

“Nah mami kalo di rumah itu biasanya makannya satu kali atau dua kali masak ini...kari ayam” (P1)

“Diakan yang pegang uang sosial, ih...terus ada ibu-ibu bilang untuk apa itu uang sosial di simpan kenapa nda beli seragam kayak sector lain, diakan gak tau kalo gunanya itu uang buat pake jenguk anggota kita yang sakit, saya jengkel pulang itu saya ceritakan bapak, itu mi dia pikir makanya dia langsung tidak bisa tidur” (P4)

“Tekanan darahnya tinggi baru dia oprasi mata, sudah mi, setelah pulang tidak tau dimana tempat dia” (P2)

Kata kunci terkait mengambil keputusan

“ya kami berunding dengan keluarga yang lain, bukan cuma keluarga inti juga, jadi bukan sama papa sama kakak, tapi keluarga yang lain juga baik itu tante atau om” (P1)

“ya kami bermusyawarah, kami kumpul dulu. Saya sama kakak-kakak yang lain, begitu juga dengan om sama tante-tante, kalo sepakat ya baru ambil keputusan” (P2)

“ya begini ya nak...di keluarganya kami itukan ada sedikit saja masalah pasti kumpul semua apa lagi kalo dibilang sudah masalah penyakit, apalagi ya orang tua toh, opa” (P3)

Kata kunci terkait modifikasi lingkungan yang dilakukan keluarga:

“Dulu itu mami tidurnya di kamar atas toh, agak tiggian diit, nah semenjak sakit di pindah di kamar saya di depan itu” (P1)

“Memang di bawah kamarnya opa” (P3)

“Kasurnya kalo turun dari kursi roda, berdiri dikit sudah langsung sampai tempat tidur” (P1)

“Kalo keset kaki itu, licin tapi setiap habis mandi kesetnya di ganti” (P1)

“Itu kalo lap kaki depan kamar mandi selalu jih diganti kalo sudah basah biar tidak licin” (P3)

“Kita juga pake kloset duduk” (P4)

“klosetnya model duduk, kan nanti kalo pakenya kloset model jongkok itu kan nanti tidak kuat” (P2)

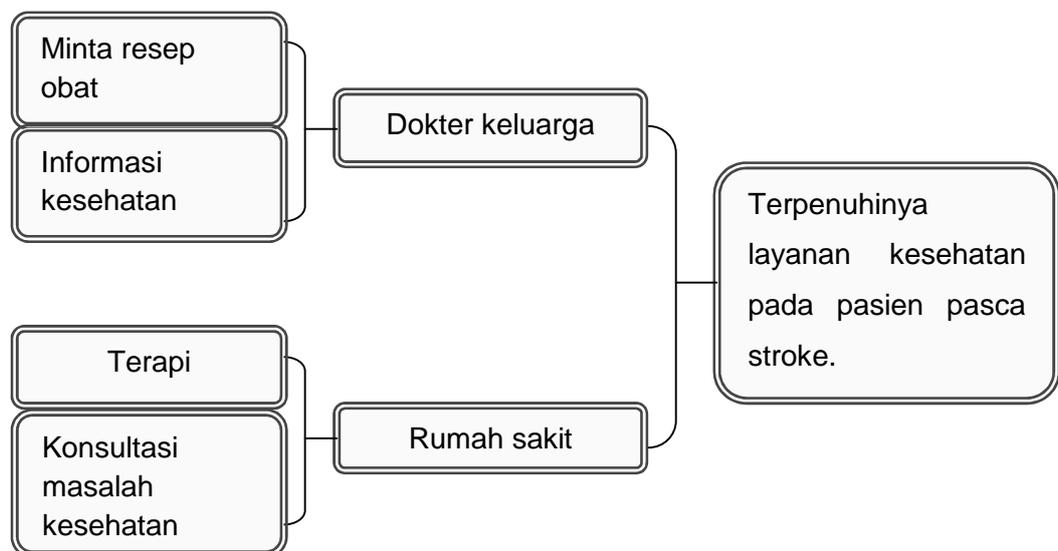
“Karna kebetulan juga ada keluarga yang memang dokter dia bilang, anu...itu pasangkan ki tempat pegangan toh, jadi kami pasangkan mi di kamar mandi” (P3)

“Kalo pengaman pegangan besi hanya ada di kamar mandi, kali di sudut-sudut rumah tidak ada” (P1)

“Kalo peralatan cuma tongkat saja selama ini, terus ada kursi roda, terus kayak untuk buang air kecil atau besar” (P1)

“Pot saja, kursi roda, o...tongkat juga” (P4)

4) Tema III: Terpenuhiya layanan kesehatan pada pasien pasca stroke



Tema ini teridentifikasi melalui beberapa kategori yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam. Untuk terpenuhinya layanan kesehatan pada pasien keluarga memanfaatkan dokter keluarga dan rumah sakit untuk melanjutkan pengobatan pasien. Peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dari partisipan, mulai dari konsultasi pada dokter keluarga:

“Kalo info masalah kesehatannya mami kan berhubung juga kan ada keluarga yang dokter. Ya kan kalo sakit gitu tinggal kesana aja”
(P1)

“Kalo sakit gitu ada kakak yang dokter, jadi minta obat ke dia saja”
(P2)

Kata kunci yang terkait rumah sakit:

“Ya ke rumah sakit buat kontrol sama terapi” (P4)

“Kalo sudah parah langsung ke rumah sakit, sama untuk terapi saja” (P3)

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Tema

- 1) Tema I: Keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke.

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang diburuhkan oleh semua manusia dan kebutuhan tersebut essensial agar seseorang itu dapat bertahan hidup. Dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, manusia dapat memenuhi secara mandiri ataupun dengan bantuan orang lain. Terpenuhi atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar seseorang menentukan tingkat kesehatan seseorang dan posisinya dalam rentang sehat-sakit.

Dalam penelitian ini keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke dapat dilihat dari ungkapan partisipan meliputi kebutuhan nutrisi, eliminasi, hygiene, kebutuhan psikologis, dan ROM (*Range Of Motion*) atau latihan rentang gerak pasien.

Mulai dari pemenuhan nutrisi, partisipan mengungkapkan bahwa pasien bisa makan sendiri, makannya tiga kali sehari dan menjalankan diet yang di anjurkan oleh dokter yaitu mengurangi makanan yang tinggi kolestrol. Untuk eliminasi, partisipan mengungkapkan bahwa pasien di bantu ke kamar mandi dan jika terbangun di malam hari atau untuk buang air kecil, pasien di bantu di kamar menggunakan pispot yang di sediakan. Hygiene pasien di lakukan di kamar mandi dengan di bantu oleh keluarga, dan salah satu pasien pemenuhan hygiene nya masih dilakukan di dalam kamar tidur. Keluarga juga menjelaskan bahwa melakukan pemenuhan kebutuhan psikologis pasien yaitu menemani pasien, mengikuti kemauan dari pasien, dan membuat hiburan berupa menyanyi dan jalan-jalan. Untuk melatih anggota gerak pasien,

keluarga mengungkapkan bahwa selain mengikuti terapi di rumah sakit, keluarga juga melatih gerakan pasien di rumah dan membawa pasien berenang atau berendam di pantai.

Dari pernyataan partisipan di atas, peneliti berasumsi bahwa keterampilan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien pasca stroke sudah benar, hal ini sesuai dengan ungkapan Wesley (tahun, 2004) bentuk-bentuk *self-care* pada pasien stroke yang dapat diajarkan keluarga kepada pasien stroke adalah mandi, makan, eliminasi, hygiene, mobilisasi dalam rumah. Namun untuk pemenuhan kebutuhan psikologis dan latihan rentang gerak, peneliti masih merasa kurang. Partisipan mengungkapkan keluarga hanya mengikuti kemauan pasien, Sedangkan banyak hal yang harus di latih untuk pasien agar kembali percaya diri untuk kembali ke lingkungan sekitarnya, misalnya memberikan kesempatan kepada pasien untuk menikmati kegiatan harian seperti semula yang dilakukan sebelum terkena stroke, seperti kegiatan sosial, kegiatan olah raga yang di gemari, kegiatan meneruskan hobi, kegiatan kerohanian, dan yang paling penting ialah suasana rumah yang tenang dan menyenangkan akan sangat membantu pemulihan pasien stroke.

Untuk latihan rentang gerak keluarga mengungkapkan membawa pasien ke pantai untuk berenang lebih tepatnya berendam di air laut, hal tersebut di lakukan oleh keluarga karena merupakan salah satu saran untuk untuk proses pemulihan anggota gerak yang lumpuh. Renang, merupakan olah raga yang sangat baik untuk menjaga kesehatan tubuh, Namun keluarga beranggapan bahwa walau hanya berendam di pantai dapat menyembuhkan penyakit stroke. Olah raga renang untuk penderita stroke, sebaiknya dilakukan oleh penderita stroke yang sudah bisa berenang (sebelum terkena serangan stroke), (Wardhana, 2011).

2) Tema II: Kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke

Kemandirian keluarga dapat dilihat dari bagaimana keluarga menjalankan tugas kesehatan keluarga, Baiton dan Maglaya (1998) dalam Efendi & Makhfaldi (2009) tugas kesehatan keluarga meliputi; mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

Dari penelitian ini, kemandirian keluarga dalam pemeliharaan dan perawatan pasien pasca stroke dapat dilihat dari ungkapan partisipan dalam mengenal masalah anggota keluarga, mengambil keputusan dan memodifikasi lingkungan.

Mulai dari mengenal masalah, keluarga menyebutkan bahwa penyakit stroke ini terjadi karena adanya hambatan pembuluh darah dan sumbatan pada darah, partisipan juga mengungkapkan bahwa penyakit stroke ini menyebabkan salah satu atau sebagian anggota gerak tubuh tidak dapat digerakkan, serta penyebab dari stroke ini karena makanan, stress dan hipertensi.

Namun ungkapan partisipan di atas tidak dapat membuat keluarga mengenali gejala awal dari penyakit stroke. Pendapat peneliti di dukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Novida, Dkk (tahun, 2014) yang menyatakan bahwa gambaran responden menurut tingkat pengenalan gejala awal stroke yang terbagi menjadi 2 kriteria yaitu tidak baik dan baik. Mayoritas responden memiliki tingkat pengenalan gejala awal stroke dengan kriteria tidak baik dengan presentasi 90,1% dan untuk kriteria yang baik presentasinya lebih sedikit yaitu 9,9%.

Partisipan menyebutkan bahwa dalam mengambil keputusan, keluarga bermusyawarah, berunding, dan kumpul semua untuk memutuskan tindakan yang akan diambil. Pengambilan keputusan adalah proses pencapaian persetujuan dan komitmen anggota keluarga untuk melakukan serangkaian tindakan atau menjaga status kesehatan. Keputusan menyangkut apakah penyakit anggota keluarga sebaiknya di tangani di rumah atau di klinik atau di rumah sakit, cenderung dinegosiasikan di dalam keluarga (Doherty, 1992 dalam Friedman, 2010).

Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggal agar memperoleh bantuan.

Partisipan juga menjelaskan bagaimana keluarga melakukan modifikasi lingkungan yaitu kamar tidur pasien yang tadinya di tempat yang agak tinggi di pindahkan ke kamar depan yang lebih rendah, tempat tidur dapat di jangkau oleh pasien dari kursi roda ke tempat tidur begitu juga dari tempat tidur ke kursi roda, partisipan juga mengungkapkan menggunakan keset kaki yang di ganti setiap hari agar tidak licin, menggunakan kloset duduk, dan keluarga juga menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan oleh pasien yaitu pegangan besi, pispot, kursi roda dan tongkat.

Dari ungkapan di atas sudah menunjukkan bahwa keluarga mampu memodifikasi lingkungan dengan peralatan yang di butuhkan, namun hygiene sanitasi lingkungan masih kurang sesuai dengan syarat kesehatan, hal ini dikarenakan kondisi fisik (isi rumah tidak teratur), dan sempit/berjejal. Kondisi lingkungan yang harus diperhatikan secara fisik adalah pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan

dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

Lingkungan sehat pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula (Notoatmojo, 2010). Dalam hal memiliki anggota keluarga yang sakit keluarga harus mampu untuk mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Suprajitno (2004), bahwa penting bagi keluarga untuk memiliki pengetahuan tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga di sekitar lingkungan rumah, kemampuan keluarga melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan, pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan keluarga, dan kebersamaan anggota keluarga untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga.

Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan lingkungan dapat mengalami hambatan dikarenakan sumber-sumber keluarga tak seimbang/tidak cukup (keuangan, tanggung jawab/wewenang anggota keluarga), dan fisik (isi rumah tidak teratur), sempit/berjejal, kurang dapat melihat keuntungan/manfaat pemeliharaan lingkungan dimasa yang akan datang, adanya konflik persona/psikologis (krisis identitas: ketidak tepatan peranan, rasa iri dan merasa bersalah/tersiksa), ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit, sikap/pandangan hidup dan ketidak kompakkan keluarga (sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesepakatan dan acuh terhadap anggota keluarga yang mengalami krisis). (Bailon & Maglaya, 1978, dalam Friedman 2002).

3) Tema III: Terpenuhinya layanan kesehatan pada pasien pasca stroke

Sebagai praktik yang mempengaruhi kesehatan adalah keyakinan kesehatan individu dan keluarga tentang pencarian perawatan dan tindakan kesehatan. Pencarian dan tindakan kesehatan ini berkaitan dengan perilaku pencarian penyembuhan (*health seeking behaviour*) yaitu bagaimana orang sakit memperoleh kesehatan yang baik. Perilaku ini melewati beberapa tahap yaitu mengenali gejala penyakit dengan menggunakan caranya sendiri, melakukan penyembuhan atau pengobatan sendiri sesuai dengan pengetahuan, keyakinan atau kepercayaannya, melakukan upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan dari luar, sesuai dengan pemahaman dan persepsi terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Pada penelitian ini pemenuhan layanan kesehatan pada pasien pasca stroke dapat di lihat dari ungkapan partisipan yaitu keluarga memanfaatkan adanya salah satu anggota keluarga yang dokter, dan hanya memanfaatkan rumah sakit untuk mengontrol penyakit yang di derita pasien serta untuk mengikuti terapi yang telah di programkan.

Dari ungkapan partisipan di atas peneliti berasumsi bahwa keluarga berhak menentukan fasilitas kesehatan mana saja yang sesuai serta dapat membantu proses penyembuhan. Hal ini sejalan dengan ungkapan (de Souza & Gualda, 2000; Pratt, 1976 dalam Friedman 2010) yang menyatakan keluarga berfungsi sebagai lembaga yang membantu dalam menentukan tempat terapi yang harus diberikan oleh siapa. Keluarga bertindak sebagai agen perujukan kesehatan utama dan akan merujuk anggotanya ke jenis layanan atau praktisi yang di nilai sesuai.

B. Keterbatasan Penelitian

Dari keseluruhan penelitian yang telah dilakukan, beberapa keterbatasan dan kendala yang dialami peneliti, antara lain:

1. Dalam melakukan penelitian kualitatif peneliti menyadari keterbatasan kemampuan, mengingat peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif, dalam penelitian ini peneliti sebagai *instrument* utama yang merupakan kunci utama penelitian dalam wawancara dan hasil wawancara akan sangat mempengaruhi hasil penelitian. Peneliti belum cukup mampu untuk menggali data dari partisipan secara mendalam. Peneliti juga menemui keterbatasan dalam penentuan kategori sehingga tema yang dimunculkan hanya bersifat umum saja kemudian dalam pembahasan peneliti memiliki keterbatasan dalam teori yang ada.
2. Dalam penentuan partisipan, peneliti menemukan kendala karena beberapa keluarga sudah menjadi responden teman-teman yang duluan di lapangan. Peneliti membutuhkan waktu berhari-hari untuk menjalin tras dengan keluarga agar keluarga mau bersedia menjadi partisipan.
3. Wawancara mendalam diadakan dikediaman partisipan yang pada saat itu beberapa partisipan memiliki kegiatan, seperti salah satu partisipan memiliki jam kuliah dan kerja, serta salah satu partisipan melakukan pekerjaan di karenakan yang sakit merupakan kepala keluarga (bapak) sehingga data yang didapatkan kurang ter gali dan mendalam disebabkan karena konsentrasi dan fokus dari partisipan terpecah.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 4 partisipan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar tahun 2016, dapat diambil kesimpulan antara lain:

1. Keluarga mampu memberikan pemenuhan kebutuhan dasar yang di perlukan oleh pasien stroke, namun untuk pemenuhan kebutuhan psikologis dan latihan rentang gerak, peneliti masih merasa kurang, masih banyak kegiatan yang dapat di berikan kepada pasien untuk mengurangi rasa bosan di rumah, sarta masih banyak olah raga yang dapat di lakukan oleh pasien selain berenang atau berendam di air laut.
2. Kemandirian keluarga dapat dilihat dari ungkapan partisipan bahwa keluarga mengenal masalah anggota keluarga, keluarga mampu mengambil keputusan, dan keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mendukung kesembuhan pasien. Namun dalam hal mengenal masalah anggota keluarga tidak dapat membuat keluarga mengenali gejala awal dari penyakit stroke. Dan untuk modifikasi lingkungan sendiri, keluarga tidak memperhatikan lingkungan fisik di sekitar rumah yaitu hygiene sanitasi lingkungan masih kurang sesuai dengan syarat kesehatan, hal ini dikarenakan kondisi fisik (isi rumah tidak teratur), dan sempit/berjejal.
3. Terpenuhinya layanan kesehatan pasien pasca stroke dapat di lihat dari ungkapan partisipan yaitu keluarga memanfaatkan adanya salah satu anggota keluarga yang dokter, dan hanya memanfaatkan rumah sakit untuk mengontrol penyakit yang di derita pasien serta untuk mengikuti terapi yang telah di programkan. keluarga berhak menentukan fasilitas kesehatan

mana saja yang sesuai serta dapat membantu proses penyembuhan

B. Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak-pihak terkait dengan hasil penelitian ini adalah:

1. Bagi masyarakat khususnya anggota dari keluarga pasien stroke aktif dalam mencari sumber informasi yang dapat menunjang kualitas hidup anggota keluarganya yang sakit (baik dari buku, internet maupun dengan cara menanyakan langsung pada petugas kesehatan).
2. Pelayanan kesehatan komunitas maupun perawat komunitas perlu meningkatkan perannya sebagai peran edukasi untuk mengembangkan discharge planning, memberikan informasi seperti dengan melakukan promosi kesehatan atau kunjungan rumah (*home visit*) dapat dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keluarga melaksanakan peran dan fungsinya, serta mengetahui sejauh mana keadaan kesehatan pada pasien pasca stroke
3. Akademis perlu menambah tenaga kerja dosen ahli dalam penelitian kualitatif yang dapat mengarahkan dan membimbing mahasiswa yang ingin melakukan penelitian kualitatif, serta dapat membantu mahasiswa dalam proses melakukan uji keabsahan data spada hasil penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y., dan Rachmawati, I.N., (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Depok: Rajagrafindo Persada.
- Agustina, R, H., Priambodo, P, A., Somantri. I. (2009). *Kajian Kebutuhan Perawatan Dirumah Bagi Klien Dengan Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur*.
http://pustaka.unpad.ac.id/wp=cotent/uploads/2010/05/kebutuhan_p erawatan_di_rumah_pasien_stroke. Diakses tanggal 12 Desember 2015.
- American Heart Association. 2010. *Stroke Risk Factor*. (<http://www.strokeassociation.org/presenter.jhtml?identifier>). Diakses tanggal 11 November 2015.
- Anggraeni, D. M, Saryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Arafat, R. (2010). *Pengalaman Pendampingan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarganya Pada Kondisi Vegetative Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUP. Fatmawati Jakarta*. (<http://lib.ui.ac.id>). Diakses pada tanggal 08 November 2015.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Surveilans Epidemoilogi Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah*. Jakarta: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI.

- Dharma, K., (2011). *Metodologi penelitian Keperawatan: Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Effendi, Ferry & Makhfudi. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Komprehensif untuk Manajemen*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Friedman, M, Vicky, Bowden, Elaine, G.J. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik* (Ahli bahasa oleh Debora, I & Yoakim, A) Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta Medika.
- Julianti, E. (2013). *Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Pasien Pasca Stroke Di Rumah Pada Wilayah Kerja PUSKESMAS Benda Baru Kota Tangerang Selatan*. Diakses pada tanggal 20 November 2015.
- Mangoenprasodjo A. Setiono. (2005) *Stroke*. Yogyakarta: Thinkfresh.
- Martini, S. & Wardhani, N. R. (2014). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Tentang Stroke Pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi*. Diakses pada tanggal 04 April 2016
- Moleong, L. J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Rosdakarya.

- Morse, J. (Ed). (1992). *Qualitative Health Research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mulyatsih, Enny. (2008). *Stroke: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Mulyatsih, E & Ahmad, A. (2010). *Stroke; Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: FK Universitas Indonesia
- Nastiti, D. (2011). *Gambaran Faktor Risiko Kejadian stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011*. (<http://lontar.ui.ac.id>). Diakses pada tanggal 18 November 2015.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Parellangi. (2012). *Pengaruh Pelayanan Home Care Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga dalam Merawat anggota Keluarga Dengan Pasca Stroke di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur*. <http://media.unpad.ac.id/thesis/220120/2010>. Diakses tanggal 22 Desember 2015.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga Edisi kedua*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sudarianto, dkk. (2009). *Profil Kesehatan Sulawesi Selatan*. Diakses pada

Sugiyono. (2014). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
<http://datinkessulse.wordpress.com>. Diakses pada tanggal 12
November 2015.

Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam
Praktik*. Jakarta: EGC

Susilaningsih, F.S, (2008). *Hospital Based Home Care Sebagai Model
Kebutuhan dan Kesiambungan Pelayanan Kesehatan RS
Komunitas*, [http://franciscarsi.wordpress.com/2008/08/02/hospital-
%E2%80%93-based-home-hare-sebagai-model-keutuhan-dan-
kesinambungan-pelayanan-kesehatan-rs-komunitas/](http://franciscarsi.wordpress.com/2008/08/02/hospital-%E2%80%93-based-home-hare-sebagai-model-keutuhan-dan-kesinambungan-pelayanan-kesehatan-rs-komunitas/). Diakses
tanggal 25 Desember 2015.

Tomey, Ann Marriner and Martha Raile Alligood. (2006). *Nursing Theories
and Their Work*. USA: Mosby Elsevier.

Triwibowo, C. (2012). *Home Care: Konsep Kesehatan Masa Kini*.
Yogyakarta: Nuha Medika.

Wardhana, W.A. (2011). *Strategi Mengatasi & Bangkit Dari Stroke*.
Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Wesley, Jocelyn. (2004). *Self-care Following Stroke*. Stroke S.A Inc.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Kapada

Yth, Calon Partisipan

di-

tempat

Dengan hormat,

Kami Mahasiswa STIK Stella Maris Makassar bermaksud akan mengadakan penelitian mengenai “Pengalaman Keluarga Pasien Pasca Stroke Tentang Stroke di RS Stella Maris Makassar”. Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program S1 Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Untuk keperluan kami meminta kesediaan saudara(i) untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Identitas pribadi dan semua informasi yang saudara(i) berikan akan dirahasiakan dan hal ini akan digunakan untuk keperluan dalam penelitian. Apabila saudar(i) setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka kami mohon kesediaan saudara(i) untuk menandatangani lembaran pernyataan sebagai partisipan/informan dalam penelitian ini. (Lembar terlampir).

Atas perhatian dan kesediaan saudara(i), kami ucapkan terima kasih.

Makassar, Februari 2016

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :
Umur :
Jenis kelamin :
Alamat :

Saya menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca informasi dan mendengarkan penjelasan penelitian dari peneliti tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian dan saya memahami penjelasan tersebut.
2. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.
3. Saya mempunyai hak untuk berhenti berpartisipasi jika suatu saat saya merasa keberatan atau ada hal yang membuat saya tidak nyaman dalam melakukannya.
4. Saya memahami bahwa rekaman dan transkrip hasil wawancara akan disimpan oleh peneliti dan peneliti hanya akan menggunakannya untuk keperluan penelitian ini.
5. Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi partisipan sangat besar manfaatnya bagi peningkatan ilmu pengetahuan terutama ilmu keperawatan.

Dengan pertimbangan tersebut, saya memutuskan secara sukarela tanpa adanya paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan dengan semestinya.

Makassar, Februari 2016

Partisipan

PEDOMAN WAWANCARA

1. Aspek Manajemen : Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah
2. Partisipan : Keluarga Pasien Pasca Stroke
3. Waktu Wawancara : Tanggal..... , Jam.....
4. Jalannya Wawancara : Wawancara tidak terstruktur

Naskah Wawancara

1. Pemahaman keluarga tentang masalah kesehatan pasien stroke
 - a. Bagaimana pendapat anda tentang penyakit stroke
 - b. Bagaimana pendapat anda tentang pemulihan setelah stroke stroke?
2. Pengambilan keputusan keluarga dalam mengatasi masalah pasien stroke
 - a. Bagaimana persepsi/respon anggota keluarga yang lain setelah tahu kondisi penyakit yang dialami oleh pasien?
 - b. Bagaimana anda beserta keluarga mengambil keputusan dalam penanganan masalah yang dialami pasien?
3. Bagaimana pendapat anda tentang *Home Care* pasien stroke?
4. Bagaimana keterlibatan anda beserta keluarga dalam melakukan perawatan pasien stroke di rumah?
5. Keterampilan keluarga dalam memodifikasi lingkungan yang mendukung pemulihan pasien stroke: Bisakah anda menceritakan kondisi lingkungan kamar tidur pasien dan lingkungan kamar mandi yang di gunakan pasien?
6. Pemanfaatan sumberdaya keluarga dan fasilitas kesehatan yang terdekat serta fasilitas yang diperlukan untuk merawat pasien stroke:
 - a. Dapatkah anda menceritakan hambatan atau kesulitan yang terjadi dalam melakukan perawatan di rumah? Darimanakah anda mendapat sumber dana untuk pengobatan?
 - b. Bagaimana keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat?