

SKRIPSI

**“GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA KELUARGA
TENTANG PERAWATAN PASIEN STROKE PASCA HOSPITALISASI
DI RSKD DADI SULAWESI SELATAN”**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan di Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Keperawatan*



OLEH :

RIVALDI DJAILANI

C051171039

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

2021

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA KELUARGA
TENTANG PERWATAN PASIEN STROKE PASCA HOSPITALISASI DI
RSKD DADI SULAWESI SELATAN**

Oleh :

RIVALDI DJAILANI

C051171039

Disetujui Untuk Pembuatan Proposal

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KepMB

Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns.,MANP

NIP. 19831016 202005 3 001

NIP. 19801215 201404 1 001

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA KELUARGA
TENTANG PERAWATAN PASIEN STROKE PASCA HOSPITALISASI DI
RSKD DADI SULAWESI SELATAN

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Selasa, 19 Oktober 2021

Pukul : 13.00-15.00 WITA

Tempat : *Via Online*

Disusun Oleh :

RIVALDI DJAILANI

C051171039


dan yang bersangkutan dinyatakan


LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I


Pembimbing II


Svahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB
NIP 19831016 202005 3 001


Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns.,MANP
NIP 19801215 201404 1 001

Mengetahui

Katua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP 19760618 200212 2002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rivaldi Djailani

NIM : C051171039

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul "GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA KELUARGA TENTANG PERWATAN PASIEN STROKE PASCA HOSPITALISASI DI RSKD DADI SULAWESI SELATAN" ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 21 Oktober 2021

Yang membuat pernyataan,


Rivaldi Djailani

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah, dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Anggota Keluarga Tentang Perawatan Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat agar dapat menyelesaikan pendidikan dan mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam menyelesaikan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, baik bantuan secara moril maupun secara materil. Oleh karena itu, penulis bersyukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, dan mengucapkan terima kasih terkhusus kepada kedua orang tua dan saudara-saudara penulis yang selalu mendukung dan memberikan semangat sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini. Tak lupa pula saya ucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep.,M.Si selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

3. Ayahanda Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KepMB dan Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns.,MANP selaku pembimbing dua yang senantiasa memberikan arahan, masukan dan motivasi selama proses penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB dan bapak Abd. Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku penguji dua yang telah memberikan arahan dan masukan untuk penyempurnaan penulisan dalam skripsi ini.
5. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan.
6. Teman-teman seperjuangan; Victoria, Liana, Ners Gentle (Eddy, Faril, Arfan, Fadli, Tamrin,) dan teman-teman Welcome (Epy, Nuye, Sinar, Faradilla, Tiwi, April, dan Desriyani) yang selalu memberikan dukungan dan bantuan hingga sekarang.
7. Teman seperbimbingan yang memberikan masukan dan mendengarkan keluh kesah penulis selama menyusun penelitian ini.
8. Teman angkatan Verac1t7 dan 2017 atas dukungan dan kebersamaannya selama perkuliahan.

9. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun penyusun harapkan dari semua pihak untuk penyempurnaan penulisan selanjutnya.

Makassar, September 2021

Penulis

Rivaldi Djailani

ABSTRAK

Rivaldi Djailani. C051171039. **GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN ANGGOTA KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN STROKE PASCA HOSPITALISASI DI RSKD DADI SULAWESI SELATAN.** Dibimbing oleh Moh. Syafar Sangkala dan Syahrul Ningrat

Latar Belakang: Pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah dapat mengurangi kecacatan dan mempercepat pemulihan. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga masih kurang. **Tujuan Penelitian:** untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stoke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif pada 63 anggota keluarga pasien stroke yang berkunjung ke Poli Saraf RSKD Dadi Sulawesi selatan dengan menggunakan *total sampling*. Instrumen yang digunakan merupakan kuesioner dengan skala *Guttman*, menggunakan analisis statistik.

Hasil: Tingkat pengetahuan anggota keluarga dalam merawat pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan sebagian besar berada pada kategori kurang sebanyak 48 orang (76,2%), kategori sedang sebanyak 9 orang (14,3%), dan kategori baik sebanyak 6 orang (9,5%). Pengetahuan keluarga masih kurang dalam kategori pemberian posisi tidur, posisi duduk, pemberian makan, serta perubahan posisi & transfer.

Kesimpulan dan saran: Tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan masih kurang. Peneliti menyarankan bagi pelayanan Kesehatan untuk lebih meningkatkan pemberian edukasi kepada keluarga tentang perawatan stroke di rumah dan mengoptimalkan program *discharge planning* guna meningkatkan pengetahuan keluarga dan untuk Kesehatan pasien stroke.

Kata Kunci: Pengetahuan keluarga, perawatan stroke, pasca hospitalisasi

ABSTRACT

Rivaldi Djailani. C051171039. **THE LEVEL OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT THE CARE OF STROKE PATIENTS AFTER HOSPITALIZATION AT THE DADI REGIONAL HOSPITAL, SOUTH SULAWESI.** Supervised by Moh. Syafar Sangkala and Syahrul Ningrat

Background: Knowledge of family members about stroke patient care at home can reduce disability and speed up the recovery process. Several studies have shown that the level of family knowledge is in the poor category. **Objective:** to describe the level of family knowledge about the care of stroke patients after hospitalization at Dadi Regional Hospital, South Sulawesi.

Method: This study is a quantitative study with a descriptive method approach to 63 family of stroke patients who visited the Neurology Polyclinic, Dadi Regional Hospital, South Sulawesi, using total sampling. The instrument used is a questionnaire with a Guttman scale, using statistical analysis.

Results: The study found that respondents was mostly in poor category as many as 48 people (76.2%), the medium category as many as 9 people (14.3%), and the good category as many as 6 people (9.5%). Family knowledge is still lacking in the categories of giving sleeping positions, sitting positions, feeding, and changing positions & transfers.

Conclusion and recommendation: The level of family knowledge about the care of stroke patients after hospitalization at Dadi Regional Hospital, South Sulawesi is still lacking. Researchers suggest for health services to further increase the provision of education to families about stroke care at home and optimize discharge planning programs to increase family knowledge and for the health of stroke patients.

Keywords: Family knowledge, stroke care, post-hospitalization

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A . Latar Belakang	1
B . Rumusan Masalah	6
C . Tujuan	7
1 . Tujuan Umum.....	7
2 . Tujuan Khusus.....	7

ix

D . Manfaat	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A . Tinjauan Tentang Stroke	9
1 . Definisi Stroke.....	9
2 . Etiologi Stroke.....	10
3 . Faktor Resiko Stroke	10
4 . Klasifikasi Stroke	13
5 . Manifestasi Klinis Stroke	16
6 . Penatalaksanaan Stroke	19
B . Tinjauan Tentang Pengetahuan.....	21
C . Tinjauan Tentang Keluarga	25
1 . Definisi Keluarga.....	25
2 . Tujuan Keluarga	25
3 . Bentuk-Bentuk Keluarga	25
4 . Dukungan Keluarga.....	27
D . Tinjauan Tentang Perawatan Stroke.....	28
1 . Perawatan Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi	28

2 . Peran Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi	29
BAB III KERANGKA KONSEP.....	30
BAB IV METODE PENELITIAN	31
A . Rancangan Penelitian.....	31
B . Tempat dan Waktu Penelitian	31
1 . Tempat Penelitian	31
2 . Waktu Penelitian	31
C . Populasi dan Sampel	31
1 . Populasi	31
2 . Sampel.....	32
D . Alur Penelitian.....	34
E . Variabel Penelitian	35
1 . Identifikasi Variabel	35
2 . Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	35
F . Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian.....	36
G . Pengolahan dan Analisa Data.....	38
1 . Pengolahan Data.....	38

2 . Analisa Data	39
H . Etik Penelitian	40
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHSAN	42
A . Hasil Penelitian	42
B . Pembahasan	50
C . Keterbatasan Penelitian	60
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	62
A . Kesimpulan	62
B . saran	63
DAFTAR PUSTAKA	64

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	30
Bagan 4.1 Alur Penelitian.....	34

DAFTAR TABEL

Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Data Demografi Anggota Keluarga Pasien Stroke Di Poli Saraf RSKD Dadi Sulawesi Selatan Tahun 2021 (n=63).....	44
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Anggota Keluarga Tentang Perawatan Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi Di RSKD Dadi Sulawesi Selatan Tahun 2021 (n=63).....	46
Tabel 5. 3 Distribusi Tingkat Pengetahuan Anggota Keluarga Tentang Perawatan Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi Di RSKD Dadi Sulawesi Selatan Tahun 2021 Berdasarkan Karakteristik Responden (N=63)	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Responden	71
Lampiran 2 Lembar Informed Consent	73
Lampiran 3 Kuesioner Data Demografi	74
Lampiran 4 Kuesioners Assesment Caregiver Knowledge	76
Lampiran 5 Master Tabel.....	83
Lampiran 6 Hasil Uji Statistik	86
Lampiran 7 Surat-surat	98

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit berbahaya dengan tingkat kematian terbanyak. Menurut WHO (2018) prevalensi kematian akibat stroke mencapai 70% dan kecacatan mencapai 87% di seluruh dunia, menjadikan penyakit stroke sebagai salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Data *World Stroke Organization* (2019) menunjukkan ada lebih dari 13,7 juta kasus baru setiap tahun, sekitar 60% terjadi pada rentang usia di bawah 70 tahun dimana kematian dimana jumlah kematian mencapai 5,5 juta orang di seluruh dunia. Data *Global Burden Of Disease* juga menunjukkan bahwa satu dari empat orang di dunia mengalami stroke (Kemenkes, 2019). Hingga saat ini ada lebih dari 80 juta orang hidup dengan stroke.

Di Indonesia, prevalensi kejadian stroke terus mengalami peningkatan. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga Kesehatan pada angka 7 per mil, kemudian Pada tahun 2018 prevalensi stroke meningkat menjadi 10,9 per mil (Kemenkes, 2018). Sulawesi selatan menjadi provinsi yang menempati urutan teratas prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes (17,9%) pada tahun 2013. Di Makassar stroke merupakan salah satu dari 10 penyakit utama penyebab kematian dengan peningkatan hampir 50% selama tahun 2013 hingga 2015 (Dinkes, 2016).

Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan diberbagai tingkat, kesulitan bicara, kehilangan memori dan kemampuan penalaran, koma, bahkan kematian (Putaalaa, 2010). Selain itu stroke akan berdampak luas secara ekonomi dan sosial, salah satunya menambah beban pembiayaan kesehatan. Berdasarkan data Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Sosial (BPJS), biaya pelayanan penyakit stroke mengalami peningkatan setiap tahunnya dengan total mencapai 4 triliun rupiah selama 2016 sampai 2018, menjadikan stroke sebagai salah satu penyakit dengan biaya pelayanan terbanyak di Indonesia (Kemenkes, 2019).

Ketika pasien stroke dipulangkan ke rumah sebagian besar perawatan pasien dilakukan oleh keluarga, sehingga keterlibatan keluarga sebagai *caregiver* dalam perencanaan kegiatan dan penilaian kebutuhan dalam pengaturan rehabilitasi harus dilaksanakan (Creasy, Barbara, Young, & Stacciarini, 2016). Keluarga sebagai pengasuh memiliki peran penting dalam perawatan pasien pasca-stroke (Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas, & Waters, 2017). Dalam merawat pasien di rumah, peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan kemandirian pasien, kepercayaan diri, mengurangi kecacatan, dan mencegah terjadinya stroke berulang (Irdawati dan Ambarwati, 2017). Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah sangat penting untuk menunjang tingkat kesembuhan dan kualitas hidup pasien. Beberapa hal yang perlu diketahui oleh keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah seperti pengaturan posisi tidur (*bed positioning*) posisi

duduk (*sitting positioning*), pemberian makan (*feeding*), serta latihan rentang gerak (ROM) (Lee, Choi, Kim, Lee, & Lee, 2015).

Penelitian Roza et al (2013) pada 30 responden keluarga pasien stroke di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru menemukan bahwa rata-rata pengetahuan keluarga berada pada kategori sedang yaitu 18 (60%) dan rendah sebanyak 5 responden (16,6%) menurutnya ini menunjukkan bahwa banyak keluarga pasien yang belum mengetahui pentingnya pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah dilihat dari cara anggota keluarga yang terkena stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Simandalahi (2018) menemukan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke masih dalam kategori kurang (51,8%), hal ini dipengaruhi karena lebih dari sepuluh keluarga memiliki pengetahuan kurang (50,8%).

Penelitian di atas juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniasih et al (2020) dimana dari 60 keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien stroke di RSAI Bandung ditemukan tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah masih dalam kategori kurang (68,5%). Hal ini bisa dipengaruhi oleh karakteristik responden yang diteliti dimana rata-rata (80%) anggota keluarga baru merawat pasien stroke, dan anggota keluarga yang belum mendapatkan informasi tentang cara perawatan pasien stroke di rumah sebanyak 56,7%.

Rahayu (2020), dalam penelitiannya menemukan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan perilaku dan antara sikap keluarga dengan perilaku

dalam perawatan pasien pasca-stroke dimana semakin baik pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke semakin baik pula perilaku keluarga dalam merawat pasien. Pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna terhadap pencegahan stroke berulang. Hasil penelitian ini menunjukkan pengetahuan keluarga dalam kategori baik sebanyak 58% dan perilaku keluarga dalam kategori baik sebanyak 51%.

Saat ini dunia tengah dilanda pandemi Covid-19, penyakit ini disebabkan oleh Corona Virus jenis baru yang disebut SARS-CoV-2 yang dapat menular dari hewan ke manusia (zoonosis), adapun hewan yang menjadi sumber penularan belum diketahui (WHO, 2020). Berdasarkan bukti ilmiah, Covid-19 dapat menular dari manusia ke manusia lain melalui droplet, dimana yang paling beresiko tertular yakni orang yang memiliki kontak erat dengan pasien termasuk yang merawat pasien Covid-19 (Kemenkes RI, 2020).

Pandemi Covid-19 telah ditetapkan sebagai bencana nasional yang membuat semua aktivitas sehari-hari terhambat dengan adanya karantina, akan tetapi belum cukup mampu untuk mencegah penularan virus ini. Dampak global dari infeksi virus ini merupakan salah satu yang paling memprihatinkan (Sohrabi C, et al., 2020). Pemerintah Indonesia telah melakukan banyak langkah-langkah dan kebijakan untuk mengatasi permasalahan pandemi ini. *Social Distancing* merupakan salah satu langkah pencegahan yang disosialisasikan oleh pemerintah. Tujuan dari langkah ini yaitu memutus mata rantai penularan pandemi Covid-19 ini dimana langkah tersebut mengharuskan masyarakat menjaga jarak aman dengan manusia lainnya minimal 2 meter,

tidak melakukan kontak langsung dengan orang lain serta menghindari pertemuan massal (Buana, 2020)

Kebijakan pemerintah terkait *Social Distancing* ini berdampak pada berbagai sektor termasuk sektor sosial maupun ekonomi. Selain itu, pandemi Covid-19 juga berdampak dalam sektor pelayanan kesehatan yang merupakan ujung tombak penanganan dan pencegahan Covid-19. Sistem kesehatan di Indonesia berada di bawah kapasitas dalam menangani pandemi saat ini, upaya yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan dalam menghadapi pandemi Covid-19 diantaranya memperkuat sistem kesehatan agar menjamin rumah sakit memiliki kapabilitas yang baik dalam menangani pasien, *online medicine treatment*, pemanfaatan platform *telemedicine* (pengobatan jarak jauh), penyiapan dana darurat sektor kesehatan untuk meminimalisir pembiayaan kesehatan, dan peningkatan SDM yang ada dalam menangani kasus ini (Putri, 2020).

Kebijakan lain yang dikeluarkan untuk mencegah penularan virus dalam pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit sebagai rujukan pasien Covid-19 yakni pembatasan pasien non-Covid yang masuk rumah sakit, termasuk pusat stroke. Zhao et al (2020) dalam penelitiannya menemukan bahwa beberapa rumah sakit telah menutup saluran perawatan stroke mereka. Hal ini berhubungan dengan manajemen sumber daya selama masa krisis pandemi Covid-19. Beberapa rumah sakit di Indonesia khususnya di Makassar juga melakukan kebijakan serupa, salah satu contohnya yakni Pusat Stroke RSKD Dadi Sulawesi Selatan. Berdasarkan arahan dan kebijakan Gubernur

Sulawesi Selatan untuk menjadikan Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi sebagai rumah sakit awal pengecekan bagi masyarakat yang mengalami gejala virus Corona. Oleh karena itu pihak rumah sakit mulai melakukan pengosongan bagi pasien umum dan tidak menerima pasien baru untuk sementara waktu, termasuk pasien stroke (Pemprov Sulsel, 2020).

Berdasarkan data RSKD Dadi jumlah pasien stroke terus meningkat setiap tahunnya. Namun dikarenakan kondisi pandemi Covid-19 saat ini, mulai awal 2020 Pusat Stroke RSKD Dadi Sulawesi Selatan untuk sementara tidak menerima pasien stroke dan dialihkan menjadi rumah sakit pasien Covid-19, seluruh pasien baik yang sudah sembuh maupun yang belum sembuh dipulangkan dan tetap melakukan kontrol ke rumah sakit setiap bulan. Kondisi ini membuat peran keluarga sangat penting bagi pasien stroke pasca hospitalisasi Karena seluruh proses perawatan dilakukan di rumah dan melibatkan keluarga.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik meneliti gambaran tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi stroke di dunia terus mengalami peningkatan, hingga kini ada lebih dari 80 juta orang hidup dengan stroke dan diprediksi akan terus bertambah. Dampak yang ditimbulkan akibat stroke mencakup aspek yang luas baik dari segi fisik, psikologi, maupun ekonomi dan sosial. ketika pasien

pulang ke rumah, sebagian besar perawatan dilakukan oleh keluarga. peran keluarga sebagai *caregiver* sangat penting dalam mempengaruhi proses penyembuhan pasien. Oleh karena itu pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke sangat penting untuk menentukan cara merawat pasien di rumah dengan baik dan benar sehingga mempercepat proses penyembuhan dan mengurangi resiko komplikasi. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik meneliti mengenai bagaimana gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan?.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran karakteristik anggota keluarga pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan
- b. Diketahui gambaran tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan
- c. Diketahui gambaran tingkat pengetahuan anggota keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi di RSKD Dadi Sulawesi Selatan berdasarkan karakteristik usia, pendidikan, pekerjaan, dan pengalaman lama merawat pasien.

D. Manfaat

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai gambaran pengetahuan anggota keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat pasien stroke pasca hospitalisasi sehingga penatalaksanaan perawatan pasien setelah pulang dari rumah sakit bisa lebih adekuat.
2. Penelitian ini memberikan manfaat kepada perawat agar tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan pasien tetapi juga kepada anggota keluarga sebagai faktor yang sangat penting dalam penyembuhan pasien stroke.
3. Hasil penelitian ini diharapkan juga dapat dilanjutkan untuk bahan penelitian lanjutan yang sejenis atau penelitian lain yang memakai penelitian ini sebagai bahan acuannya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah suatu kondisi dimana otak kekurangan oksigen yang dapat menyebabkan kerusakan dan hilangnya fungsi otak yang diakibatkan oleh pembekuan pada arteri yang memasok darah ke otak, Kondisi ini dikenal dengan istilah iskemia. Stroke juga bisa disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak sehingga menyebabkan pendarahan pada otak, dampak kerusakan yang disebabkan oleh stroke dapat berupa kerusakan permanen, termasuk kelumpuhan parsial dan gangguan bicara, pemahaman, dan memori. Luas dan lokasi kerusakan menentukan tingkat keparahan stroke yang berkisar dari minimal hingga mengancam nyawa (World Stroke Organization, 2019).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsi Saraf lokal atau global dimana kemunculannya mendadak, progresif, dan cepat yang dapat menimbulkan gejala berupa kelumpuhan wajah atau anggota badan, kesulitan berbicara/bicara tidak jelas (pelo), gangguan penglihatan, kemungkinan penurunan kesadaran, dan lain-lain. Stroke menjadi penyebab kematian kedua dan kecacatan ketiga di dunia (Kemenkes, 2018). Saat ini ada lebih dari 80 juta orang menderita stroke, dimana satu dari empat orang di dunia mengalami stroke menurut data *Global Burden Of Disease* (Kemenkes, 2019).

2. Etiologi Stroke

Secara umum, faktor risiko stroke yang umum termasuk hipertensi, diabetes, merokok, obesitas, fibrilasi atrium, dan penggunaan narkoba. Dari semua faktor risiko, hipertensi adalah faktor risiko stroke yang paling umum dapat dimodifikasi. Hipertensi kronis yang tidak terkontrol menyebabkan stroke pembuluh darah kecil terutama di kapsul internal, talamus, pons, dan otak kecil. Selain itu, sepertiga orang dewasa di AS mengalami peningkatan low-density lipoprotein (LDL), yang menyebabkan pembentukan plak di pembuluh darah intraserebral. Akhirnya, akibat penumpukan plak yang berlebihan, stroke trombotik terjadi. Pada populasi yang lebih tua, risiko stroke kardioemboli meningkat terutama karena fibrilasi atrium, 20% sisanya adalah stroke yang bersifat hemoragik. Penyebab hemoragik dapat berasal dari hipertensi, ruptur aneurisma, malformasi arteriovenosa, angioma vena, perdarahan akibat obat-obatan terlarang seperti kokain, metastasis hemoragik, angiopati amiloid, dan etiologi tidak jelas lainnya (Khaku & Tadi, 2020).

3. Faktor Resiko Stroke

Faktor risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dan berlipat ganda di atas usia 55 tahun pada keduanya pria dan wanita. Risiko meningkat lebih jauh ketika seseorang memiliki kondisi medis seperti hipertensi, penyakit arteri koroner atau hiperlipidemia. Hampir 60% stroke terjadi pada pasien dengan riwayat serangan iskemik transien (TIA). Beberapa faktor

risiko stroke dapat diubah, dan beberapa tidak dapat dimodifikasi (Kuriakose & Xiao, 2020).

a. Faktor yang tidak dapat diubah

Beberapa faktor yang tidak dapat diubah antara lain; usia, jenis kelamin, etnis, serangan iskemik transien (TIA), dan keturunan (Kuriakose & Xiao, 2020).

George (2011), dalam penelitiannya menemukan bahwa usia 20-54 tahun memiliki peningkatan risiko stroke, mungkin karena faktor sekunder yang sudah ada sebelumnya. Sedangkan data terbaru menunjukkan bahwa sekitar 60% kejadian stroke di dunia terjadi pada usia dibawah 70 tahun. Wanita memiliki risiko stroke yang sama atau lebih besar daripada pria, tanpa memandang usia. Secara global, jumlah wanita lebih dari setengah (51%) dari semua orang yang pernah mengalami dan selamat dari stroke (World Stroke Organization, 2019).

Serangan iskemik transien diklasifikasikan sebagai stroke mini; mekanisme dasarnya sama dengan stroke sepenuhnya. Ketika terjadi TIA suplai darah ke bagian otak diblokir sementara, yang merupakan tanda awal sebelum serangan sebenarnya terjadi. Genetika berkontribusi pada faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Risiko genetik adalah sebanding dengan usia, jenis kelamin dan ras individu (Kuriakose & Xiao, 2020).

b. Faktor yang dapat diubah

Faktor risiko utama yang dapat dimodifikasi untuk stroke adalah hipertensi, diabetes, kurang latihan fisik, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, kolesterol, dan manajemen diet (Kuriakose & Xiao, 2020).

Hipertensi: Ini adalah salah satu faktor risiko utama stroke. Dalam sebuah penelitian, tekanan darah minimal 160/90 mmHg dan riwayat hipertensi dianggap sama pentingnya predisposisi stroke, dengan 54% populasi yang terkena stroke memiliki karakteristik ini.

Diabetes: Ini menggandakan risiko stroke iskemik dan memberikan tingkat kematian sekitar 20% lebih tinggi. Selain itu, prognosis untuk penderita diabetes setelah stroke lebih buruk daripada pasien non-diabetes, termasuk tingkat kecacatan parah yang lebih tinggi dan pemulihan yang lebih lambat.

Alkohol dan penyalahgunaan obat: Hubungan antara risiko stroke dan konsumsi alkohol mengikuti pola lengkung dengan risiko terkait dengan jumlah alkohol yang dikonsumsi setiap hari. Konsumsi alkohol rendah hingga sedang (2 minuman standar setiap hari untuk pria dan 1 untuk wanita) mengurangi risiko stroke, sedangkan asupan tinggi meningkatkannya. Penggunaan obat-obatan terlarang adalah faktor predisposisi umum untuk stroke di antara individu berusia di bawah 35 tahun. Penelitian di AS menunjukkan bahwa proporsi pengguna narkoba di antara pasien stroke berusia 15-44 tahun enam kali lebih tinggi daripada pasien dengan usia yang sama yang dirawat dengan kondisi serius lainnya.

Merokok: Merokok secara langsung terkait dengan peningkatan risiko stroke. Seorang perokok rata-rata memiliki kemungkinan dua kali lipat untuk menderita stroke dari orang yang bukan perokok. Merokok berkontribusi pada 15% kematian terkait stroke. Penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang berhenti merokok mengurangi risiko relatif stroke, sementara perokok pasif dalam waktu lama meningkatkan risiko stroke sebesar 30%.

Kurangnya aktivitas fisik dan pola makan yang buruk dikaitkan dengan peningkatan risiko stroke. Kurang olahraga meningkatkan kemungkinan serangan stroke pada individu. Aktivitas fisik yang tidak mencukupi juga terkait dengan masalah kesehatan lainnya seperti tekanan darah tinggi, obesitas dan diabetes, semua kondisi yang berkaitan dengan insiden stroke yang tinggi. Pola makan yang buruk memengaruhi risiko stroke, berkontribusi pada hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, dan diabetes. Komponen makanan tertentu terkenal dapat meningkatkan risiko; Misalnya, asupan garam yang berlebihan dikaitkan dengan hipertensi dan stroke yang tinggi. Sebaliknya, diet tinggi buah dan sayuran terbukti menurunkan risiko stroke (Kuriakose & Xiao, 2020).

4. Klasifikasi Stroke

Menurut Emergency Nurses Association (2018), Stroke diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh yang memasok darah ke otak terhalang. Ini menyumbang sekitar 87% dari semua stroke (American Heart Association, 2020). Stroke iskemik terjadi jika trombus lokal atau embolus menyumbat arteri serebral. Emboli umumnya berasal dari jantung atau arteri besar setelah terjadi fibrilasi atrium, infark miokard akut (AMI), atau operasi. Gejala-gejala onsetnya tiba-tiba dan sering terjadi di pagi hari, seperti halnya AMI.

Sedangkan menurut LeMone et al (2014), Stroke iskemik terbagi dalam beberapa jenis, antara lain:

1) Stroke Iskemik Transien (TIA)

kadang-kadang disebut mini-stroke, adalah periode singkat dari iskemia otak terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Stroke Trombotik

stroke trombotik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak besar oleh trombus (bekuan darah). stroke trombotik paling sering terjadi pada orang tua yang sedang beristirahat atau tidur. tekanan darah lebih rendah selama tidur, jadi ada sedikit tekanan untuk mendorong darah melalui lumen arteri yang sudah menyempit, dan iskemia dapat terjadi.

3) Infark Lakunar stroke

stroke trombotik yang mempengaruhi pembuluh otak kecil disebut stroke lakunar (pembuluh kecil), karena area infark mengelupas, meninggalkan rongga kecil di jaringan otak. terjadi di bagian otak yang lebih dalam atau batang otak dari penyumbatan cabang kecil arteri serebral besar.

4) Kardiogenik Emboli Stroke

stroke emboli kardiogenik terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrium, trombus ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongestif, atau plak aterosklerotik memasuki sistem peredaran darah dan tersangkut pada pembuluh serebral yang terlalu sempit untuk memungkinkan pergerakan lebih lanjut.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah yang melemah pecah. Dua jenis pembuluh darah yang melemah biasanya menyebabkan stroke hemoragik: aneurisma dan malformasi arteriovenosa (AVM). Stroke hemoragik mencapai sekitar 13% dari kasus stroke. Ini disebabkan oleh pembuluh yang melemah yang pecah dan berdarah ke otak sekitarnya. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya (American Heart Association, 2020). Klasifikasi hemoragik stroke meliputi:

1) Pendarahan Intraparenkimal Atau Intracerebral (*Intracerebral Hemorrhage/ICH*)

Pendarahan intraserebral terjadi pada 10%-15% serangan pertama pada pasien stroke dan memiliki tingkat mortalitas 35%-52% untuk kejadian kematian dalam waktu 30 hari; setengah dari kematian terjadi pada 2 hari pertama sejak serangan. Pendarahan intraserebral paling sering disebabkan oleh hipertensi, koagulopati, antikoagulasi, AVM, *angioma cavernosa*, penggunaan obat terlarang, dan trauma.

2) Pendarahan Subaraknoid

Sekitar 3% dari semua kejadian stroke merupakan pendarahan *Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage* (SAH). Kejadian pendarahan subaraknoid spontan menyumbang 5% pada kematian akibat stroke. Rata-rata disabilitas dan mortalitas yang disebabkan oleh SAH cukup tinggi yaitu sekitar 50% dan pasien tidak selamat ketika terjadi serangan awal.

Aneurisma serebral merupakan penyebab utama dari SAH non-traumatik. Faktor risiko untuk aneurisma serebral yakni riwayat keluarga SAH, hipertensi, merokok, jenis kelamin perempuan, lansia, alkohol, gangguan jaringan ikat (American Nurses Association, 2018).

5. Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi stroke bervariasi sesuai dengan arteri serebral yang terlibat dan area otak yang terkena. manifestasi selalu muncul tiba-tiba, fokus,

dan biasanya di satu sisi (LeMone et al., 2014). Ada beberapa tanda klinis yang dapat terjadi menurut LeMone et al (2014), antara lain:

a. Defisit Sensori-Persepsi

stroke mungkin melibatkan perubahan patologis secara neurologis yang mengubah kemampuan untuk mengintegrasikan interpretasi, dan memperhatikan data sensorik. pasien mungkin mengalami defisit dalam penglihatan, pendengaran, keseimbangan, pengecap, dan indra penciuman. kemampuan untuk merasakan getaran, rasa sakit, kehangatan, dingin, dan tekanan akan berkurang.

- 1) Hemianopia : hilangnya separuh bidang visual dari satu atau kedua mata; ketika separuh yang sama hilang di setiap mata, kondisi ini disebut hemianopia homonimus.
- 2) Agnosia : gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indera. Tipe yang paling sering terjadi adalah agnosia indera penglihatan dan pendengaran.
- 3) Apraxia : ketidakmampuan untuk melakukan beberapa pola motoric (misalkan menggambar, berpakaian) bahkan kekuatan dan koordinasi yang memadai.

b. Perubahan kognitif dan perilaku

perubahan kesadaran, mulai dari kebingungan ringan hingga koma, adalah manifestasi umum dari stroke. Perubahan perilaku termasuk ketidakstabilan emosi, kehilangan kendali diri, dan penurunan toleransi terhadap stres. perubahan intelektual mungkin termasuk

kehilangan ingatan, penurunan rentang perhatian, penilaian yang buruk, dan ketidakmampuan untuk berpikir abstrak.

c. Gangguan Komunikasi

komunikasi adalah proses yang kompleks, melibatkan fungsi motorik, ucapan, bahasa, memori, penalaran, dan emosi. Afasia merupakan penurunan kemampuan berkomunikasi. Afasia bisa melibatkan beberapa atau seluruh aspek dari komunikasi, termasuk berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan.

Afasia Ekspresif : Masalah bicara motorik di mana seseorang dapat memahami apa yang dikatakan tetapi dapat menanggapi secara verbal hanya dalam frasa pendek, disebut juga *Broca's Aphasia*.

Afasia Reseptif : masalah bicara sensorik di mana seseorang tidak dapat memahami kata yang diucapkan (dan sering ditulis). berbicara mungkin lancar tetapi dengan konten yang tidak jelas, disebut juga dengan *Wernicke's Aphasia*.

Global Afasia : disfungsi bahasa dalam memahami dan mengekspresikan.

Disartria : gangguan apapun dalam kontrol otot bicara.

d. Defisit Motorik

Tergantung pada area otak yang terkena, stroke dapat menyebabkan kelemahan, kelumpuhan, dan atau spastisitas. Defisit motorik termasuk berikut ini:

Hemiplegia : kelumpuhan bagian kiri atau kanan tubuh.

Hemiparesis : kelemahan bagian kiri atau kanan tubuh.

e. Gangguan Eliminasi

Gangguan eliminasi sering terjadi. stroke dapat menyebabkan hilangnya sebagian sensasi yang memicu pengangkatan kandung kemih, mengakibatkan peningkatan frekuensi buang air kecil, atau inkontinensia. perubahan buang air besar sering terjadi akibat perubahan lokus kontrol, imobilitas, dan dehidrasi.

6. Penatalaksanaan Stroke

Asuhan keperawatan yang diperlukan seringkali kompleks dan multidimensional, membutuhkan pertimbangan kesinambungan perawatan untuk pasien dalam perencanaan perawatan akut, perencanaan perawatan jangka panjang, pusat rehabilitasi, dan perawatan di rumah. Asuhan keperawatan mandiri dan holistik sangat penting dalam semua lingkungan dan berfokus pada peningkatan pencapaian potensi dan kualitas hidup maksimum (LeMone et al., 2014).

Menurut Black & Hawks (2014), beberapa rencana keperawatan yang direkomendasikan, yakni:

- a. Dokumentasikan kondisi pasien dan kaji secara menyeluruh, termasuk adanya ganggana, status penyakit lainnya, komplikasi, perubahan status, dan status fungsional sebelum stroke.
- b. Mulai aktifitas fisik segera setelah kondisi medis pasien stabil. Hati-hati pada saat mobilisasi dini pada pasien dengan penurunan neurologis

progresif, pendarahan subaraknoid dan intraserebral, hipotensi ortostatik, infark miokard akut, atau *deep vein thrombolis (DVT)* akut.

- c. Berikan bantuan dalam mengendalikan fungsi kesehatan selama seluruh tahapan pengobatan.
- d. Cegah komplikasi, termasuk emboli paru, aspirasi, kerusakan kulit, infeksi saluran kemih, jatuh, kelemahan otot dan kontraktur, cedera bahu, dan kejang.
- e. Cegah stroke berulang dengan mengontrol faktor-faktor resiko yang bisa dimodifikasi.
- f. Lakukan pengkajian selama masa akut rehabilitasi.
- g. Gunakan alat ukur evaluasi yang standard an bisa digunakan.
- h. Evaluasi untuk waktu awal rehabilitasi selama tahap akut.
- i. Pilih program individu atau interdisiplin berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarganya, kesuksesan program membutuhkan dukungan penuh dan partisipasi aktif dari pasien dan keluarga, dari awal perawatan keluarga sudah dilibatkan.
- j. Pilih program rehabilitasi lokal yang paling baik untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya.

Penatalaksanaan pasien stroke bergantung pada fase stroke yang dialami oleh pasien. Fase ini dibedakan menjadi fase akut dan pasca akut.

1. Fase Akut

Obat-obatan digunakan untuk merawat pasien selama fase akut dari stroke iskemik untuk mencegah pembentukan trombotik lebih lanjut,

meningkatkan aliran darah otak, dan melindungi neuron otak (LeMone et al., 2014). Pada fase ini sasaran pengobatan yaitu mencegah agar neuron yang cedera tidak nekrosis, serta agar proses patologis lainnya yang menyertai tidak mengganggu atau mengancam fungsi otak (Damawiyah, 2015).

2. Fase Pasca Akut

Penatalaksanaan pasca akut dimulai setelah kondisi klini pasien telah stabil yaitu 48 jam sampai 72 jam setelah serangan stroke (Smeltzer & Bare, 2013). Penatalaksanaan stroke pasca akut ini bertujuan untuk pemulihan keadaan dan mengurangi derajat ketidakmampuan (Damawiyah, 2015).

B. Tinjauan Tentang Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke pasca hospitalisasi adalah Segala sesuatu yang diketahui oleh anggota keluarga dalam merawat pasien stroke setelah pulang dari rumah sakit dan melakukan perawatan di rumah baik yang didapat secara formal ataupun informal. Beberapa hal yang perlu diketahui oleh keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah seperti pengaturan posisi tidur (*bed positioning*) posisi duduk

(*sitting positioning*), pemberian makan (*feeding*), serta latihan rentang gerak (ROM) (Lee et al., 2015).

Tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke menurut Penelitian Simandalahi (2018) rata-rata berada pada kategori rendah. Penelitian ini menemukan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke, dimana semakin rendah tingkat pengetahuan, semakin rendah kemampuan keluarga dalam merawat pasien.

penelitian Kurniasih et al (2020) juga menemukan bahwa tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke masih berada dalam kategori rendah. Sebagian besar responden baru pertama kali merawat dan belum pernah mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke di rumah.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Budiman & Riyanto (2013), sebagai berikut :

- a. Pendidikan, yaitu sebuah proses perubahan perilaku seseorang atau sekelompok orang serta usaha mendewasakan manusia melalui usaha pengajaran dan pelatihan. Pengetahuan erat kaitannya dengan pendidikan. Dengan pendidikan yang tinggi, diharapkan pengetahuannya akan semakin luas. Namun demikian, perlu ditekankan bahwa orang yang berpendidikan rendah bukan berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan bisa didapatkan dari pendidikan nonformal dan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek

mengandung dua aspek yang kemudian akan mempengaruhi sikap seseorang terhadap objek tersebut. Semakin banyak aspek positif yang diketahui tentang suatu objek, maka akan menumbuhkan sikap yang semakin positif tentunya. Pendidikan dapat bermanfaat baik bagi para pasien stroke maupun keluarga sebagai pemberi perawatan dengan mencegah stroke. Pendidikan didefinisikan sebagai pengalaman terencana yang menggunakan kombinasi metode seperti pengajaran, konseling dan teknik modifikasi perilaku untuk mempengaruhi pengetahuan dan perilaku (Farayi, Tecla, Aimee, Lovemore, & Hakim, 2016).

- b. Informasi, merupakan sesuatu yang dapat diketahui atau transfer informasi, yang didapatkan dalam kehidupan sehari-hari, diperoleh dari data pengamatan terhadap lingkungan sekitar, kemudian diteruskan dalam bentuk komunikasi. Informasi mencakup data, teks, gambar, suara, kode, program computer, dan basis data. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.
- c. Sosial budaya ekonomi, merupakan kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh masyarakat tanpa melalui penalaran tentang baik dan buruknya. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu seperti pendidikan sehingga status ekonomi juga akan mempengaruhi pengetahuan.
- d. Lingkungan, adalah segala sesuat yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. lingkungan berpengaruh terhadap

proses transfer informasi dari individu ke individu lainnya dalam lingkungan tersebut yang dikarenakan adanya interaksi yang dilakukan kemudian direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

- e. Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran tentang pengetahuan dengan mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi dimasa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan, hal ini menggambarkan keterpaduan menalar ilmiah dan etik yang berdasar dari masalah nyata.
- f. Usia, berpengaruh terhadap daya tangkap dan daya ingat serta pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin baik. Semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan maka pengetahuannya semakin bertambah.

Pengukuran tingkat pengetahuan seseorang bisa dilakukan melalui wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden (Budiman & Riyanto, 2013). Arikunto (2006) dalam Budiman & Riyanto (2013) mengkategorikan tingkat pengetahuan menjadi tiga tingkatan berdasarkan persentase, sebagai berikut :

- 1) Tingkat pengetahuan kurang jika nilainya $\leq 55\%$
- 2) Tingkat pengetahuan sedang jika nilainya 56-74%
- 3) Tingkat pengetahuan baik jika nilainya $\geq 75\%$.

C. Tinjauan Tentang Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Definisi ini mencakup berbagai hubungan di luar perspektif legal, termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

2. Tujuan Keluarga

Friedman et al (2010), Keluarga menyediakan sumber daya penting dalam memberikan layanan kesehatan yang efektif bagi masyarakat. Dalam sebuah unit keluarga, setiap gangguan (penyakit, cedera, perpisahan) dapat mempengaruhi semua anggota di dalam suatu keluarga, dimana keluarga merupakan sebuah jaringan yang erat huungannya. Hal ini membuat peran tiap anggota keluarga amat penting dalam setiap aspek pelayanan individu anggota keluarganya. Selain itu seseorang dapat memperoleh pemahaman lebih jelas dan menyeluruh tentang individu dan fungsinya jika dipandang dalam konteks keluarga.

3. Bentuk-Bentuk Keluarga

Menurut Friedman et al (2010) bentuk-bentuk keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Keluarga inti, merupakan keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya. Dua variasi yang berkembang di antara keluarga inti adalah *dual-earning* (kedua pasangan memiliki penghasilan masing-masing) dan keluarga *diad* (keluarga tanpa anak). Keluarga adopsi dan keluarga asuh adalah bentuk lain dari keluarga inti yang disebutkan sebagai keluarga yang memiliki kondisi dan kebutuhan yang khusus.
- b. Keluarga Besar (*Extended family*), adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman, dan bibi. Bentuk keluarga ini merupakan keluarga yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran kepada semua anggota keluarganya.
- c. Keluarga orang tua tunggal, adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, berpisah, atau diterlantarkan.
- d. Keluarga orang tua tiri, dikenal sebagai keluarga yang menikah lagi. Biasanya bentuk keluarga ini terdiri dari seorang ibu, anak kandung dari ibunya, dan ayah tiri, atau sebaliknya. Biasanya keluarga ini mengalami proses penyatuan yang kompleks dan penuh dengan stress.
- e. Keluarga binuklir, adalah keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas keluarga inti, maternal dan paternal, dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam tiap rumah tangga (Ahrons & Perlmtter dalam Friedman et al., 2010).

4. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat berupa sikap, tindakan, hingga penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga terdiri atas empat jenis dukungan antara lain dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan informasional, dan dukungan penghargaan/penilaian (Friedman et al., 2010). Aspek-aspek dalam dukungan keluarga antara lain:

a. Dukungan Instrumental

Dukungan instrument diartikan sebagai dukungan yang diberi secara langsung baik dalam bentuk materi, tenaga, hingga sarana. Dukungan jenis ini meliputi bantuan yang diberikan secara langsung atau nyata.

b. Dukungan Emosional

Dukungan emosional meliputi dukungan yang dapat diwujudkan melalui kasih sayang, kepercayaan, perhatian, hingga mendengarkan dan didengarkan. Dukungan ini melibatkan rasa empati, kasih sayang, peduli terhadap seseorang sehingga memberikan perasaan nyaman, dihargai, diperhatikan, dan dicintai.

c. Dukungan Informasional

Dukungan informasional merupakan pemberian informasi oleh keluarga yang digunakan dalam mengungkapkan masalah. Dukungan ini yaitu memberi nasehat, arahan, sugesti tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu.

d. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian meliputi memberi umpan balik, membimbing, dan menengahi permasalahan yang ada dalam keluarga. Dukungan ini terjadi melalui ungkapan rasa hormat, dorongan untuk maju, dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain.

D. Tinjauan Tentang Perawatan Stroke

1. Perawatan Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi

Setelah melewati fase akut, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan. Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi dalam jangka lama, bahkan sepanjang sisa hidup pasien (Mulyatsih, 2018). Perawatan di rumah sangat bermanfaat ketika pasien telah pulang dari menjalani perawatan di rumah sakit (pasca hospitalisasi). Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat penanganan pasien.

Menurut Mulyatsih (2018), berikut beberapa prinsip merawat pasien stroke di rumah :

- a. Menjaga kesehatan punggung pengasuh atau keluarga.
- b. Mencegah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan.
- c. Mencegah kekurangan cairan atau dehidrasi.
- d. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi.
- e. Mencegah terjadinya nyeri bahu (shoulder pain)
- f. Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso

2. Peran Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi

Keluarga memiliki peran yang sangat vital dalam merawat pasien stroke selama menjalani perawatan di rumah. Keluarga berperan dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke (Mulyatsih, 2018). Dukungan sosial baik dari keluarga, teman, rekan kerja, dan tetangga berupa dukungan emosional dan dukungan finansial membantu pasien stroke data mengatasi, menyesuaikan diri, dan pulih dengan cepat dari penyakit medis yang dideritanya (Blessing & Oluwagbemiga, 2017).

Dalam merawat pasien stroke di rumah, habatan yang dialami oleh keluarga selalu ada. Kadarwati et al (2019) dalam penelitiannya menyatakan keluarga juga mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan ADL pasien, keluarga mengalami perubahan kondisi fisik, perubahan waktu istirahat dan tidur, perubahan kondisi psikologis, perubahan aktifitas sosial dan perubahan ekonomi.