

SKRIPSI

**HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN
BERULANG DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PENDERITA STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSUD Dr. Hi. CHASAN BOESOIRIE TERNATE**

**Diajukan sebagai salah satu syarat penyelesaian studi di Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin**



Oleh :

**PUTRIANI IDRUS
NIM : C121 11 657**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan Judul :

**“HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN
BERULANG DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PENDERITA STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSUD Dr. Hi. CHASAN BOESOIRIE TERNATE ”**

Oleh :

**PUTRIANI IDRUS
NIM : C121 11 657**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji.

Pembimbing I

Pembimbing II

Moh. Syafar, S.Kep.,Ns.,MN

Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Mengetahui :

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep.

NIP : 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan Judul :

**“HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN
BERULANG DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PENDERITA STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSUD Dr. Hi. CHASAN BOESOIRIE TERNATE ”**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Senin, 11 Februari 2013
Pukul : 12. 00 – 13.00 Wita
Tempat : Ruang Program S2 Keperawatan

Oleh :

PUTRIANI IDRUS
NIM : C121 11 657

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes

Penguji II : Andriani, S.Kep, Ns., M.Kes

Penguji III : Moh. Syafar, S.Kep.,Ns.,MN

Penguji IV : Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui :

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi Ilmu
Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Prof. dr. Budu, Ph.D., SpM (K), M.MedED
NIP : 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep.
NIP : 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Putriani Idrus

NIM : C121 11 657

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul **“HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN BERULANG DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PENDERITA STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD Dr. Hi. CHASAN BOESOIRIE TERNATE ”** merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain kecuali yang tertulis di dalam naskah dan terlampir dalam daftar pustaka.

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

Makassar, Februari 2013

Yang membuat pernyataan

Putriani Idrus

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Hubungan Lama Perawatan dan Frekuensi Serangan Berulang dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate”

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Olehnya itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. dr. Budu, Ph.D.,SpM (K), M.MedED selaku pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
4. Bapak Moh. Syafar, S.Kep.,Ns.,MN dan Bapak Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Pembimbing I & Pembimbing II yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini
5. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes dan Ibu Andriani, S.Kep, Ns., M. Kes. selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan

6. Ibu Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate yang telah memberikan izin untuk meneliti di Rumah Sakit Umum Daerah Ternate
7. Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan
8. Rekan-rekan perawat dan staf di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini
9. Suami tercinta Wirya Syah Putra dan Ananda Mushrifah serta kedua orang tua yang telah memberikan dukungan semangat dan doa yang tiada henti-hentinya bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
10. Rekan-rekan Ners B angkatan 2011 yang telah banyak memberikan bantuan dukungan dalam penyusunan skripsi ini
11. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penyusun harapkan dari pembaca yang budiman untuk penyempurnaan penulisan selanjutnya. Di samping itu penyusun juga berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi peneliti dan bagi nusa bangsa.

Wassalam.

ABSTRAK

Putriani Idrus. Hubungan Lama Perawatan dan Frekuensi Serangan Berulang dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoerie Ternate. Dibimbing oleh Moh. Syafar dan Nuurhidayat Jafar. (xiii + 55 halaman + 6 lampiran + 3 bagan)

Latar Belakang. Stroke merupakan penyakit saraf dan menjadi salah satu masalah kesehatan yang amat penting dan terus mengalami peningkatan yang signifikan setiap tahunnya serta dapat mengakibatkan kelumpuhan atau kecacatan bagi penderitanya. Stroke berulang merupakan suatu hal yang mengkhawatirkan pasien stroke karena dapat memperburuk keadaan dan meningkatkan biaya perawatan. Kesulitan muncul selama memberikan perawatan membuat keluarga mengalami perubahan secara fisik dan mental.

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

Metode. Penelitian ini merupakan deskriptif analitik, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*.

Hasil. Perawatan tidak lama sebagian besar memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu 6 responden (66.7%). Sedangkan responden dengan perawatan lama seluruhnya memiliki tingkat kecemasan ringan yaitu 6 responden (100%). Uji *Fisher's Exact Test* $p=0.028$. Kejadian stroke berulang 8 responden, kecemasan ringan 7 responden (87.5%), kecemasan sedang 1 responden (12.5%). Stroke tidak berulang 7 responden, kecemasan sedang 5 responden (71.4%), kecemasan ringan 2 responden (28.6%). Uji *Fisher's Exact Test* $p = 0.041$

Kesimpulan dan saran. Lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dapat berpengaruh terhadap tingkat kecemasan keluarga penderita stroke, maka dari itu disarankan kepada pihak rumah sakit dan perawat dapat membantu dalam masa perawatan.

Kata Kunci : Lama perawatan, Kejadian Stroke, Tingkat Kecemasan

Kepustakaan : 29 buah. 2000-2012

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pengesahan	iii
Lembar Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
Daftar Bagan	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	
A. Konsep Stroke.....	8

B. Konsep stroke berulang.....	17
C. Tinjauan Tentang Lama Perawatan	18
D. Konsep Keluarga.....	20
E. Konsep Kecemasan.....	25
F. Kerangka Teori	32
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	
A. Kerangka Konsep.....	33
B. Hipotesis.....	34
BAB IV METODE PENELITIAN.....	
A. Desain Penelitian.....	35
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	35
C. Populasi dan Sampel.....	35
D. Alur Penelitian.....	37
E. Variabel Penelitian.....	38
F. Pengumpulan Data.....	39
G. Pengolahan Data dan Analisis Data.....	40
H. Masalah Etika.....	41
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil	43
B. Pembahasan	47
C. Keterbatasan Penelitian	54

BABA VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	55
B. Saran	55

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin dan Pendidikan di Ruang Neurologi RSUD Ternate	43
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Lama Perawatan, Kejadian Stroke Dan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi RSUD Ternate	44
Tabel 5.3	Distribusi Hubungan Berdasarkan Lama Perawatan dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi.....	45
Tabel 5.4	Distribusi Hubungan Berdasarkan Kejadian Stroke dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembaran Izin Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembaran Persetujuan Responden
- Lampiran 4 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 5 : Lembar Master Tabel
- Lampiran 6 : Lembar Hasil Uji Statistik Dengan Program SPSS 16.0

DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1	: Gambar Kerangka Teori	30
Gambar 3.1	: Gambar Kerangka Konsep	31
Gambar 4.1	: Gambar Alur Penelitian	35

ABSTRACT

Putriani Idrus. Treatment Duration and Frequency Relationships Returning to The Fear Attack Patients Stroke In Family Room Inpatient Neurology Hospital Dr. Hi. Chasan Boesoerie Ternate. Guided by Moh. Syafar dan Nuurhidayat Jafar. (xiii + 55 pages + 6 attachments + 3 chart).

Background. Stroke is a neurological disease and become one of the very important health problem and continues to experience significant increases each year and can result in paralysis or disability for the sufferer. Stroke is a cause for concern because of stroke patients can worsen the situation and increase the cost of care. Difficulties arise for families providing care make changes physically and mentally.

Research Objectives This was to determine the relationship of duration of treatment and frequency of recurrent attacks with high levels of anxiety families of stroke patients.

Methods. This is a descriptive analytic study, using cross-sectional approach.

Results. Treatment was not long mostly had moderate anxiety level is 6 respondents (66.7%). While respondents with longer treatments all have mild anxiety level is 6 respondents (100%). Test Fisher's Exact Test $p = 0.028$. Incidence of recurrent stroke 8 respondents, mild anxiety 7 respondents (87.5%), anxiety being one respondents (12.5%). Stroke nonrecurring 7 respondents, concerns were 5 respondents (71.4%), mild anxiety 2 respondents (28.6%). Test Fisher's Exact Test $p = 0.041$.

Conclusions and suggestions. Treatment duration and frequency of recurrent attacks may impact the level of anxiety families of stroke patients, and therefore disaran to the hospital and the nurse can help in the treatment.

Keywords : Duration of treatment, incidence of Stroke, Anxiety Level.

Bibliography : 29 pieces. 2000 - 2012

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit saraf dan menjadi salah satu masalah kesehatan yang amat penting dan terus mengalami peningkatan yang signifikan setiap tahunnya serta dapat mengakibatkan kelumpuhan atau kecacatan bagi penderitanya. Selain itu pengobatan dan terapi untuk penderita stroke pun harus dilakukan secara bertahap dan membutuhkan waktu yang cukup lama. Di dunia kedokteran, stroke menduduki urutan ketiga sebagai penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker (Bonita, 1992 di kutip dalam Astuti, 2010).

WHO (*World Health Organization*) (2004 dikutip dalam Pambudi, 2008) memperkirakan 15 juta orang tersebar di seluruh dunia menderita stroke, dimana kurang lebih 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang mengalami cacat permanen. Diperkirakan setiap 3 menit 1 orang meninggal oleh karena penyakit tersebut.

Kasus stroke meningkat di negara maju seperti Amerika di mana kegemukan dan *junk food* telah mewabah. Data statistik di Amerika menemukan setiap tahun terjadi 750.000 kasus stroke baru di Amerika. Data tersebut menunjukkan bahwa setiap 45 menit, ada 1 orang di Amerika yang terkena serangan stroke. Penderita stroke diperkirakan sekitar 500.000 dimana dari jumlah tersebut sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga

lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus berbaring di kasur. Kondisi ini menyebabkan mereka harus dibantu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, seperti makan, minum, mandi, buang air besar dan buang air kecil dan kadang harus menggunakan alat medis yaitu selang makan ataupun selang untuk kencing (Pambudi, 2008).

Sebanyak 12 juta penduduk Indonesia berumur di atas 35 tahun berpotensi terserang stroke, selain ancaman dari jenis penyakit non-infeksi lainnya. Hipertensi atau tekanan darah tinggi masih menjadi penyebab utama kejadian stroke di Indonesia (Anna, 2011). Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995, stroke merupakan penyebab kematian dan kecacatan di Indonesia. Data stroke secara akurat dan lengkap belum ada, tetapi diperkirakan insidennya semakin meningkat, seiring dengan meningkatnya umur harapan hidup dan penyakit-penyakit yang merupakan faktor resiko stroke. Stroke dapat menimbulkan akibat yang bervariasi pada pasien. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, sedangkan pada kasus yang tidak meninggal dapat terjadi beberapa kemungkinan seperti stroke berulang (*Recurrent Stroke*), demensia dan depresi. Stroke berulang merupakan suatu hal yang mengkhawatirkan pasien stroke karena dapat memperburuk keadaan dan meningkatkan biaya perawatan (Siswanto, 2005).

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, prevalensi nasional stroke adalah 0,8% (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala). Sebanyak 11 provinsi mempunyai prevalensi stroke diatas prevalensi nasional, yaitu : Nangroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo dan Papua barat (Dep.Kes RI, 2008). Penderita stroke di RSUD Chasan Boesoirie Ternate yang di rawat pada tahun 2011 sebanyak 123 pasien dan pada tahun 2012 dari Bulan Januari sampai Bulan Mei sebanyak 73 pasien (Profil RSUD Ternate, 2012).

Stroke merupakan penyakit yang mematikan dan perawatannya membutuhkan waktu yang lama dan biaya yang tinggi, karena stroke kalau sembuh akan mengalami gangguan atau cacat fisik seperti kelumpuhan, gangguan menelan, gangguan bicara, maupun gangguan eliminasi buang air besar dan buang air kecil. Oleh karena itu diperlukan komitmen keluarga untuk penyembuhan dalam menangani pasien stroke.

Sebuah keluarga adalah merupakan unit dasar dari masyarakat, dimana anggotanya mempunyai suatu komitmen untuk memelihara satu sama lain baik secara emosi maupun fisik. Sebuah keluarga dapat dipandang sebagai sistem terbuka, suatu perubahan atau gangguan pada salah satu bagian dari sistem dapat mengakibatkan perubahan atau gangguan dari seluruh sistem. Bagian-bagian sistem yang terganggu antara lain sensorik, kardiovaskuler, pernafasan, gastrointestinal dan urogenetalia. Stres atau

cemas yang dihadapi dan dialami oleh salah satu anggota keluarga mempengaruhi seluruh keluarga (Pambudi, 2008).

Menurut kurniawati, (2010) dampak stroke sebanding dengan sulitnya perawatan pada penderita khususnya perawatan selama di rumah. Kesulitan muncul selama memberikan perawatan membuat keluarga mengalami perubahan secara fisik dan mental. Keluarga dengan stroke yang memiliki pendidikan dan ekonomi rendah terlalu sibuk bekerja sehingga tidak mendukung perawatan penderita stroke. Keluarga umumnya akan mengalami perubahan perilaku dan emosional. Setiap orang mempunyai reaksi yang berbeda-beda terhadap kondisi yang dialami. Penyakit yang berat, terutama yang dapat mengancam kehidupan dan dapat menimbulkan perubahan perilaku yang lebih luas, ansietas, syok, penolakan, marah. Hal tersebut merupakan respon umum yang di sebabkan oleh stress (Pambudi, 2008).

Sumber kecemasan dapat berasal dari dalam tubuh dan luar tubuh, dimana cemas berasal dari : sumber biologik, fisiologik, kimia, psikologik, sosial dan spiritual. Terjadinya kecemasan dirasakan dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan dan merupakan gejala umum serta awal dari gangguan kesehatan fisik dan psikologis (Rasmun, 2004).

Kondisi di RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate ,khususnya di ruang rawat inap neurologi dimana keluarga terlihat cemas diakibatkan karena gelisah, bingung dan panik karena keluarga belum tahu tentang penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya. Oleh sebab itu

yang di lakukan perawat yaitu memberikan penyuluhan dan tambahan informasi kepada keluarga tersebut tentang apa itu penyakit stroke, cara menghadapi pasien stroke dan memberikan support dalam mengatasi kecemasan tersebut. Pihak keluarga juga merasa cemas jika yang sakit adalah orang yang sangat di cintai, sebagai tulang punggung keluarga atau sumber dari segalanya bagi keluarga. Secara langsung kecemasan dapat diekspresikan melalui respon fisiologis dan psikologis dan secara tidak langsung melalui mekanisme coping sebagai pertahanan melawan kecemasan (Suliswati, 2005)

Kecemasan merupakan respon psikologik terhadap stress yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik, perasaan takut atau tidak tenang yang sebagai sumbernya tidak diketahui dan dikenali. Kecemasan adalah suatu yang abstrak yang tak dapat dilihat dengan mata kita, yang membuat hati manusia tidak tenang, rasa takut dan timbul keragu-raguan (Hariyono, 2000).

Dari latar belakang tersebut sehingga peneliti ingin meneliti sejauh mana tingkat kecemasan keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita stroke di ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate.

B. Perumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit saraf yang mematikan dan perawatannya membutuhkan waktu yang lama dengan biaya yang tinggi. Serangan stroke dapat terjadi berulang-ulang. Penyakit stroke dapat sembuh dengan normal dan juga menjadi cacat tetapi ada juga yang menyebabkan kematian.

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimanakah hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke di ruang neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuinya hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

2. Tujuan khusus

- a. Diketuinya hubungan lama perawatan terhadap tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.
- b. Diketuinya hubungan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Keluarga

Menambah pengetahuan keluarga terhadap penyakit stroke yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya.

2. Manfaat Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pengembangan Ilmu pengetahuan dan penanganan stroke.

3. Manfaat Bagi Instansi

Apabila pada hasil penelitian nanti terbukti bahwa ada perbedaan yang bermakna terhadap tingkat kecemasan dalam menangani penyakit stroke. Sehingga dapat mendeskripsikan perilaku yang dialami oleh keluarga pasien stroke..

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam BAB ini peneliti akan membahas tentang : 1. konsep stroke yang terdiri dari pengertian stroke, penyebab, penggolongan stroke, faktor resiko stroke, pencegahan stroke dan penatalaksanaan pasien stroke. 2.tinjauan tentang stroke berulang dan lama perawatan selama di rawat di rmh sakit. 3. Keluarga yang terdiri dari pengertian, keluarga sebagai sistem, tugas keluarga, fungsi keluarga. 4. kecemasan dengan sub topik pengertian, respon ansietas, fungsi adaptif dan kecemasan, gejala psikologis dan kognitif, teori-teori psikologis penyebab kecemasan dan reaksi kecemasan. 5.kerangka teori

A. Tinjauan Tentang Konsep Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah serangan otak yang terjadi secara tiba-tiba dengan akibat kematian atau kelumpuhan sebelah bagian tubuh karena sifatnya yang menyerang itu, sindroma ini diberi nama stroke yang artinya kurang lebih pukulan telak dan mendadak kadang pula stroke di sebut *Cerebro Vascular Accident (CVA)*. (Sustrani, Alam & Hadibroto. 2006)

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibatnya terhambatnya aliran darah ke otak (Junaidi, 2011). Stroke atau cedera *CVA* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian

otak. Sering ini adalah kulminasi penyakit CVA selama beberapa tahun (Brunner & Suddrath, 2002).

World Health Organization ((WHO), 1988) dikutip dalam Junaidi, 2011 stroke adalah terjadinya gangguan fungsional otak fokal maupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan aliran darah otak. Dapat saya simpulkan stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terlambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian.

2. Penyebab Stroke

Stroke disebabkan oleh dua hal utama, yaitu penyumbatan arteri yang mengalirkan darah ke otak (stroke iskemik/nonperdarahan) atau karena adanya perdarahan di otak (stroke perdarahan/hemoragik). Stroke dan penyakit jantung koroner dapat terjadi karena adanya dua atau lebih faktor resiko (*multirisk factors*), bukan hanya satu faktor. Pemicu stroke antara lain kecenderungan menu harian berlemak, pola dan gaya hidup tidak sehat, ketidakmampuan beradaptasi dengan stress, factor hormonal (wanita menopause, penyakit gondok, penyakit anak ginjal) dan kondisi kejiwaan (temperamen tipe A – tipe orang yang tidak sabar, terburu-buru, selalu ingin cepat) dan seberapa banyak tubuh terpapar dengan radikal bebas (*free radicals-oksidan*) (Junaidi,2011).

Stroke juga biasanya diakibatkan salah satu dari empat kejadian, yaitu thrombosis (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher), embolisme selebral (bekuan darah atau material lain yang dibawah ke otak dari bagian tubuh yang lain), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), serta hemoragi serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak). Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi (Brunner & Suddrath, 2002).

Sebaliknya bagi mereka yang tergolong beresiko, misalnya mempunyai turunan kelebihan lemak darah (*heperlipoproteinemia*) yakni mereka yang kolesterol dan triglyserida (TG) dalam darahnya selalu di atas normal, kendati sama sekali menjauhi menu berlemak, hidup dengan pola sehat dan cukup berolahraga tetapi terserang juga dengan stroke atau jantung koroner.

3. Penggolongan Stroke (Junaidi, 2011).

Secara garis besarnya stroke dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan atau hemoragik dan stroke nonperdarahan atau stroke iskemik atau infark karena sumbatan arteri otak.

a. Stroke perdarahan

Dibagi lagi menjadi :

- 1) Perdarahan subaraknoid (PSA). Darah yang masuk ke selaput otak

2) Perdarahan intraserebral (PIS), intraparenkim atau intraventrikel.

Darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

Penyebab stroke perdarahan.

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik.

Perdarahan otak dapat terjadi didalam otak yang disebut hemoragik otak sehingga otak tercemar oleh kumpulan darah (hematoma). Atau darah masuk ke selaput otak/ruang subaraknoid yang disebut perdarahan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid ada dua macam yaitu :

- 1) Primer, bila pembuluh darah yang pecah berasal dari arteri yang ada di subaraknoid
- 2) Sekunder, bila sumber darah berasal dari tempat lain di luar ruang subaraknoid yang masuk ke ruang subaraknoid.

Pada pembuluh darah yang pecah dapat terjadi ontraksi/vasokontraksi yaitu pengecilan diameter atau saluran arteri yang dapat

menghambat aliran darah ke otak dan gejala yang timbul tergantung pada daerah otak mana yang dipengaruhinya.

b. Stroke non perdarahan (iskemik/infark)

Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan menjadi 4, yaitu : (Junaidi, 2011)

- 1) *Transient ischemic attack* (TIA) : serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible ischemic neurologic deficit* (RIND) : gejala neurologis akan menghilang antara > 24 jam sampai dengan 21 hari.
- 3) *Progressing stroke* atau *stroke in evolution* : kelainan atau deficit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- 4) *Stroke* komplit atau *completed stroke* : kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya di bagi dalam 4 golongan, yaitu karena :

- 1) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri
- 2) Kardioemboli : sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung
- 3) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang

4) Penyebab lain : semua hal yang mengakibatkan tekanan darah turun (hipotensi)

Penyebab stroke iskemik.

Stroke iskemik sesuai namanya disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak (stroke nonperdarahan = infark). Otak dapat berfungsi dengan baik jika aliran darah yang menuju ke otak lancar dan tidak mengalami hambatan. Namun jika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel-sel darah dan plasma terhalang oleh suatu bekuan darah atau terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak maka akan terjadi stroke iskemik yang dapat berakibat kematian jaringan otak yang disuplai. Terhalangnya aliran darah yang menuju otak ke otak dapat disebabkan oleh suatu thrombosis atau emboli. Keduanya merupakan jenis bekuan darah dan pengerasan arteri yang disebut plak aterosklerotik melalui proses aterosklerosis yang merupakan penumpukan dari lemak darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteri dan disebut juga dengan ateroma (Junaidi, 2011).

4. Faktor Resiko Stroke

Stroke merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor resiko atau biasa disebut multikausal. Faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke dibagi menjadi dua kelompok, yaitu faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko juga dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu faktor

resiko yang tidak dapat dimodifikasi, faktor perilaku (primordial) dan faktor sosial dan ekonomi (Nastiti, 2012).

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Faktor resiko stroke umumnya di bagi menjadi dua kelompok besar yaitu (Junaidi, 2011) :

a. Faktor resiko internal/faktor yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor internal yaitu faktor yang dapat dikontrol atau diubah, seperti keturunan, umur, jenis kelamin dan etnis/ras. Faktor internal reaksi bagi setiap orang terhadap penyakit atau suatu kejadian responnya berbeda-beda sesuai bawaannya. Ada yang menghadapi suatu kejadian dengan emosi, biasa-biasa saja tetapi ada pula yang bereaksi dengan sangat marah atau geramnya sehingga melakukan tindakan yang tak terduga.

b. Faktor resiko eksternal/faktor resiko yang dapat dimodifikasi

Peran faktor resiko tentu tergantung dari jenis strokenya. Umumnya pada stroke perdarahan, faktor resiko yang sangat menonjol adalah stress dan hipertensi. Sedangkan untuk stroke iskemik hampir semua faktor resiko memiliki penanan. Faktor eksternal merupakan suatu faktor resiko yang terjadi karena ulah manusianya. Faktor ini dapat diubah atau dikontrol melalui gaya hidup sehat.

5. Pencegahan Stroke

Pencegahan terhadap kejadian stroke pada dasarnya dapat dikelompokkan dalam dua golongan besar yaitu pencegahan primer dan pencegahan

sekunder. Pencegahan bersifat primer jika penyakit stroke belum terjadi sedangkan pencegahan sekunder dilakukan perawatan atau pengobatan terhadap penyakit dasarnya.

a. Pencegahan primer

Langkah pertama dalam mencegah stroke adalah dengan memodifikasi gaya hidup dalam segala hal, memodifikasi faktor resiko dan kemudian bila dianggap perlu baru dilakukan terapi dengan obat untuk mengatasi penyakit dasar.

Menjalani gaya hidup sehat dengan pola makan sehat, istirahat cukup, mengelola stress, mengurangi kebiasaan yang dapat merugikan tubuh seperti merokok, makan berlebihan, makanan banyak mengandung lemak jenuh dan kurang aktif berolahraga.

b. Pencegahan sekunder

Penderita stroke biasanya banyak memiliki faktor resiko. Oleh karena itu stroke sering berulang. Faktor-faktor resiko yang harus diobati seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit jantung koroner, kadar kolesterol LDL darah yang tinggi, kadar asam urat darah yang tinggi, kegemukan, perokok, peminum alcohol, stress dan lain-lain. Sebaliknya penderita harus berhenti merokok, minum alcohol menghindari stress dan rajin berolahraga.

Pada penderita TIA atau serangan stroke sementara atau stroke yang sembuh kurang dari 24 jam dengan gejala pingsan atau lumpuh

sementara lalu pulih kembali, selain faktor risikonya diobati perlu diberikan obat anti agregasi trombosit.

c. Pencegahan Stroke Berulang

Orang yang pernah terkena stroke memiliki resiko tinggi untuk mengalaminya kembali, terutama dalam tahun pertama setelah stroke. Mencegah adalah cara terbaik, karena kalau sudah kena maka sebagai akibatnya cacat. Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol penyakit-penyakit yang berhubungan dengan terjadinya aterosklerosis. Secara umum pengontrolan dapat dilakukan dengan menerapkan pola diet yang tepat dan olahraga yang teratur untuk mempertahankan kesehatan otak dan sistem saraf (Sustrani, Alam & Hadibroto, 2006)

6. Penatalaksanaan Pasien stroke (Brunner & Suddrath, 2002)

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretic untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimal 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam system kardiovaskuler. Medikasi anti trombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

B. Tinjauan tentang Stroke Berulang

Menurut Siswanto, (2005) perjalanan penyakit stroke beragam, penderita tersebut dapat pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, sedang sampai berat. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, pada kasus yang dapat bertahan hidup beberapa kemungkinan terjadi seperti stroke berulang, demensia dan depresi. Stroke merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan cacat pada usia di atas 45 tahun.

Secara klinik gambaran perjalanan stroke ada beberapa macam, diantaranya pertama, defisit neurologiknya terjadi sangat akut dan maksimal saat munculnya serangan. Gambaran yang demikian sering terjadi pada stroke emboli. Kedua, yang dikenal dengan stroke *in evolution* atau *progressing stroke* adalah bilamana defisit neurologik memburuk secara bertahap yang umumnya dalam ukuran menit sampai jam (bisa juga hari tapi jarang) sampai defisit neurologik yang maksimal tercapai (*completed stroke*). Bentuk ini biasanya disebabkan karena perkembangan proses thrombosis arterial yang memburuk atau suatu emboli yang rekuren (Siswanto, 2005).

Menurut Siswanto (2005) sampai sekarang belum ada batasan yang tepat untuk stroke berulang. Stroke pertama dan stroke berulang didefinisikan mengikuti kriteria WHO, yaitu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau yang dapat menimbulkan kematian disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak.

Banyak batasan stroke berulang yang diajukan, diantaranya oleh Burn dkk, (1994) dan Hankey dkk, (1998) dalam Siswanto yang mengajukan batasan sebagai berikut :

1. Adanya defisit neurologi baru atau eksaserbasi defisit terdahulu dan bukan disebabkan oleh keadaan toksik atau penyakit akut lainnya.
2. Defisit neurologi baru pada sisi yang berbeda. Keadaan ini dapat secara dini atau lanjut. Bila defisit neurologi pada sisi yang sama dari kejadian sebelumnya jangka waktu kejadian lebih dari 21 hari. Pada pasien usia lanjut yang menunjukkan perburukan aktivitas sehari-hari tetapi tidak terdapat defisit neurologi baru, tidak dapat dimasukkan dalam batasan.
3. Tidak termasuk dalam batasan ini apabila tanpa gejala atau tanda klinis neurologi baru, walaupun hasil pemeriksaan *CT Scan* kepala atau otopsi otak menemukan lesi baru.

C. Tinjauan Tentang Lama Perawatan

Lama hari rawat merupakan salah satu unsure aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit (Heryati, 1993. Dikutip dalam Suheri, 2010).

Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosa yang tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu meningkatkan efisiensi atau perawatan yang tidak tepat di butuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan Edward (1992, di kutip dalam Suheri,2010).

Menurut Edward (1992), di kutip dalam Suheri, (2010) ada 2 metode logis untuk menghitung lama hari rawat yaitu pertama retrospektif di mana tanggal keluar di kurang tanggal masuk di kurang total normal hari keluar dan kedua progresif di mana jumlah hari pasien termasuk kontrak hari keluar di jumlahkan ke tanggal. Lama di rawat menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien di rawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk lama dirawat adalah hari. Cara menghitung lama dirawat yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari rumah sakit, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama, lama di rawat di hitung sebagai 1 hari dan pasien yang belum pulang atau keluar belum bisa di hitung lama di rawatnya (Indradi, 2007 di kutip dalam Suheri, 2010)

Perawatan sangat penting di lakukan bagi segala penyakit termasuk stroke. Selama ini cara mengobati stroke disamakan dengan model pengobatan terhadap pasien dengan penyakit lain akibatnya lama perawatan di rumah sakit menjadi lebih panjang. Selain itu penanganannya juga menjadi kurang sempurna. Saat ini telah di lakukan berbagai uji coba

model perawatan khusus bagi penderita stroke . Antara lain unit perawatan intensif penderita stroke akut, unit rehabilitasi stroke serta unit perawatan stroke akut dan rehabilitasi dini. Dalam pengobatan stroke ini terdiri atas pengobatan medis dan non medis. Perawatan medis pada awal serangan bertujuan menghindari kematian dan mencegah kecacatan. Selain itu perawatan medis di tujukan untuk mengatasi keadaan darurat medis pada stroke akut, mencegah stroke berulang, terapi rehabilitasi untuk stroke kronis dan mengatasi gejala sisa akibat stroke (Indradi, 2007 di kutip dalam Suheri, 2010).

D. Tinjauan Tentang Keluarga

1. Pengertian.

Menurut Bailon dan Maglaya (1978 dikutip dalam Murwani 2009) mengatakan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

2. Keluarga sebagai sistem

Sistem keluarga termasuk sistem terbuka atau sistem sosial yang hidup, terdiri dari beberapa sub-sub komponen yaitu pasangan suami istri, orang tua, anak, kakak-adik, kakek-nenek cucu dan sebagainya. Semua ini saling berinteraksi saling ketergantungan dan saling menentukan satu sama lain serta membentuk norma-norma yang harus ditaati oleh seluruh

anggota keluarga tersebut, biasanya norma itu dapat di turunkan dari generasi ke generasi. Sekaligus sebagai filter dari pengaruh lingkungan (Rasmun 2009).

3. Tugas kesehatan yang harus dilakukan keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1998) di kutip dalam Mahfudli (2009).

Mengenal masalah kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan semua tidak akan berarti karena kesehatanlah kadang seluruh sumber daya dan dana kesehatan habis. Perubahan kecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan berapa besar perubahannya. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, factor penyebab, dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit hendaklah keluarga mengetahui keadaan penyakitnya (sifat, penyebaran, komplikasi, prognosis dan perawatannya), sifat dan perkembangan perawatan yang di butuhkan. Keberadaan fasilitas yang di perlukan untuk perawatan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga dan sikap keluarga terhadap yang sakit.

4. Fungsi keluarga.

Agar keluarga memberikan dampak terhadap individu yang menjadi anggota keluarga tersebut, maka diharapkan anggota keluarga dapat berfungsi dan berperan secara kondusif.

Friedman (1998) dalam Soetjiningsih, (2009) mengidentifikasi 5 (lima) fungsi keluarga, yaitu :

a. Fungsi afektif.

Berhubungan erat dengan pemenuhan aspek psikososial yang ditandai dengan keluarga yang gembira, bahagia, akrab, merasa dimiliki, gambaran diri yang positif, yang semua didapatkan melalui interaksi di dalam keluarga. Setiap anggota keluarga saling mengasihi, menghargai, dan mendukung. Kepedulian dan pengertian antar anggota keluarga merupakan pemenuhan kebutuhan psikologis dalam keluarga (Hunt & Zurek, 1997). Perceraian, kenakalan anak, masalah psikososial dan gangguan jiwa sering dijumpai pada keluarga yang fungsi afektifnya tidak terpenuhi. Pasien perilaku kekerasan mungkin berasal dari keluarga yang kurang saling menghargai, adanya permusuhan, kegagalan yang dipandang negatif. Kondisi afektif keluarga yang dapat menimbulkan kekambuhan adalah ekspresi emosi yang tinggi seperti kritik negatif, usil, permusuhan, atau terlalu mengatur (Pharoah, 2000). Penelitian yang dilakukan di rumah sakit jiwa Bogor (Maryatini, 1998) menunjukkan

bahwa sikap menerima, toleransi dan mengkritik dari keluarga berhubungan dengan periode kekambuhan pasien.

b. Fungsi sosialisasi.

Adalah proses interaksi dengan lingkungan sosial yang dimulai sejak lahir dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, budaya, norma melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat. Kegagalan bersosialisasi dalam keluarga, terutama jika norma dan perilaku yang dipelajari berbeda dengan yang ada di masyarakat dapat menimbulkan kegagalan bersosialisasi di masyarakat. Pasien dengan perilaku kekerasan, mungkin mendapat penguatan yang didapat dari anggota keluarga. Peristiwa kekerasan dalam keluarga juga merupakan faktor risiko lain bagi perilaku kekerasan pasien.

c. Fungsi perawatan

Kesehatan adalah praktek merawat anggota keluarga, termasuk kemampuan keluarga meningkatkan dan memelihara kesehatan. Keluarga menentukan apa yang harus dilakukan jika sakit, kapan meminta pertolongan dan kepada siapa minta pertolongan. Keluarga umumnya membawa pasien kerumah sakit jiwa karena perilaku kekerasan. Oleh karena itu selama dirawat di rumah sakit, keluarga perlu diberikan pendidikan kesehatan agar dapat merawat pasien setelah pulang dari rumah sakit. Tomczyk (1999) mengatakan ada dua terapi yang perlu dilakukan pada keluarga yaitu psikoedukasi

dan terapi sistemik keluarga agar keluarga mampu merawat pasien. Keduanya bertujuan memberdayakan keluarga agar mampu merawat pasien.

d. Fungsi Reproduksi.

Adalah fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan. Belum ada penelitian tentang faktor perilaku kekerasan yang terkait dengan jumlah saudara kandung dalam keluarga.

e. Fungsi Ekonomi.

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Asumsi krisis ekonomi meningkatkan perilaku kekerasan secara kasat mata dapat dibuktikan. Demikian pula jika keluarga mempunyai kemampuan merawat pasien di rumah akan mengurangi biaya perawatan dirumah sakit. Penghasilan keluarga akan berkurang dengan adanya anggota keluarga yang sakit (tidak produktif) ditambah anggota keluarga yang harus menemani atau merawat pasien (tidak produktif).

f. Fungsi kasih sayang dalam keluarga

Pada hakekatnya keluarga diharapkan mampu berfungsi untuk mewujudkan proses pengembangan timbul rasa cinta dan kasih sayang antara anggota keluarga, antara kerabat, serta antara generasi yang merupakan dasar keluarga yang harmonis. Hubungan kasih sayang dalam keluarga merupakan suatu keperluan bersama diantara para anggota keluarga sebagai jembatan komunikasi menuju rumah

tangga yang bahagia dalam kehidupan yang diwarnai oleh kasih sayang.

5. Fungsi Keluarga dalam Perawatan Pasien.

Fungsi perawatan keluarga tidak hanya merupakan sebuah fungsi yang mendasar dan vital, fungsi yang memangku suatu fokus sentral dalam keluarga-keluarga yang sehat dan berfungsi dengan baik, semakin banyak keluarga yang menjalankan fungsi yang vital kepada anggotanya secara sukses, semakin kuat sistem keluarga tersebut. Agar keluarga dapat menjalankan sumber kesehatan yang efektif dan utama maka keluarga harus lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan keseluruhan proses terapeutik. Ini berarti, ada suatu hubungan yang adil antara mereka yang memberikan pelayanan kesehatan. Peran kemitraan semacam itu diperlukan baik untuk praktek kesehatan preventif, kuratif atau rehabilitatif. Keluarga harus dilibatkan sebagai orang dewasa yang bertanggung jawab. Keluarga tidak hanya bermitra tetapi harus mengakses sumber utama kesehatan guna mengambil suatu keputusan yang tepat terhadap masalah kesehatan yang dihadapinya.

komunikasi-komunikasi yang salah sering ikut berperan dalam menimbulkan masalah-masalah dalam keluarga dan untuk mengurangi hal-hal ini hendak keluarga dalam berkomunikasi lebih konstruktif dan tidak menyakitkan anggota keluarga yang lain (Senium, 2006).

E. Tinjauan Tentang Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan atau ansietas dapat diartikan sebagai respon perasaan yang tidak berdaya dan tidak terkendali. Ansietas adalah respon terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal dan samar-samar. Ansietas berbeda dengan rasa takut yang merupakan respon dari suatu ancaman yang asalnya diketahui, eksternal, jelas atau bukan bersifat konflik (Murwani, 2009).

Cemas adalah perasaan yang menetap berupa kekuatan atau kecemasan (was-was, khawatir dan cemas) yang merupakan respons terhadap ancaman yang akan datang. Dianggap berbahaya atau hal tersebut dapat merupakan perasaan yang tertekan ke dalam bawah alam sadar bila terjadi peningkatan akan adanya bahaya dari dalam (Ibrahim, 2012). Menurut Rasmun, (2004) cemas adalah perasaan yang tidak menyenangkan dari individu dimana penyebabnya tidak pasti/tidak ada objek yang nyata. Cemas dapat digolongkan menjadi cemas ringan, cemas sedang dan cemas berat.

Kecemasan merupakan suatu pengalaman subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dan ketidakmampuan menghadapi masalah atau adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menyenangkan ini umumnya menimbulkan gejala-gejala fisiologis (seperti gemetar, berkeringat, detak jantung meningkat dan lain-lain) dan gejala-gejala psikologis (seperti panik, tegang, bingung, tak

dapat berkonsentrasi dan sebagainya). Perbedaan intensitas kecemasan tergantung pada keseriusan ancaman dan efektivitas dari operasi-operasi keamanan yang dimiliki seseorang. Mulai munculnya perasaan-perasaan tertekan, tidak berdaya akan muncul apabila orang tidak siap menghadapi ancaman (Taylor, 1995).

Kecemasan atau ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Perasaan ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan bahaya yang akan terjadi dan memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (NANDA, 2012). Batasan karakteristik kecemasan menurut NANDA, 2012 adalah perilaku, afektif, fisiologis, parasimpatis, simpatis dan kognitif.

Menurut Doengues, (2000) kecemasan/ansietas dapat ditegakkan bila pasien atau keluarga mengalami perubahan pada status kesehatan, perubahan peran fungsi, pola interaksi, status sosioekonomi dan lingkungan, kebutuhan yang tidak terpenuhi, perubahan kehidupan yang baru serta kehilangan teman/orang terdekat. Hal ini dapat dibuktikan oleh ketakutan, tidak dapat beristirahat, pertanyaan yang berulang-ulang, mondar-mandir, aktivitas yang tidak bertujuan dan insomnia. Tingkah laku bervariasi (tampil sangat gembira, menarik diri, khawatir dan ketakutan), ketegangan wajah, tremor tangan. Mengekspresikan perhatian

mengenai perubahan pada peristiwa kehidupan, focus pada diri dan kurangnya minat dalam aktivitas.

Kecemasan adalah respon emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subjektif dialami dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan adalah kebingungan, kekhawatiran pada sesuatu yang akan terjadi dengan penyebab yang tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya (Suliswati dkk, 2005)

Kecemasan tidak dapat dihindarkan dari kehidupan individu dalam memelihara keseimbangan. Pengalaman cemas seseorang tidak sama pada beberapa situasi dan hubungan interpersonal. Hal yang dapat menimbulkan kecemasan biasanya bersumber dari : (Suliswat dkk, 2005)

- a. Ancaman integritas biologi meliputi gangguan terhadap kebutuhan dasar makan, minum, kehangatan, dan seks
- b. Ancaman terhadap keselamatan diri :
 - 1) Tidak menemukan integritas diri
 - 2) Tidak menemukan status dan prestise
 - 3) Tidak memperoleh pengakuan dari orang lain
 - 4) Ketidaksesuaian pandangan diri dengan lingkungan nyata.

2. Respon Ansietas dan Gangguan Ansietas

Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup tetapi tingkat ansietasnya yang parah tidak berjalan sejalan dengan kehidupan. Adapun tingkat-tingkat ansietas (Murwani, 2009).

a. Ansietas ringan

Adalah berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

c. Ansietas berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terlihat dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

d. Tingkat panik dari ansietas

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan terror. Rincian terpecah dari proporsinya, karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain,

persepsinya yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lam dapat terjadi kelelahan yang sangat dan bahkan kematian.

3. Fungsi Adaptif dan Kecemasan

Pada tingkat yang lebih rendah kecemasan memperingatkan ancaman cidera pada tubuh, rasa takut, keputus asaan, kemungkinan hukuman, trauma, frustrasi dari kebutuhan sosial atau tubuh. Kecemasan segera mengarahkan seseorang untuk mengambil langkah yang diperlukan untuk mencegah ancaman atau meringankan akibatnya. Jadi kecemasan mencegah kerusakan dengan cara menyadarkan seseorang untuk melakukan tindakan tertentu yang mencegah bahaya.

4. Gejala Psikologis dan Kognitif

Pengalaman ansietas memiliki dua komponen yaitu kesadaran adanya sensasi fisiologis dan kesadaran sedang gugup atau ketakutan. Disamping efek motorik dan visceral, kecemasan mempengaruhi berpikir, persepsi dan belajar. Kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi, tidak hanya pada ruang dan waktu tetapi pada orang dan artiperistiwa. Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan, memuaskan perhatian, menurunkan daya ingat dan mengganggu kemampuan untuk menghubungkan suatu hal dengan hal lain yaitu membuat asosiasi.

5. Teori-teori Psikologis Penyebab Kecemasan

Tiga bidang utama teori psikologis yaitu : psikoanalitik, perilaku dan eksistensial, telah menyambung teori tentang penyebab kecemasan. Masing-masing teori memiliki kegunaan konseptual dan praktisnya di dalam pengobatan pasien dengan gangguan kecemasan (Murwani, 2009).

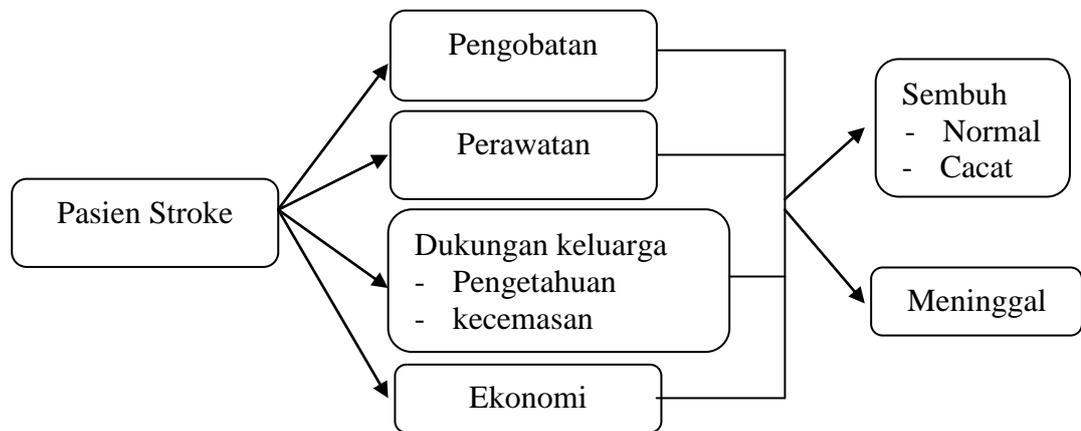
Sementara menurut Suliswati dkk, 2005 teori kecemasan terdiri dari :

- a. Teori psikoanalitik
- b. Teori interpersonal
- c. Teori perilaku
- d. Teori keluarga
- e. Teori biologik

6. Reaksi Kecemasan

Kecemasan dapat menimbulkan reaksi konstruktif maupun destruktif bagi individu. Konstruktif adalah individu termotivasi untuk belajar mengadakan perubahan terutama perubahan terhadap perasaan tidak nyaman dan terfokus pada kelangsungan hidup. Contohnya : individu yang melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi karena akan dipromosikan naik jabatan. Sementara destruktif adalah individu bertingkah laku maladaptive dan disfungsional. Contohnya : individu menghindari kontak dengan orang lain atau mengurung diri, tidak mau mengurus diri dan tidak mau makan (Suliswati dkk, 2005).

F. Kerangka Teori



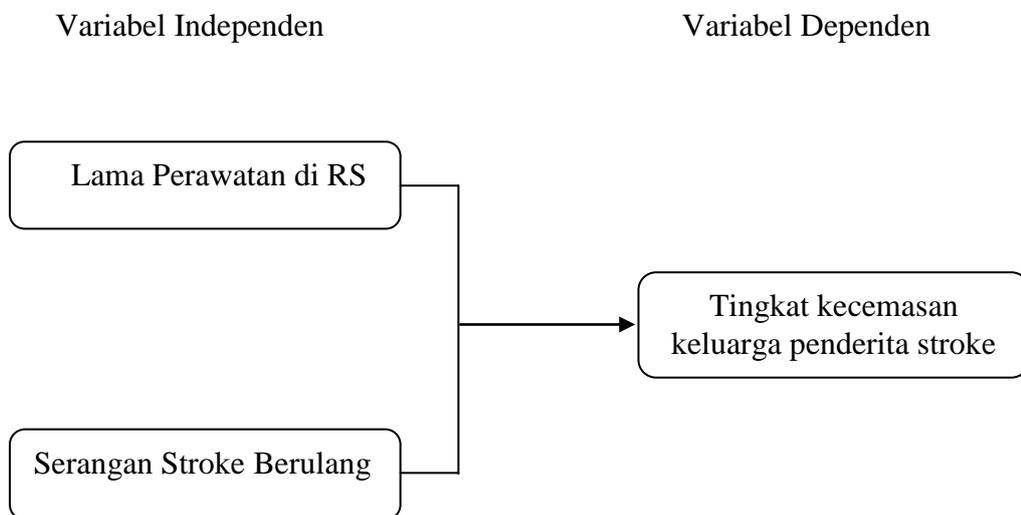
2.1: Gambar Bagan Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

Untuk mengetahui hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke di ruang neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate, maka peneliti mencoba melihat dari tingkat kecemasan keluarga ketika anggota keluarganya masuk RS dengan diagnosa stroke. Selanjutnya peneliti menghubungkan antara variabel tersebut yang dapat digambarkan dalam kerangka konsep sebagai berikut :



3.1 : Gambar Bagan Kerangka Konsep

B. Hipotesis

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke. Dimana hipotesis adalah pernyataan yang merupakan jawaban sementara atas pernyataan penelitian, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah

1. Ada hubungan lama perawatan dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.
2. Ada hubungan serangan stroke berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate dengan pengambilan data yang dilakukan pada tanggal 2 Agustus 2012 sampai dengan 18 Agustus 2012.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah seluruh keluarga dekat pasien yang bertugas menjaga pasien selama rawat di ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate dengan diagnosa stroke. Jumlah pasien rawat inap di ruang neurologi dengan kasus stroke pada bulan Januari 2012 sampai dengan bulan Mei 2012 sebanyak 73 pasien.

2. Sampel dan cara pemilihan sampel

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Non Probability Sampling (Consecutive Sampling)* yaitu teknik pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai waktu yang di tentukan sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi

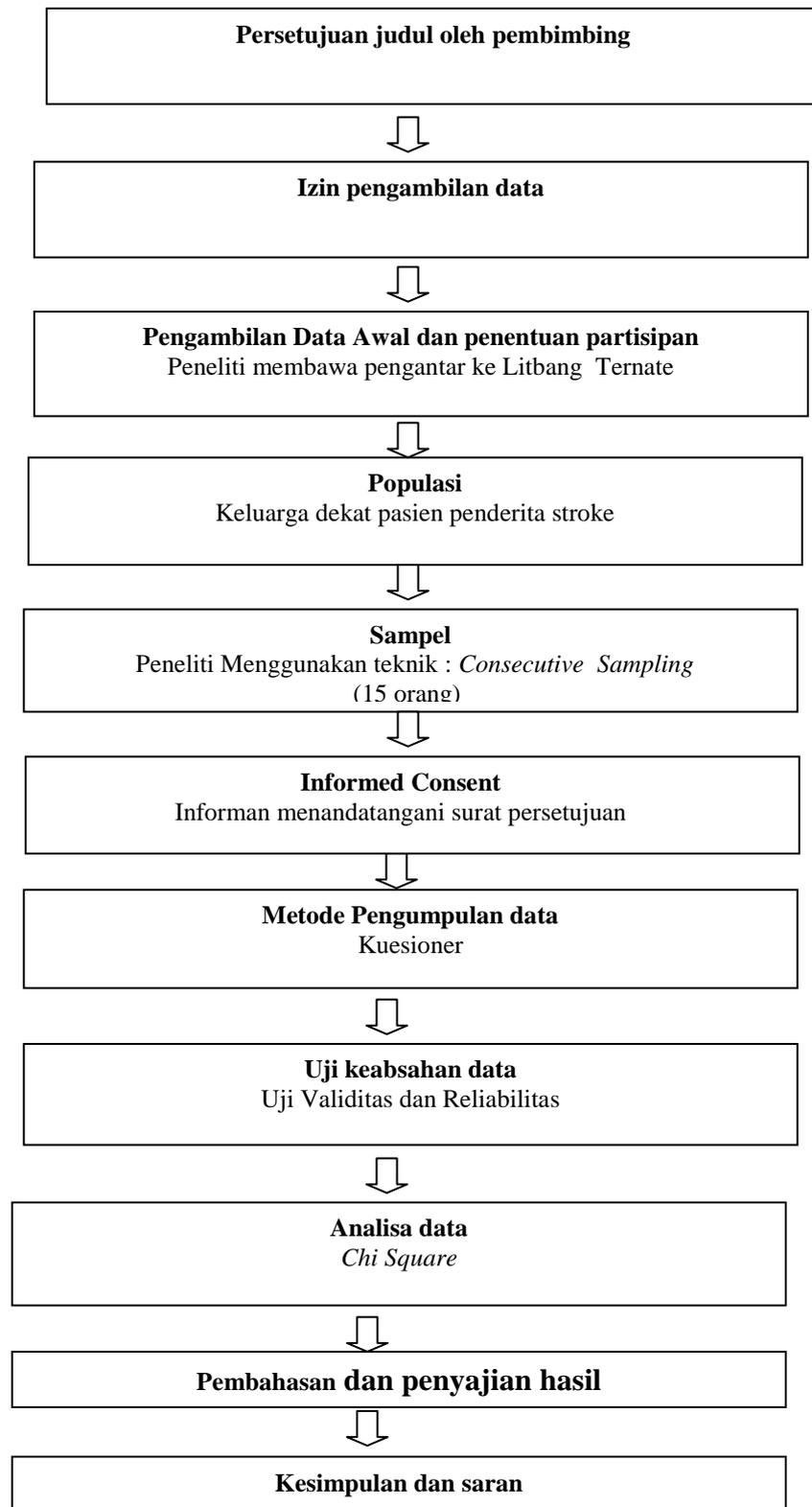
dengan memperhitungkan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan.
(Nursalam, 2008).

3. Kriteria sampel

Adapun kriteria inklusi yaitu :

- 1) Keluarga pasien bersedia menjadi responden
- 2) Keluarga pasien stroke yang dapat membaca dan menulis
- 3) Orang terdekat dengan pasien/pengambil keputusan dalam keluarga.

D. Alur Penelitian



E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi Variabel

a. Variabel independen

- 1) Lama perawatan di rumah sakit
- 2) Serangan stroke berulang

b. Variabel dependen

- 1) Tingkat kecemasan keluarga penderita stroke

2. Defenisi Operasional dan Kriteria Obyektif

- a. Tingkat kecemasan keluarga dalam penelitian ini adalah perasaan tidak menyenangkan dari individu dimana penyebabnya karena salah satu anggota keluarganya menderita penyakit stroke.

Kriteria Obyektif :

- 1) Ringan : bila skor ≤ 14
- 2) Sedang : bila skor > 14

b. Serangan stroke berulang

Stroke berulang adalah serangan pertama di mulai terjadi secara akut dan maksimal saat muncul serangan yang ke dua kali.

kriteria obyektif ;

- 1) Stroke berulang
- 2) Stroke tidak berulang

c. Lama perawatan

Dilihat dengan menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien di rawat inap sejak pertama masuk rumah sakit (berdasarkan Prosedur Tetap di RSUD Dr.Hi. Chasan Boesoirie Ternate).

Kriteria Obyektif :

- 1) Tidak lama : bila hari perawatan ≤ 3 hari
- 2) Lama : bila hari perawatan > 3 hari

F. Pengumpulan Data

1. Instrumentasi

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yang di kembangkan oleh Nursalam, (2008) dengan jumlah pertanyaan 14 nomor dengan menggunakan skala ordinal.. Masing-masing pertanyaan dibagi lagi dengan beberapa rincian, 14 pertanyaan mencakup : Perasaan cemas, ketegangan, ketakutan, gangguan tidur, gangguan kecerdasan, perasaan depresi, gejala somatik (otot-otot), gejala sensorik, gejala kardiovaskuler, gejala pernafasan, gejala gastrointestinal, gejala urogenetalia, gejala vegetative, tingkah laku (sikap)

2. Uji validitas dan reliabilitas

Instrumen ini telah digunakan oleh beberapa peneliti sebelumnya dan telah diuji validitas dan reabilitas sehingga peneliti tak perlu lagi menguji uji validitas dan reliabilitas (Nursalam, 2008).

G. Pengolahan dan Analisa Data

Data yang diperoleh kemudian diolah, sedangkan penyajian datanya dilakukan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Sebelum data diolah secara sistematis terlebih dahulu dinyatakan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Seleksi

Hal ini bertujuan untuk mengklasifikasi data yang telah masuk menurut kategori

2. Editing

Merupakan langkah pengecekan kembali terhadap data yang telah masuk dalam usaha melengkapi data yang masih kurang

3. Koding

Pemberian nilai pada opsi-opsi yang telah lengkap kemudian data ditabulasi atau diolah dalam tabel, selanjutnya diuraikan dari presentasi dan hasil perhitungan tersebut

4. Tabulasi

Untuk memudahkan analisa data, maka dikelompokkan ke dalam tabel kerja, kemudian data dianalisa secara statistik deskriptik melalui perhitungan presentase dan hasil perhitungan jumlah

5. Analisa data

Analisa data dilakukan dengan uji *Chi Square*, batas kemaknaan $\alpha < 0,05$ menggunakan program SPSS versi 16.0.

H. Masalah Etika

1. *Otonomi*

Otonomi merupakan prinsip yang berkaitan dengan kebebasan seseorang dalam menentukan nasibnya sendiri. Hak untuk memilih apakah ia disertakan atau tidak dalam suatu penelitian dengan memberi persetujuan dalam *informed consent*. Dalam penelitian ini peneliti memberikan kebebasan sepenuhnya kepada partisipan untuk menentukan apakah dia bersedia menjadi partisipan atau tidak. Bila partisipan bersedia maka partisipan harus menandatangani *informed consent* yang telah disediakan peneliti.

2. *Nonmaleficence*

Peneliti tidak membahayakan atau merugikan informan, apalagi sampai mengancam jiwa informan. Penelitian adalah upaya baik untuk pengembangan profesi, tetapi jika sampai mengorbankan informan atau mendatangkan bahaya bagi informan sebaiknya penelitian tersebut dihentikan (Wasis, 2008).

3. *Confidentiality*

Peneliti tidak akan menampilkan informasi mengenai nama alamat asal responden dalam kuesioner maupun alat ukur apapun untuk menjaga anonimalitas dan kerahasiaan identitas subyek. Oleh karena itu peneliti menggunakan koding responden.

4. *Veracity*

Veracity maksudnya penelitian yang dilakukan hendaknya dijelaskan secara jujur tentang manfaatnya, efeknya dan apa yang didapat jika informan dilibatkan dalam penelitian tersebut. Penjelasan seperti ini harus dijelaskan kepada informan karena mereka mempunyai hak untuk mengetahui segala informasi yang berhubungan dengan penelitian yang melibatkan dirinya (Wasis, 2008).

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada bab ini berisi hasil penelitian yang telah dilakukan di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate. Proses pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang diedarkan kepada keluarga pasien yang anggota keluarganya mengalami stroke. Pengambilan data dilakukan sejak tanggal 2 Agustus 2012 sampai dengan 18 Agustus 2012, dengan jumlah responden 30 orang responden.

Setelah dilakukan editing data terhadap 30 responden, data tersebut lalu diolah. Berikut ini peneliti akan menyajikan analisa data univariat terhadap semua variabel dengan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase serta analisa bivariat untuk mengetahui hubungan dari variabel bebas dan variabel tergantung. Adapun analisa univariat dan bivariat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini bertujuan untuk melihat distribusi frekuensi umur, jenis kelamin dan pendidikan responden pada saat penelitian di RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, dan Pendidikan
di Ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate. (n=15)

Karakteristik	Katagori	(n)	(%)
Umur	30 – 35	8	53.3
	36 – 40	5	33.3
	41 - 45	2	13.3
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	46.7
	Perempuan	8	53.3
Pendidikan	SD	1	6.7
	SMP	6	40
	SMA	7	46.7
	PT	1	6.7

Berdasarkan data pada tabel 5.1 menunjukkan dari 15 responden umur terbanyak yaitu rentan 30-35 yaitu 8 responden (53.3%), berjenis kelamin hampir seimbang yaitu perempuan 8 responden (53.3%) dan laki-laki 7 responden (46.7%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar berpendidikan terbanyak yaitu berpendidikan SMA sebanyak 7 responden (46.7%).

2. Analisa Univariat

Pada penelitian ini dilakukan analisa secara deskriptif untuk masing-masing variabel, baik variabel dependen maupun variabel independen dengan tujuan untuk mengetahui sebaran frekuensi responden berdasarkan variabel-variabel yang diteliti.

Deskriptif variabel penelitian terdiri dari variabel dependen yaitu tingkat kecemasan dan variabel independen yaitu lama perawatan dan kejadian stroke berulang, yang distribusinya sebagai berikut :

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Lama Perawatan, Kejadian Stroke dan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate. (n=15)

Katagori	(n)	(%)
Jaminan Pelayanan		
Askes	5	33.3
Jamkesmas	5	33.3
Umum	5	33.3
Hari Perawatan		
Lama > 3 hari	9	60
Tidak lama ≤ 3 hari	6	40
Kejadian Stroke		
Berulang	8	53.3
Tidak berulang	7	46.7
Tingkat Kecemasan		
Kecemasan ringan	9	60
Kecemasan sedang	6	40

Berdasarkan data diatas maka jaminan kesehatan yang digunakan dari 15 responden semuanya merata yaitu masing-masing katagorik sebanyak 5 responden (33.3%), lama perawatan lebih dari 3 hari sebanyak 9 responden (60%), kejadian stroke berulang lebih banyak dengan jumlah 8 responden (53.3%). Sementara tingkat kecemasan yang lebih banyak yaitu tingkat kecemasan ringan yang berjumlah 9 responden (60%).

3. Analisa Bivariat

Untuk menilai hubungan antara lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke di ruang neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate, maka dilakukan analisa bivariat dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha : 0,05$) atau interval

kepercayaan 95%, maka ketentuan bahwa lama perawatan dan frekuensi serangan berulang dikatakan mempunyai hubungan yang bermakna jika $p < 0,05$.

- a. Distribusi hubungan lama perawatan dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke

Tabel 5.3
Distribusi Hubungan Berdasarkan Lama Perawatan dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate. (n=15)

Hari Perawatan	Tingkat Kecemasan				<i>p</i> Value	OR	95 % CI	
	Ringan	%	Sedang	%			Lower	Upper
≤ 3 hari	3	33.3	6	66.7	0.028	.333	.198	.840
> 3 hari	6	100	0	0				

Dari 9 responden dengan perawatan tidak lama sebagian besar memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu 6 responden (66.7%). Sedangkan responden dengan perawatan lama seluruhnya memiliki tingkat kecemasan ringan yaitu 6 responden (100%). Dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *fisher's exact test* diperoleh hasil nilai $p = 0.028$ maka $p < \alpha (0,05)$, yang berarti sangat berhubungan antara lama perawatan dengan tingkat kecemasan. OR .333 yang berarti kemungkinan .333 kali tingkat kecemasan terhadap lama perawatan.

b. Distribusi Hubungan Kejadian Stroke dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke.

Tabel 5.4
Distribusi Hubungan Berdasarkan Kejadian Stroke dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate. (n=30)

Kejadian stroke	Tingkat Kecemasan		<i>p</i> <i>Value</i>	OR	95% CI	
	Ringan	Sedang			Lower	Upper
Berulang	7	1	0.041	17.5	1.223	250.357
Tidak berulang	2	5				

Berdasarkan data diatas kejadian stroke berulang 8 responden dengan tingkat kecemasan ringan berjumlah 7 responden (87.5%) dan kecemasan sedang berjumlah 1 responden (12.5%). Sedangkan kejadian stroke tidak berulang 7 responden dengan tingkat kecemasan sedang 5 reponden (71.4%) dan kecemasan ringan 2 responden (28.6%). Hasil uji statistik menggunakan uji *fisher's exact test* diperoleh hasil nilai $p = 0.041$ maka $p < \alpha (0,05)$, yang berarti ada hubungan antara kejadian stroke berulang dengan tingkat kecemasan keluarga. OR 17.5 yang berarti kemungkinan terjadi 17.5 kali tingkat kecemasan terhadap kejadian stroke.

B. Pembahasan

1. Hubungan lama perawatan dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

Lama hari rawat secara signifikan berkurang sejak adanya pengetahuan tentang hal-hal yang berkaitan dengan diagnosa yang tepat. Untuk menentukan apakah penurunan lama hari rawat itu

meningkat efisiensi atau perawatan yang tidak tepat di butuhkan pemeriksaan lebih lanjut berhubungan dengan keparahan atas penyakit dan hasil dari perawatan Edward (1992, di kutip dalam Suheri,2010).

Hasil uji *fisher's exact test* didapatkan nilai $p = 0.028$, maka $p < \alpha$ (0,05), yang berarti ada hubungan antara lama perawatan dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Utama (2003) dikutip dalam Udi (2010), lama hari rawat dapat mempengaruhi kondisi seseorang yang sedang dirawat juga keluarga dari klien tersebut. Sementara menurut Carpenito (2007), kecemasan yang terjadi pada pasien dan keluarga juga bisa dipengaruhi oleh lamanya seseorang dirawat, bisa karena faktor biaya dan juga karena diagnosa pasien.

Berdasarkan teori diatas maka peneliti mengasumsikan bahwa semakin lama salah satu anggota keluarga dirawat di rumah sakit maka beban biaya hidup untuk keluarga semakin meningkat. Hal ini karena keluarga harus memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga baik yang sakit maupun sehat.

Menurut Bailon dan Maglaya (1998) di kutip dalam Mahfudli (2009), mengenal masalah kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan semua tidak akan berarti karena kesehatanlah kadang seluruh sumber daya dan dana kesehatan habis. Perubahan kecil apapun yang dialami anggota

keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga. Sejuah mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab, dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah.

Menurut Sullivan (2004, dalam Udi, 2010), kecemasan timbul akibat ketidakmampuan berhubungan interpersonal dan sebagai akibat dari penolakan. Kecemasan bisa dirasakan bila individu mempunyai kepekaan lingkungan, klien/keluarga yang baru pertama dirawat di rumah sakit dihadapkan pada situasi dan lingkungan baru sehingga kemampuan adaptasi klien dan keluarga akan mempengaruhi tingkat kecemasan.

Dari hasil penelitian yang dilakukan Udi (2010) di ruang perawatan rumah sakit Elisabeth Bekasi dari 13 responden dengan lama hari rawat 1-3 hari terdapat 7 orang (53.8%) mengalami kecemasan berat sisanya 6 orang mengalami kecemasan ringan. Sedangkan dari 17 responden dengan lama hari dirawat lebih dari 3 hari terdapat 7 orang (41.2%) mengalami kecemasan berat dan sisanya 10 orang (58.8%) mengalami kecemasan ringan. Maka dapat disimpulkan lama hari rawat lebih 3 hari berpeluang mengalami tingkat kecemasan dibandingkan lama hari rawat 1-3 hari.

Menurut Heryati (1993, di kutip dalam Suheri, 2010), lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan

rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit.

2. Hubungan kejadian stroke dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

Menurut Siswanto, (2005) perjalanan penyakit stroke beragam, penderita tersebut dapat pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, sedang sampai berat. Pada kasus berat dapat terjadi kematian, pada kasus yang dapat bertahan hidup beberapa kemungkinan terjadi seperti stroke berulang, demensia dan depresi. Stroke merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan cacat pada usia di atas 45 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian dengan jumlah responden sebanyak 15 responden dengan kejadian stroke berulang 8 responden dan yang mengalami kecemasan ringan berjumlah 7 responden (87.5%) dan kecemasan sedang 1 responden (12.5%). Sementara dengan stroke tidak berulang berjumlah 7 responden dan mengalami kecemasan sedang berjumlah 5 responden (71.4%) dan kecemasan ringan berjumlah 2 responden (28.6%). Hasil uji *fisher's exact test* didapatkan nilai $p = 0.041$ maka $p < \alpha (0,05)$, yang diketahui bahwa ada hubungan

kejadian stroke berulang dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

Menurut Sustrani, Alam & Hadibroto (2006), orang yang pernah terkena stroke memiliki resiko tinggi untuk mengalaminya kembali, terutama dalam tahun pertama setelah stroke. mencegah adalah cara terbaik karena kalau sudah terkena maka sebagai akibatnya cacat tidak dapat dihindari lagi. Tindakan untuk mencegah agar stroke tidak berulang sama dengan tindakan untuk menghindari serangan jantung, yakni mempertahankan kesehatan sistem kardiovaskular dan memperhatikan aliran darah ke otak.

Tindakan pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol penyakit-penyakit yang berhubungan dengan terjadinya aterosklerosis. Secara umum pengontrolan dapat dilakukan dengan menerapkan pola diet yang tepat dan olahraga yang teratur untuk mempertahankan kesehatan otak dan sistem saraf. Pada pasien tertentu dianjurkan untuk pembedahan untuk mencegah stroke ulangan dikemudian hari (Sustrani, Alam & Hadibroto, 2006).

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai persediaan suplai oksigen. Pada saat terjadi anoksia, sebagaimana pada cerebri vascular accident (CVA) metabolisme serebral akan segera mengalami perubahan dan kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Banyak kondisi yang merubah perfusi serebral yang akan menyebabkan hipoksia atau

anoksia. Hipoksia pertama kali menimbulkan iskemia. Iskemia dalam waktu singkat (< 10-15 menit) menyebabkan defisit sementara. Iskemia dalam waktu yang lama menyebabkan kematian sel permanen infark serebral dengan disertai edema serebral. Tipe defisit fokal permanen akan tergantung pada daerah yang dipengaruhi. Daerah otak yang dipengaruhi tergantung pada pembuluh darah serebral yang dipengaruhi. Paling umum pembuluh darah yang dipengaruhi adalah middle serebral arteri, yang kedua adalah arteri karotis interna (Widagdo, Suharyanto & Aryani, 2008).

Serangan stroke ulang pada umumnya lebih fatal dibandingkan dengan serangan yang pertama. Menurut penelitian Xu et al (2006 dalam Safitri, 2012), serangan stroke ulang pada satu tahun pertama pasca stroke dijumpai sebanyak 11,2% kasus. Pada penelitian ini, serangan ulang disebabkan oleh kegagalan dalam mengontrol faktor resiko, khususnya pengendalian terhadap hipertensi dan kebiasaan merokok.

Menurut Siswanto (2005), besarnya pengaruh jumlah faktor resiko yang dimiliki oleh seorang penderita stroke memberikan pemahaman bahwa semakin banyak faktor resiko yang dipunyai, makin tinggi kemungkinan mendapatkan stroke berulang. Seseorang yang pernah terserang stroke mempunyai kecenderungan lebih besar akan mengalami serang stroke berulang, terutama bila faktor resiko yang ada tidak ditanggulangi dengan baik.

Menurut penelitian Dr. Kenneth H. Cooper (1994) dikutip dalam Sustrani, Alam & Hadibroto (2006), manfaat olahraga dengan program intensitas rendah terhadap penyakit jantung koroner dan mencegah stroke. Berolahraga secara teratur bukan saja membuat jantung tetap kuat tetapi juga meningkatkan jumlah enzim alami (*supertoksid dismutase, glutathion peroksidase dan katalase*) yang menjadiantioksidan endogen untuk mencegah aterosklerosis. Selain itu, olahraga dapat mengontrol berat badan dan mengendalikan stress yang bermanfaat untuk mencegah stroke.

Olahraga yang dimaksud bagi penderita yang berisiko stroke adalah tingkat kegiatan fisik yang sedang-sedang saja seperti berjalan, jalan cepat, bersepeda, berkebun, membersihkan rumah, berdansa dan bowling. Bila dilakukan secara teratur akan memberikan manfaat lebih baik dari pada melakukan olahraga yang berat namun tidak kontinyu. Sebaiknya hindarkan olahraga atau kegiatan yang memaksa dan berkepanjangan karena mengakibatkan beban berlebihan pada tubuh terutama jantung.

Menurut Pinzon (2010, dalam Yenni, 2011), keluarga yang kurang memahami tanda dan gejala dari stroke terlambat mendapatkan pertolongan. Stroke harus dicurigai pada semua kasus gangguan fungsi saraf misalnya kelumpuhan anggota badan, gangguan bicara, wajah perot, penurunan kesadaran secara mendadak.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menghadapi banyak keterbatasan-keterbatasan sehingga penelitian ini belum sepenuhnya sempurna. Keterbatasan yang dimaksud antara lain :

1. Instrumen/alat ukur

Pengumpulan data dengan metode penyebaran angket (kuisisioner) yang memiliki keterbatasan yaitu pengumpulan data kuisisioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan-pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak dimengerti tentang hal yang ditanyakan sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

2. Keterbatasan sampel

Kuesioner dijelaskan berulang-ulang karena ada responden yang kurang mengerti tentang kuesioner tersebut. Jadi perlu dibacakan dan dijelaskan kembali oleh peneliti.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Semakin lama orang dirawat di rumah sakit maka tingkat kecemasannya lebih besar dari lama perawatannya kurang. Ada hubungan antara lama perawatan dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke dengan nilai $p = 0.028$
2. Berdasarkan hasil penelitian ini ada hubungan kejadian stroke dengan tingkat kecemasan keluarga penderita stroke.

B. SARAN

1. Untuk mengatasi tingkat kecemasan keluarga, yang harus dilakukan oleh perawat dalam hal tindakan yaitu memberikan penjelasan tentang penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya selama di rawat dan juga memberikan ruangan yang nyaman bukan ruangan yang menegangkan.
2. Bagi petugas hendaknya lebih meningkatkan kemampuan dalam bersosialisasi atau membina hubungan yang baik ke pasien dan keluarga yang lebih banyak memberikan informasi tentang penyakit pasien kepada keluarga sehingga menimbulkan kesan

bahwa kita sebagai petugas berempati dengan penyakit yang dialami atau diderita sekarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, (2011). *Stroke Bayangi Balasan Juta Jiwa Kaum Muda*. Diakses pada tanggal 12 Juni 2012. health.kompas.com/.../stroke
- Astuti, S.I. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kestabilan Emosi Pada Penderita Pasca Stroke Di RSUD UNDATA*. Di akses pada tanggal 1 Juli 2012. <http://etd.eprints.ums.ac.id>
- Brunner & Suddarth, (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit EGC. Jakarta
- Carpenito, L.J, (2000). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Penerbit EGC. Jakarta
- Doengues, M.E, Moorhouse, M.F & Geissler A.C, (2000). *Rencana asuhan Keperawatan*. Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3. Penerbit EGC. Jakarta
- Henderson, L. (2002). *Stroke Panduan Perawatan. Stroke Survival Guide*. Penerbit Arcan. Jakarta
- Ibrahim, A. (2012). *Panik Neurosis dan Gangguan Cemas*. Edisi I. Penerbit Jelajah Nusa
- Junaidi, I (2011). *Stroke Waspada Ancamannya*. Edisi I. Penerbit Andi. Yogyakarta
- Kurniawati, A. (2010). *Pengalaman Keluarga Merawat Penderita Paska Stroke Di Wilayah Pesisir Kota Semarang*. Diakses pada tanggal 04 Juli 2012. <http://undip.ac.id>
- Mahfudi & Efendi, F. (2009). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Penerbit AUP. Edisi 2. Surabaya
- Misbach, J. (2008). *Stroke Mengancam Usia Produktif*. Diakses pada tanggal 31 Maret 2012. <http://www.google.com/yastroki>
- Murwani, A. (2009). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Penerbit Fitramaya. Yogyakarta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika. Jakarta

- Pambudi,H.A (2008). *Studi Fenomenologi : Kecemasan Keluarga Pada pasien Stroke Yang Di Rawat Di Ruang HND Santo Lukas RS Santa Elizabeth Semarang*. Diakses pada tanggal 31 Maret 2012. undip.ac.id/9238/1/ARTIKEL
- Rasmun, (2004). *Stress, Koping dan Adaptasi. Teori dan Pohon Masalah*. Edisi I. Penerbit Sagung Seto. Jakarta
- Rasmun, (2009). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*. Edisi I. Penerbit Sagung Seto. Jakarta
- Safitri, F.N (2012). *Resiko Stroke Berulang dan Hubungannya Dengan Pengetahuan dan Sikap Keluarga*. Diakses pada tanggal 1 Januari 2013. Universitas Padjajaran.
- Siswanto, Y. (2005). *Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stroke Berulang*. Diakses pada tanggal 04 Juli 2012. <http://undip.ac.id>
- Senium & Yastineu Ofn, (2006). *Kesehatan Mental*. Penerbit PT. Kainisius. Jakarta
- Soetjiningsih, (2009). *Tumbuh Kembang Anak*. Edisi I. Penerbit EGC. Jakarta
- Suheri, (2010). *Gambaran Hari Lama Rawat Dalam Terjadinya Luka Dekubitus Pada Pasien Immobilisasi Di RSUP Haji Adam Malik Medan*. Diakses pada tanggal 20 Mei 2012. <http://www/respiratory.usu.ac.id>
- Suliswati, dkk. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Penerbit EGC. Jakarta
- Sustrani L. Alam S & Hadibroto I, (2006). *Stroke*. Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Udi, L.E.C, (2010). *Hubungan Sikap Dan Teknik Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kecemasan Anak Prasekolah Di Ruang Perawatan RS Elisabeth Bekasi*. Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta. Diakses Pada Tanggal 24 Januari 2013.
- Wasis (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Penerbit EGC. Jakarta
- Widagdo, W. Suharyanto,T. & Aryani, R, (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Penerbit Trans Info Media. Jakarta
- Wilkinson J.M & Ahern N.R, (2012). *NANDA dan NIC-NOC. Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 9. Penerbit EGC

Yenni, (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Karakteristik Lansia Dengan Kejadian Stroke Pada Lansia Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukit Tinggi*. Universitas Indonesia. Diakses pada tanggal 29 Januari 2013.

Lampiran 2.

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth.
Bapak/Ibu Calon Responden
di-
Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar :

Nama : Putriani Idrus

NIM : C121 11 657

Hendak melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan Lama Perawatan dan Frekuensi Serangan Berulang Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate ”**

Bahwa penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi bapak/ibu. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika bapak/ibu tidak bersedia menjadi responden tidak ada ancaman maupun sanksi bagi bapak/ibu.

Jika bapak/ibu telah menjadi responden dan terjadi hal yang merugikan, maka bapak/ibu boleh mengundurkan diri dan tidak berpartisipasi dalam penelitian.

Saya sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas kesediaan bapak/ibu menjadi responden dalam penelitian ini.

Peneliti,

Putriani Idrus

Lampiran 3.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar :

Nama :

Alamat :

Judul Penelitian : **“Hubungan Lama Perawatan dan Frekuensi Serangan Berulang Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Hi. Chasan Boesoirie Ternate ”**

Saya berharap penelitian ini tidak akan mempunyai dampak negatif serta merugikan bagi saya dan keluarga saya, sehingga pertanyaan yang akan saya jawab, benar-benar dapat dirahasiakan.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat dan kiranya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ternate, 2012

Responden,

()

Lampiran 4.

FORMULIR KUESIONER

**HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN
BERULANG DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA
PENDERITA STROKE DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSUD Dr. Hi. CHASAN BOESOIRIE TERNATE**

Hari/tanggal.....

Kode

Di isi oleh peneliti

A. Data Demografi

B. Identitas Responden

Inisial :.....

Umur :.....

Jenis Kelamin :.....

Laki-laki

Perempuan

Pendidikan terakhir :

SD SMA

SMP Perguruan Tinggi

Lainnya

C. Berikan tanda (√) pada salah satu pilihan jika terdapat gejala yang terjadi.

1. Perasaan cemas

Firasat buruk

Takut akan pikiran sendiri

Mudah tersinggung

2. Ketegangan

Merasa tegang

Lesu

Mudah terkejut

Tidak dapat istirahat dengan nyenyak

Mudah menangis

Gemetar

Gelisah

3. Ketakutan

Pada gelap

Ditinggal sendiri

Pada orang asing

Pada binatang besar

Pada keramaian lalu lintas

Pada kerumunan banyak orang

4. Gangguan tidur

Sukar memulai tidur

- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan

5. Gangguan kecerdasan

- Daya ingat buruk
 - Sulit berkonsentrasi
 - Sering bingung
-

6. Perasaan depresi

- Kehilangan minat
 - Sedih
 - Bangun dini hari
 - Berkurangnya kesukaan pada hobi
 - Perasaan berubah-ubah sepanjang hari
-

7. Gejala somatik (otot-otot)

- Nyeri otot
 - Kaku
 - Kedutan otot
 - Gigi gemertak
 - Suara tak stabil
-

8. Gejala sensorik

- Telinga berdengung
 - Penglihatan kabur
-

- Muka merah dan pucat
- Merasa lemah
- Perasaan ditusuk-tusuk

9. Gejala kardiovaskuler

- Denyut nadi cepat
- Berdebar-debar
- Nyeri dada
- Denyut nadi mengeras
- Rasa lemah seperti mau pingsan
- Detak jantung hilang sekejap

10. Gejala pernafasan

- Rasa tertekan didada
- Rasa tercekik
- Merasa nafas pendek/sesak
- Sering menarik nafas panjang

11. Gejala gastrointestinal

- Sulit menelan
- Mual muntah
- Berat badan menurun
- Konstipasi/sulit buang air besar
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri lambung sebelum/sesudah makan

- Rasa panas diperut
- Perut terasa penuh/kembung

12. Gejala urogenetalia

- Sering kencing
- Tidak dapat menahan kencing
- Amenor/menstruasi yang tidak teratur
- Frigiditas

13. Gejala vegetative/otonom

- Mulut kering
- Muka kering
- Mudah berkeringat
- Pusing/sakit kepala
- Bulu roma berdiri

14. Tingkah laku/sikap

- Gelisah
- Tidak terang
- Mengerutkan dahi muka ntegang
- Tonus/ketegangan otot meningkat
- Muka merah

Jumlah skor =.....

D. Lama hari perawatan :.....hari

E. Kejadian stroke : 1. Berulang 2. Tak berulang

Lampiran 5.

**MASTER TABEL HUBUNGAN LAMA PERAWATAN DAN FREKUENSI SERANGAN BERULANG
DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PENDERITA STROKE**

Respon den	Umur	JK	Pendi dikan	Jaminan Pelayan an	Lama Prawtan	Kejadian Strok	Kecemasan														Total
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Ny. T	37	P	2	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Tn. A	30	L	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	0	2	2	23
Ny. S	32	P	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13
Ny. R	35	P	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	25
Tn. I	40	L	2	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12
Ny. A	30	P	2	1	5	1	1	1	0	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	0	14
Ny. Z	45	P	3	1	8	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	14
Tn. U	45	L	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	14
Tn. S	38	L	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	0	2	2	24
Ny. T	35	P	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	25
Ny. S	38	P	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	24
Tn. J	30	L	4	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	14
Tn. H	40	L	1	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	22
Ny. S	30	P	3	3	5	1	1	0	1	0	1	1	3	1	1	2	0	1	0	1	13
Tn. J	33	L	3	3	3	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11

Ket : Pendidikan : 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT

Kejadian Stroke : 1. Berulang 2. Tidak Berulang

Jaminan Pelayanan : 1. Askes 2. Jamkesmas 3. Umum

Lampiran 6.

Hasil Uji Frekuensi Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Jaminan Kesehatan, Lama Perawatan, Kejadian Stroke dan Tingkat Kecemasan Keluarga Serta Hasil Uji *Chi Square* Hubungan Lama Perawatan dan Kejadian Stroke Berulang Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Penderita Stroke

Frequencies

Statistics

	Umur	JenisKelamin	Pendidikan	JaminanPelayanan	LamaPerawatan1	KejadianStroke	TingkatKecemasan1
N Valid	15	15	15	15	15	15	15
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30 - 35	8	53.3	53.3	53.3
	36 - 40	5	33.3	33.3	86.7
	41 - 45	2	13.3	13.3	100.0
Total		15	100.0	100.0	

JenisKelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	7	46.7	46.7	46.7
	Perempuan	8	53.3	53.3	100.0
Total		15	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	6.7	6.7	6.7
	SMP	6	40.0	40.0	46.7
	SMA	7	46.7	46.7	93.3
	PT	1	6.7	6.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

JaminanPelayanan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ASKES	5	33.3	33.3	33.3
	JAMKESMAS	5	33.3	33.3	66.7
	UMUM	5	33.3	33.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

LamaPerawatan1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 3 Hari	9	60.0	60.0	60.0
	> 3 Hari	6	40.0	40.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

KejadianStroke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Berulang	8	53.3	53.3	53.3
	Tidak Berulang	7	46.7	46.7	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

TingkatKecemasan1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <=14	9	60.0	60.0	60.0
>14	6	40.0	40.0	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TingkatKecemasan1 * LamaPerawatan1	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
TingkatKecemasan1 * KejadianStroke	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

TingkatKecemasan1 * LamaPerawatan1

Crosstab

			LamaPerawatan1		Total
			<= 3 Hari	> 3 Hari	
TingkatKecemasan1 <=14	Count		3	6	9
	Expected Count		5.4	3.6	9.0
>14	Count		6	0	6
	Expected Count		3.6	2.4	6.0
Total	Count		9	6	15
	Expected Count		9.0	6.0	15.0

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.667 ^a	1	.010		
Continuity Correction ^b	4.178	1	.041		
Likelihood Ratio	8.733	1	.003		
Fisher's Exact Test				.028	.017
Linear-by-Linear Association	6.222	1	.013		
N of Valid Cases ^b	15				

a. 3 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort LamaPerawatan1 = <= 3 Hari	.333	.132	.840
N of Valid Cases	15		

TingkatKecemasan1 * KejadianStroke

Crosstab

			KejadianStroke		Total
			Berulang	Tidak Berulang	
TingkatKecemasan1 <=14	Count	7	2	9	
	Expected Count	4.8	4.2	9.0	
>14	Count	1	5	6	
	Expected Count	3.2	2.8	6.0	
Total	Count	8	7	15	
	Expected Count	8.0	7.0	15.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.402 ^a	1	.020		
Continuity Correction ^b	3.225	1	.073		
Likelihood Ratio	5.786	1	.016		
Fisher's Exact Test				.041	.035
Linear-by-Linear Association	5.042	1	.025		
N of Valid Cases ^b	15				

a. 4 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.80.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TingkatKecemasan1 (≤ 14 / > 14)	17.500	1.223	250.357
For cohort KejadianStroke = Berulang	4.667	.754	28.887
For cohort KejadianStroke = Tidak Berulang	.267	.075	.953
N of Valid Cases	15		