

SKRIPSI
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN SPRITUALPADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMADDUKELLENG KABUPATEN

WAJO



Oleh:

DASNIATI

NIM : R011191009

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2021

SKRIPSI
HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN SPRITUAL PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMADDUKELLENG KABUPATEN

WAJO

Skrpsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat

Untuk mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh:

DASNIATI

NIM : R011191009

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

2021

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dasniati

Nim : R011191009

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan 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.

Sengkang, 12 Juli 2021
Yang membuat pernyataan



Dasniati

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN
KEBUTUHAN SPRITUAL PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMADDUKELLENG KABUPATEN WAJO**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Senin, 12 Juli 2021

Pukul : 13.00-15.00 Wita

Tempat : Via Daring

Disusun Oleh :

DASNIATI

R011191009

Dan yang bersangkutan dinyatakan

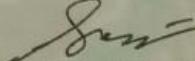
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

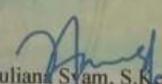

Dr. Elly L. Sjattar, S.Kep M.Kes
NIP.19740422 199903 2 002

Pembimbing II


Syahrul Ningrat, S.Kep., M. Kep.,Ns.,Sp. Kep. MB
NIP.198310162020053002

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 197606182002122002

HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
SPRITUAL PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH LAMADDUKELLENG KABUPATEN WAJO**

Disusun Oleh :

**DASNIATI
R011191009**

Disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi Ilmu
Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Elly L. Sjaffar, S.Kep M.Kes
NIP.19740422 199903 2 002

Pembimbing II



Syahrul Ningrat, S.Kep.,M. Kep.,Ns.,Sp. Kep. MB
NIP.198310162020053002

MOTTO

Jangan pergi mengikuti kemana jalan akan berujung. Buat jalanmu sendiri dan tinggalkan jejak.

Kelebihan itu masing-masing orang mungkin berbeda-beda, maka dari itulah temukan bakatmu, temukan jalanmu dan raihlah kesuksesan dengan jalan yang kau pilih itu

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur peneliti panjatkan ke hadirat Ilahi Robbul Izzati, yang berkat rahmat dan karunianya peneliti dapat menyelesaikan proposal skripsi ini. Tujuan penyusunan proposal skripsi ini adalah untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh sidang skripsi guna memperoleh gelar Sarjana Keperawatan program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulisan proposal skripsi ini peneliti mengambil judul **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spritual Pada Pasien dengan Penyakit Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Lamadukelleng Kabupaten Wajo”**

Mengingat keterbatasan pengetahuan, pengalaman dan kemampuan penulis, proposal skripsi ini tidak luput dari kekurangan dan kesempurnaan, namun penulis berharap semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya serta bagi semua pihak yang berkenan memanfaatkannya.

Pada proses penyusunan ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada **Dr. Elly L. Sjattar, S.Kep M.Kes dan Syahrul Ningrat, S.Kep.,M. Kep.,Ns.,Sp. Kep. MB** selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu serta memberikan bimbingan dan pengarahan sampai terselesaikan proposal skripsi ini.

Selain itu penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dr.Ariyanti Saleh,S.Kp.,M. Kes selaku Dekan Program Studi Ilmu Keperawatan 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. Bapak Syahrul Said, S. Kep., Ns.,M. Kep., Ph.D dan Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S. Kep, Ns., M.Kep. Sp. Kep. MB selaku tim penguji yang senantiasa telah memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan pembuatan skripsi ini.
4. Andi Baso Tombong, S. Kep.,Ns.,M. ANP selaku dosen pembimbing akademik yang senantiasa memberikan masukan-masukan serta motivasi selama proses perkuliahan.
5. Para staf pengajar dan pegawai Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah membimbing dan memberikan ilmunya kepada penulis.
6. Kepada Direktur dan seluruh staf Rumah Sakit Umum Daerah Lamadukelleng Kabupaten Wajo, yang selalu memberikan bantuan kepada peneliti dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Ayahanda Alm Laodding dan Ibunda Hj. Marhani yang terus mendukung dan selalu mendoakan saya sehingga saya punya semangat lebih dalam mengerjakan proposal skripsi ini
8. Suami peneliti Radiman yang selalu menemani dan senantiasa mengingatkan peniliti dalam kebaikan.
9. Sahabat seperjuangan skripsi, tiada henti-hentinya memberikan motivasi dan dukungan untuk secepatnya menyelesaikan skripsi ini.

Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan, nasehat dan dorongan dalam penyusunan proposal skripsi ini. Semoga amal ibadah, dan dorongan serta doa yang diberikan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas mendapatkan Rahmat dan Karunia dari Allah SWT, aamiin..

Wassalamu Aalaikum Wr. Wb

Sengkang , 2021
Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPRITUAL PADA PASIEN DENGAN PENYAKIT STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAMADUKELLENG KABUPATEN WAJO

Oleh : Dasniati

Stroke adalah serangan yang progresif dan mendadak akibat terganggunya aliran darah di dalam otak ditandai dengan hilangnya fungsi dari bagian tubuh tertentu (kelumpuhan). Dampak yang diakibatkan penyakit stroke ini mengakibatkan distres spritual pada penderitanya oleh karena itu dukungan dan bantuan keluarga sangat dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan spritual pasien dengan penyakit stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pada pasien dengan penyakit stroke. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan cross-sectional. Populasi adalah keluarga yang mendampingi dan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit umum daerah lamadukelleng kabupaten wajo yang berjumlah 35 orang dengan teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling sebanyak 35 sampel yang sesuai dengan kriteria inklusi. Instrumen yang digunakan berupa kusioner dukungan keluarga dan pemenuhan kebutuhan spritual. Uji statistik menggunakan uji korelasi rank spearman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga mayoritas memberikan dukungan baik 24 orang(68,6%), kebutuhan spritual mayoritas berada dikategori tinggi 28 orang(80,0%), hasil uji korelasi spearman rho pada responden sebanyak 35 orang menunjukkan ada korelasi antar kedua variabel karena nilai signifikansi $p = 0,003 < 0,05$. Berdasarkan nilai kofisien korelasi ($r = 0,492$) menunjukkan hubungan sangat kuat dengan arah korelasi positif. Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pada pasien stroke. Saran bagi petugas kesehatan di Poli Syaraf rumah sakit umum daerah lamadukelleng kabupaten wajo diharapkan tetap selalu memberikan informasi dan edukasi keperawatan khususnya tentang dukungan keluarga dalam memenuhi kebutuhan spritual pada pasien yang mengalami stroke.

Kata Kunci : Dukungan Keluarga, Kebutuhan Spritual, Pasien Stroke

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH THE FULFILLMENT OF SPRITUAL NEEDS IN PATIENTS WITH STROKE IN THE LAMADUKELLENG REGIONAL GENERAL HOSPITAL, WAJO REGENCY

BY : Dasniati

Stroke is progressive and sudden attack due to disruption of blood flow in the brain characterized by loss of function of certain body parts (paralysis). The impact caused by stroke causes spritual distress ti the sufferer, therefore family support and assistance is needed to meet the spritual needs of patients with stroke. This study aims to determine the relationship between family support and the fulfillment of spritual needs in patients wirh stroke. The population is the accompanying family and stroke patients who mare treated at the Lamadukelleng General Hospital, Wajo Regency, totaling 35 people with a sampling techniquw using total sampling of 35 samples that match the inclusion criteria. The instrument used are in the form of a family support questionnaire and fulfillment of spritual needs. Statistical test using spearman rank correlation test. The results showed that the majority of family support provided good support for 24 people (68,6%), the majority of spritual needs were in the high category 28 people (80,0%), the results of the spearman rho correlation test on 35 respondents showed that there was a correlation between the two variables. Because the significance value of $p = 0.003 < 0,05$. Based on the value of the correlation coefficient ($r = 0,492$) shows a very strong relationship between family support and the fulfillment of spritual needs in stroke patients. Sugestions for health workers at the neurology polyclinic of the lamadukelleng general hospital, wajo regency, are expected to always provide information and nursing education, especially about family support in meeting the spritual needs of patients who have had a stroke.

Keywords : Family Support, Spritual Needs, Stroke Patients

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	7
ABSTRAK	9
DAFTAR BAGAN	14
DAFTAR TABEL	15
DAFTAR LAMPIRAN	16
BAB 1	17
PENDAHULUAN	17
A. Latar Belakang Masalah	17
B. Rumusan Masalah	20
C. Tujuan Penelitian	21
D. Manfaat Penelitian	22
BAB II	23
TINJAUAN PUSTAKA	23
A. Stroke	23
1. Definisi Stroke	23
2. Tanda Dan Gejala	25
3. Faktor Resiko Stroke	26
4. Etiologi	32
5. Patofisiologi Stroke	35
6. Klasifikasi Stroke	37
7. Komplikasi Stroke	38
8. Prosedur Diagnostik	39
9. Penatalaksanaan Stroke	40
10. Dampak Stroke Bagi Pasien	41
B. Kebutuhan Spritual	43
1. Definisi Spritual	43
2. Kebutuhanspritual	45
3. Karakteristik Spritual	47
4. Faktor yang mempengaruhi spritualitas	51
5. Kebutuhan spritual pasien kritis	56
C. Dukungan Keluarga	57

1. Definisi Dukungan Keluarga.....	57
2. Fungsi Keluarga	58
3. Bentuk Dukungan Keluarga	62
4. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan	65
5. Sumber-Sumber Dukungan Keluarga	67
6. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	67
BAB III.....	71
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	71
1. Kerangka konsep penelitian	71
2. Hipotesis	72
BAB IV	73
METODE PENELITIAN	73
1. Rancangan Penelitian	73
2. Tempat dan Waktu Penelitian	73
3. Populasi dan Sampel	73
4. Alur Penelitian.....	77
5. Variabel penelitian	78
6. Instrumen Penelitian	80
7. Pengumpulan Data	84
8. Pengolahan dan Analisa Data	85
11. Masalah Etika penelitian	91
BAB V.....	94
HASIL DAN PEMBAHASAN	94
A. Hasil penelitian	94
B. Pembahasan.....	102
1. Data Demografi Responden.....	102
2. Dukungan keluarga	106
3. Pemenuhan Kebutuhan spritual.....	107
4. Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pada pasien dengan penyakit stroke.....	109
BAB VI.....	110
KESIMPULAN DAN SARAN	110
A. Kesimpulan	110
B. Saran	111
DAFTAR PUSTAKA	112
LAMPIRAN.....	115

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1	: Kerangka Konsep	68
Bagan 4.1	: Alur Penelitian	74

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Resiko Stroke.....	35
Tabel 4.1 : Definisi Operasional.....	73
Tabel 4.2 : Kisi-kisi kusioner dukungan keluarga.....	75
Tabel 4.3 : Kisi-kisi kusioner kebutuhan spritual.....	77
Tabel 5.1: Distribusi frekuensi data demografi keluarga yang mendampingi pasien stroke di rumah sakit umum daerah lamadukelleng kabupaten wajo.....	89
Tabel 5.2 : Distribusi frekuensi data demografi pasien stroke yang berobat di rumah sakit umum daerah lamadukelleng kabupaten wajo.....	89
Tabel 5.3 : Distribusi frekuensi dukungan keluarga (dukungan penghargaan, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi).....	91
Tabel 5.4 : Distribusi frekuensi dukungan keluarga pada pasien stroke.....	91
Tabel 5.5 : Distribusi frekuensi kebutuhan spritual pasien stroke (hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan orang lain, hubungan dengan alam, hubungan dengan Tuhan).....	92
Tabel 5.6 : Distribusi frekuensi kebutuhan spritual pasien stroke.....	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Kusioner dukungan keluarga dan kebutuhan spritual pada pasien stroke.....	110
Lampiran II : Lembar permintaan menjadi responden.....	114
Lampiran III : Lembar persetujuan menjadi responden.....	115
Lampiran IV : lembar izin penelitian.....	116
Lampiran V : Lembar disposisi RSUD Lamadukelleng Kabupaten Wajo.....	117
Lampiran VI: Lembar komite etik.....	118
Lampiran VII: Hasil kusioner dukungan keluarga.....	119
Lampiran VIII : Hasil kusioner kebutuhan spritual.....	121
Lampiran IX : Tabulasi data.....	124
Lampiran X : Dokumentasi penelitian.....	127
Lampiran XI : Hasil SPSS kusioner.....	128

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tahun 2017 *American Heart Association* menyebutkan bahwa di Amerika rata-rata 40 detik seseorang mengalami stroke dan setiap 4 menit seseorang meninggal akibat stroke. Data Riskesdas 2018 di Indonesia menunjukkan prevalensi penyakit stroke meningkat dari tahun 2013 sebanyak 7% menjadi 10,9% di tahun 2018 atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang .dan data Riskesdas 2018 Sulawesi Selatan terdapat kasus stroke sebanyak 10,6%, laki-laki sebanyak 11%, perempuan sebanyak 10,9% dan data Riskesda 2017 di Wajo penyakit stroke sebanyak 6,25%, laki-laki sebanyak 5,60%, perempuan sebanyak 6,69%.

Stroke sangat cepat menyerang masyarakat sejak usia muda karena masyarakat sering dengan gaya hidup yang kurang memperhatikan pola hidup sehat. Insiden stroke untuk negara-negara berkembang atau Asia kejadian stroke perdarahan sekitar 30% dan iskemik 70%, stroke iskemik disebabkan antara lain penebalan dinding arteri 60%, sumbatan mendadak 5%, dan lain-lain 35%.(Junaidi, 2011). Menurut penelitian Yulianto,(2017) menyatakan bahwa Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan terdapat pada usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24

tahun yaitu sebesar 0,2%, Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (5,7%). Dari data Rekam Medik Rumah Sakit Umum Lamadukelleng Kabupaten Wajo menunjukkan kunjungan pasien stroke 3 bulan terakhir yaitu bulan Maret 2021 - Mei 2021 rawat jalan sebanyak 35 pasien stroke dan rawat inap sebanyak 23 pasien stroke.

Stroke sering terjadi secara mendadak dan menimbulkan keterbatasan fisik seperti kelumpuhan dan kecacatan, gangguan komunikasi, serta efek psikologis seperti gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia dan bisa mengakibatkan kematian pada penderitanya. Menurut Handayani (2016) menyatakan Tingkat penyembuhan stroke masih rendah, dilihat dari penderita stroke dapat mengalami kelumpuhan atau cacat yang permanen, kehilangan suara atau daya ingat dan berbagai akibat lainnya sebanyak 15-30%, Pasien stroke meninggal dalam tahun pertama setelah serangan stroke sebanyak 25% dan mengalami stroke kedua dalam tahun yang sama setelah mengalami stroke pertama sebanyak 14-15%. Dampak dari penyakit stroke tersebut menimbulkan ketidakberdayaan dan keputusasaan dalam proses penyembuhan sehingga pasien mengalami *distres* spritual seperti pasien tidak melakukan ibadah dan menyalahkan Tuhan sehubungan dengan penyakit yang dideritanya(Laili, Zulkarnain, Yasmara, & Sriyono, 2019)

Lebih dari 70% pasien berkeyakinan bahwa keimanan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, berdoa dan berdzikir, mengurangi penderitaan pada saat sakit serta mempercepat penyembuhan selain terapi medis yang diberikan dan 64% pasien menyatakan bahwa sebaiknya dokter memberikan terapi psikoreligius, doa dan zikir (Siregar, 2015).

Spiritualitas pasien dengan penyakit kronis seperti pada pasien stroke perlu diberikan dukungan oleh keluarga agar dapat memberikan kekuatan di tengah kelemahan diri karena penyakitnya. Dukungan keluarga dapat bermanfaat untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis dan dapat mengurangi stres, tidak adanya dukungan keluarga membuat pasien stroke lebih cepat mengalami stres dan frustrasi yang dapat berakibat pada kematian (Agustini, 2010). Dalam penelitian (Ilhamsyah, Sjattar, Hadju, & Safruddin, Maret 2021) menyatakan bahwa pelaksanaan keperawatan spiritual yang kurang terlaksana tetapi mempunyai kepuasan spiritual yang puas sebanyak 17 orang dan 28 orang yang menyatakan kurang puas. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan (Rasmita, 2009) Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66,7% perawat dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang ICU dengan baik, sedangkan 53,1% keluarga pasien kurang baik dalam melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang ICU yang disimpulkan bahwa perawat dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di

ruang ICU dengan baik, sedangkan keluarga tidak dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang ICU dengan baik. Menurut Balboni dkk (2013) menyatakan bahwa Pemenuhan kebutuhan spritual tidak hanya dilakukan perawat namun keluarga juga perlu memberikan kebutuhan spritual pada pasien. Jika seseorang kehilangan kebutuhan spritualnya maka dikhawatirkan dia akan mengalami *distres* spritual (Suryawanti, Wahyudi, & Ahmalia, 2019)

Berdasarkan penjelasan diatas diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spritual Pasien Pada Pasien Stroke Di RSUD Lamaddukelleng Kabupaten Wajo.

B. RumusanMasalah

Peningkatan jumlah penyakit stroke di Indonesia sangat meningkat, ini terjadi karena masyarakat memiliki gaya hidup yang kurang memperhatikan pola hidup sehat. Stroke sering terjadi secara mendadak dan berdampak keterbatasan fisik serta efek psikologis. Dampak dari penyakit stroke tersebut menimbulkan ketidakberdayaan dan keputusasaan dalam proses penyembuhan sehingga pasien mengalami *distres* spritual. Spritualitas pasien dengan penyakit kronis seperti pada pasien stroke perlu diberikan dukungan oleh keluarga agar dapat memberikan kekuatan menghadapi penyakit yang dialaminya. Dalam hal ini Pemenuhan kebutuhan spritual pasien stroke tidak

hanya dilakukan perawat namun keluarga juga berperan aktif dalam memberikan dukungan kebutuhan spritual pada pasien.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Lamadukelleng Kabupaten Wajo.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pasien dengan penyakit stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Lamadukelleng Kabupaten Wajo.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien dengan penyakit stroke di Rumah Sakit Umum Daerah lamadukelleng Kabupaten Wajo
- b. Mengidentifikasi kebutuhan spritual pada pasien dengan penyakit stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Lamadukelleng kabupaten Wajo
- c. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual pada pasien dengan penyakit stroke di Rumah sakit umum Daerah lamadukelleng kabupaten Wajo.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi praktik keperawatan

Dengan penelitian ini dapat menjadi informasi penting dan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan agar memperhatikan perawatan spritualitas pada pasien dan melibatkan keluarga pasien.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah pengetahuan mahasiswa tentang pentingnya dukungan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sprtual pasien dengan penyakit stroke.

3. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan khususnya di bidang perawatan rumah sakit dalam mengevaluasi perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien stroke dan untuk merencanakan peningkatan asuhan keperawatan spiritual secara optimal

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi Stroke

Menurut (WHO, 2018) stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular.

Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. cedera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. stroke mungkin menampilkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut juga silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Feigin, 2004)

Stroke atau Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan

cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses pikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008)

Stroke didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan pembuluh darah di otak. gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Pinson R, 2010). Dari beberapa defenisi di atas dapat disimpulkan stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak yang di sebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah.

Kebutuhan spiritual sangat penting bagi pasien stroke karena mereka memerlukan dukungan moril agar kesembuhan mereka dapat lebih cepat dari pada selalu meminum obat.. Pada kenyataannya bahwa tidak semua pasien stroke mendekati diri kepada Tuhan pada akhirnya mereka merasa down dan tidak ada tenaga lagi (Mahdalena & Zaenab, 2015)

Perhatian terhadap kebutuhan spiritual juga dapat dimanfaatkan oleh setiap orang baik sehat maupun sakit seperti pada pasien pasca stroke yang seringkali mengalami keterbatasan fisik, dan adanya efek psikologis terhadap kondisi cacat yang dialami. Seseorang yang mengalami penderitaan, stres berat atau penyakit kronis ketika dia telah berusaha maksimal dan tidak memperoleh hasil optimal dari usahanya, maka dia akan mencari kenyamanan dan kekuatan dari Tuhan(Suryawantie, 2019)

2. Tanda Dan Gejala

Menurut Pinson R, (2010) gejala stroke adalah :

- a. Otak kecil/*serebelum* : gejalanya adalah gaya jalan ataxia, kaku leher
- b. Batang otak/*Brainstem* : gejalanya adalah mual, muntah, diplopia, disatria, disfagia, vertigo, tinitus, hemiparise, atau kuadriplegia, kehilangan sensori disebelah badan atau semua badan, penurunan kesadaran, cegukan, nafas tidak normal
- c. *Hemisfer Dominan* (Kiri) : gejalanya adalah arah pandangan ke arah kiri, penurunan lapang pandang kanan, hemiparise kanan, kehilangan hemisensori kanan.
- d. *Hemisfer tidak Dominan* (Kanan) : gejalanya arah pandang ke arah kanan, penurunan lapangan pandang kiri, hemiparise kiri, kehilangan hemifarise kiri dan *left neglect*.

3. Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke. Faktor resiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 kelompok besar sebagai berikut (Marsyah, 2018) :

a. Faktor resiko yang tidak dapat dirubah

1) Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang, semakin meningkat resiko terkena stroke atau serangan ulang stroke. Penambahan usia menyebabkan penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Menurut Feigin (2004) setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun resiko stroke meningkat sebesar 11-20%. Resiko tinggi adalah usia lebih dari 65 tahun, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada usia kurang dari 65 tahun, dan 4% terjadi pada usia antara 15 dan 40 tahun

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki berisiko terkena stroke dibanding wanita, kecuali pada usia lanjut. Laki-laki terkena stroke iskemik, sedangkan wanita lebih cenderung terkena stroke perdarahan subarakhnoid. Stroke pada wanita diduga akibat pemakaian obat kontrasepsi oral, angka kematian stroke pada wanita dua kali lebih tinggi dari laki-laki.

3) Ras

Stroke, terutama stroke hemoragik lebih sering terjadi pada orang keturunan afrika, Asia, Afro-Karibia, Maori dan kepulauan Pasifik dibandingkan keturunan Eropa. Orang Jepang dan Afrika-Amerika cenderung mengalami stroke pendarahan intrakranial, sedangkan orang yang berkulit putih cenderung terkena stroke iskemik akibat sumbatan ekstra kranial. Di Indonesia pada tahun 2007 stroke merupakan penyebab kematian tertinggi yaitu 15,4% dan penyebab utama kecacatan pada kelompok orang dewasa (Marsyah, 2018).

4) Riwayat Keluarga

Dalam riwayat keluarga gen dapat berperan dalam beberapa faktor risiko stroke seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes dan kelainan pembuluh darah. Faktor genetik menjadi penyebab 7%-20% total kasus stroke pada usia muda.

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko yang banyak dialami penderita stroke. Hipertensi menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia setiap tahunnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak dialami masyarakat. Data *World Health Organization* (WHO) tahun

2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi . dikatakan hipertensi jika tekanan darah sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih. Klasifikasi hipertensi pada orang dewasa :

- a) Normal dibawah : sistolik 130 mmHg dan diastolik 85 mmHg
- b) Normal Tinggi : sistolik 130-139 mmHg dan diastolik 85-89 mmHg (Stadium 1)
- c) Hipertensi Ringan : sistolik 140-159 mmHg dan diastolik 90-99 mmHg (Stadium 2)
- d) Hipertensi Sedang : sistolik 160-179 mmHg dan diastolik 100-109 mmHg (Stadium 3)
- e) Hipertensi berat : sistolik 180-209 mmHg dan diastolik 110-119 mmHg (Stadium 4)
- f) Hipertensi maligna : sistolik 210 mmHg atau lebih dan diastolik 120 mmHg atau lebih.

2) Obesitas

Menurut Alfred (2007) obesitas didapat dari kebiasaan makan, makan makanan yang berlemak harus di hidari. Berat badan juga perlu dijaga agar tidak terlalu berlebihan. Berat badan yang normal

bisa diukur dari Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks massa tubuh adalah indeks sederhana dari berat badan terhadap tinggi badan yang digunakan untuk mengklasifikasikan kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa. Rumus penentuan Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Baan (Kg)}}{\text{Tinggi badan(m) x Tinggi Badan (m)}}$$

Batas ambang indeks massa tubuh klasifikasi Nasional di kategorikan sebagai berikut :

- a) Kurus terdiri dari dua yaitu kekurangan berat badan tingkat berat <17,0 dan kekurangan berat badan tingkat ringan 17,0-18,4
- b) IMT normal 18,5 – 25,0
- c) Gemuk terdiri dari dua kategori yaitu kelebihan berat badan tingkat ringan 25,1—27,0 dan kelebihan berat badan tingkat berat >27,0

3) Diabetes

Diabetes adalah penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya (WHO,

2018). Kriteria diagnosa Diabetes Melitus (DM) menurut Konsesus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI, 2011) adalah :

- a) Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam
- b) Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram
- c) Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik (poliuria, polidipsi, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya)
- d) Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohaemoglobin Standardization Program (NGSP)

4) Merokok

Merokok merupakan kebiasaan sekaligus gaya hidup yang berdampak buruk bagi kesehatan. Rokok menyebabkan berkurangnya jumlah oksigen dalam darah yang menyebabkan jantung bekerja keras, hal ini memudahkan terbentuknya gumpalan darah. Gumpalan darah ini akan menghambat aliran darah ke otak sehingga menyebabkan stroke (*National Stroke Association*, 2010). Bahkan menurut Feigin (2004) perokok pasif (menghirup

asap rokok secara tidak langsung) meningkatkan kemungkinan terkena stroke hampir 80%.

5) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik yang teratur dapat mengurangi hingga separuh resiko stroke dan memperkecil kematian dini akibat semua sebab sekitar 70%(Marsyah, 2018). Yang diperlukan hanya olahraga tiga atau empat kali seminggu selama 30 menit. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan mencatat olahraga dilakukan secara bertahap dimulai pemanasan selama 5-10 menit, diikuti dengan pendinginan selama 5 menit namun sebelum berolahraga lakukan pemeriksaan terlebih dahulu untuk menentukan jenis olahraga apa yang aman dan cocok untuk kita gunakan.

6) Alkohol

Jika seseorang mengkonsumsi alkohol secara berlebihan maka akan meningkatkan resiko terkena stroke hemoragik. Pada banyak kasus hal tersebut cenderung merupakan akibat dari dampak negatif alkohol. Terutama pada organ hati. Pasalnya, hati berfungsi untuk membuat protein yang diperlukan untuk mencegah perdarahan spontan. Sebagian besar kasus stroke karena asupan alkohol yang berlebihan sering terjadi karena kombinasi dari

tekanan darah tinggi dan terganggunya proses mekanisme pembekuan darah.

4. Etiologi

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke antara lain(Nugroho, Putri, & Putri, 2016) :

a. Thrombosis Cerebral

Trombosis terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis biasa terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Menurut (Nugroho, Putri, & Putri, 2016) Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan trombosis otak adalah

1) Atherosklerosis

Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

Manifestasi klinis atherosklerosis bermacam-macam, kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi thrombosis
- c) Tempat terbentuknya thrombus, kemudian melepaskan kepingan thrombus (embolus)
- d) Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan

2) Hypercoagulasi pada polysitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas atau hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

3) Arteritis (radang pada arteri)

b. Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah, lemak dan udara. Emboli berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan ini dapat menimbulkan emboli :

- 1) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD)

- 2) Myokard Infark
- 3) Fibrilasi, keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil
- 4) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

c. Haemorrhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalaman jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi adalah :

- 1) Aneurisma Berry, biasanya defek kongenital
- 2) Aneurisma Fusiformis dari atherosklerosis
- 3) Aneurisma Mycotik dari vaskulitis nekrose dan emboli septis
- 4) Malformasi arteriovenous, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena
- 5) Ruptur arteriol serebral, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan generasi pembuluh darah.

d. Hypoksia Umum

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Cardiac Pulmonary Arrest
- 3) Cardiac output turun akibat aritmia

e. Hypoksia Setempat

- 1) Spasme arteri serebral, yang disertai perdarahan subarachnoid
- 2) Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migrain

5. Patofisiologi Stroke

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Stroke merupakan bukan penyakit tunggal tetapi merupakan kumpulan dari beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus dan peningkatan lemak dalam darah atau dislipidemia. Penyebab utama stroke adalah thrombosis cerebral, atherosklerosis dan perlambatan sirkulasi cerebral merupakan penyakit utama terjadinya trombus. Stroke hemoragik dapat menjadi di epidural, sub dural dan intar serebral (Smeltzer & Bare, 2002).

Peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga dapat terjadi perdarahan dalam parenkim otak yang bisa mendorong struktur otak dan merembes sekitarnya bahkan dapat masuk ke dalam ventrikel atau keruang intraserebral. Ekstravasi darah terjadi di daerah otak dan subarahnoid sehingga jaringan yang ada disekitarnya akan tergeser dan tertekan. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak, sehingga dapat mengakibatkan penekanan pada arteri disekitar perdarahan. Bekuan darah yang semula lunak akhirnya akan larut dan mengecil karena terjadi penekanan maka daerah otak disekitar bekuan darah dapat membengkak dan mengalami nekrosis karena kerja enzim-enzim maka bekuan darah akan mencair, sehingga terbentuk suatu rongga (Smeltzer & Bare, 2002)

Gangguan neurologis tergantung letak dan beratnya perdarahan. Pembuluh darah yang mengalami gangguan biasanya arteri yang berhubungan langsung dengan otak. Timbulnya penyakit ini dan evolusinya dapat secara cepat dan konstan, berlangsung beberapa menit bahkan beberapa hari. Gambaran klinis yang sering muncul antara lain : pasien mengeluh sakit kepala berat, leher bagian belakang kaku, muntah penurunan kesadaran dan kejang. 90% menunjukkan adanya darah dalam cairan serebrospinal, dari semua pasien ini 70-75% akan meninggal dalam waktu 1-30 hari, biasanya diakibatkan karena meluasnya perdarahan sampai ke sistem ventrikel, herniasi

lobus temporal dan penekanan mesensefalon atau mungkin disebabkan karena perembesan darah ke pusat-pusat yang vital. Penimbunan darah yang cukup banyak dibagian hemisfer serebri masih dapat ditolerir tanpa memperlihatkan gejala-gejala klinis yang nyata sedangkan adanya bekuan darah dalam batak otak sebanyak 5 ml saja sudah dapat mengakibatkan kematian (Smeltzer & Bare, 2002).

6. Klasifikasi Stroke

Patologi serangan stroke terbagi dua yaitu :

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer substansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh trauma kapitis, disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. Perdarahan otak adalah pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Perdarahan otak dibagi dua yaitu : Perdarahan Intra Cerebri, Perdarahn Sub Araknoid

b. Stroke non Hemoragik atau iskemik

Stroke non hemoragik biasa terjadi pada pagi hari setelah bangun tidur, stroke ini tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang

menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder serta kesadaran umumnya baik. Stadium stroke non hemoragik :

- 1) Tia : Gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai dengan beberapa jam dan gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
- 2) Stroke Involusi : Stroke yang masih terjadi terus sehingga gangguan neurologis semakin berat atau buruk dan berlangsung selama 24 jam atau beberapa hari
- 3) Stroke Komplet : Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

7. Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke menurut (Smeltzer & Bare, 2002), meliputi :

- a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.
- b. Penurunan aliran darah serebral tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat

(cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera

- c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

8. Prosedur Diagnostik

Diagnosa dini penting untuk penatalaksanaan stroke. Tujuan pemeriksaan penunjang adalah untuk mencari sebab, mencegah rekurensi, dan mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan perburukan sistem saraf pusat (SSP). Pemeriksaan yang dilakukan menurut Misback (2007) adalah

- a. CT-Scan, untuk membedakan stroke iskemik dan perdarahan. CT-Scan tidak diperlukan oleh semua pasien, terutama jika diagnosis kliniknya sudah jelas
- b. EKG, untuk mengetahui penyakit jantung misalnya atrial Fibrilasi, Myocard Infark (MCI)
- c. Ultrasonografi : dopler ekstra maupun intrakranial dapat menentukan adanya stenosis atau oklusi, keadaan kolateral atau rekanalisasi.

d. Pemeriksaan Laboratorium :

- 1) Pemeriksaan darah rutin meliputi : darah perifer lengkap, hitung platelet, INR, APTT, serum elektrolit, gula darah, CRP, LED, dan fungsi ginjal dan hati.
- 2) Pemeriksaan khusus sesuai indikasi meliputi : protein C, S, AT III, cardiopilin antibodies, homocystein, vaskulitis-screening(ANA, Lupus AC), CHF.

9. Penatalaksanaan Stroke

Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto pelaksanaan pasien stroke “*time is brain*”. Oleh karena itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain sudah diakui kebenarannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di Unit stroke dilakukan multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi, terapi wicara, okupasi dan ahli nutrisi. Menurut Misback, (2007) Prinsip manajemen stroke akut adalah :

- a. Diagnosis stroke yang cepat dan tepat
- b. Mengurangi luasnya lesi otak
- c. Mencegah dan mengobati komplikasi stroke
- d. Mencegah serangan stroke ulang
- e. Memaksimalkan kembali fungsi-fungsi neurologik.

10. Dampak Stroke Bagi Pasien

Berdasarkan penelitian Ayuning Putri (2013) membagi dampak stroke bagi pasien sebagai berikut :

a. Dampak Fisik

Sebagian besar pasien stroke akan mengalami gejala yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan motorik, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi, dan gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami infark atau penyumbatan.

Gejala ini dapat mempengaruhi pada aspek fisik, psikologis serta sosial mereka yang akan berdampak pada penurunan produktifitas dan kualitas hidup baik secara permanen maupun sementara. Lebih lanjut, dampak fisik juga dapat muncul seperti kelumpuhan parsial, gangguan komunikasi dan gangguan kognitif. Defisit yang paling umum dialami pasien stroke yaitu melibatkan aksi motorik. Kelumpuhan fisik dapat terjadi secara langsung dan biasanya pasien menyadari bahwa mereka tidak bisa menggerakkan lengan dan kaki pada satu sisi tubuh.

b. Dampak psikologis

Dampak psikologis seperti kemarahan, isolasi kelabilan emosi, depresi dan lain-lain.

c. Dampak sosial

Dampak sosial dari stroke penderita tidak dapat lagi bekerja kembali seperti sedia kala dan sosialisasinya juga dapat terhambat.

Tabel 2.1 : Resiko Stroke 1

Faktor Resiko	Skor	Faktor	Resiko	
	0	1	2	3
Umur (Tahun)	0-44	45-64	65-74	75+
Hipertensi	Normal <120/80 mmHg	Hipertensi ringan 120-159/80-94 mmHg	Hipertensi sedang 160-179/95-109 mmHg	Hipertensi berat 108+/110+ mmHg
Kelesterol	Dibawah rata-rata (<5,2 mmol/L atau 200mg/dl)	Rata-rata (5,2-6,1 mmol/L atau 200-239 mg/dl)	Meningkat sedang (6,2-7,8 mmol/L atau 240-300 mg/dl)	Sangat meningkat (>7,8 mmol/L atau >300 mg/dl)
Daibetes	Tidak ada	Buruk ≥ 126	Sedang 110-125	Baik 80-109
Obesitas IMT(Kg/m ²)	Normal (18,5- 24,9)	Sedikit berlebihan berat badan (25-26,9)	Lumayan berlebihan berat badan (27-29,9)	Obesitas (30 atau lebih)
Alkohol	Tidak berlebihan (0-2 gelas untuk pria dan 0-1 untuk wanita)	Sedikit berlebihan (3-4 gelas untuk pria dan 2 untuk wanita)	Lumayan berlebihan (5-6 gelas untuk pria dan 3-4 gelas untuk wanita)	Sangat berlebihan (>6 gelas untuk pria dan >4 untuk wanita)
Aktivitas fisik	Normal (aktivitas berenergi 1 jam paling tidak 3 kali seminggu)	Agak kurang (1 jam aktivitas berenergi 1-2 kali	Lumayan kurang (kurang dari 1 jam aktivitas berenergisekali seminggu)	Aktivitas fisik sangat kecil (hampir atau tanpa aktivitas

		seminggu)		berenergi)
--	--	-----------	--	------------

B. Kebutuhan Spritual

1. Definisi Spritual

Spiritualitas (*spirituality*) merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Hidayat, 2008)

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan maha kuasa dan maha pencipta. Sebagai contoh seseorang percaya kepada Allah sebagai pencipta atau sebagai Maha Kuasa Spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut (Hamid, 2009):

- a. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan,
- b. Menemukan arti dan tujuan hidup
- c. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri
- d. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan yang maha tinggi.

(Hamid, 2009) menguraikan spritualitas sebagai suatu yang multidimensi, yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan yang maha penguasa. Menurut (Utami, 2012), bahwa semua orang memiliki dimensi spritual, tanpa melihat apakah mereka berpartisipasi dalam praktek religius formal atau tidak.

Aspek spritual dapat mendorong seseorang untuk melakukan upaya yang lebih besar, lebih kuat dan lebih fokus untuk melakukan yang terbaik ketika menghadapi keadaan stress emosional, penyakit, atau bahkan menjelang kematian dengan demikian pasien dapat mencapai kualitas hidup yang terkait dengan kesehatannya (Manod, Brennan, & Rochat, 2012)

Keterkaitan antara dimensi agama dan kesehatan menjadi sesuatu yang sangat penting. Pada tahun 1984 Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) telah menambahkan dimensi agama sebagai salah satu dari empat pilar kesehatan; yaitu kesehatan manusia seutuhnya meliputi: sehat jasmani/fisik (biologis), sehat secara kejiwaan (psikiatrik/psikologi), sehat secara sosial, dan sehat secara spiritual (kerohanian/agama). Bila sebelumnya pada tahun 1947 WHO memberikan batasan sehat hanya dari 3 aspek saja yaitu sehat dalam arti fisik (organologi), sehat dalam arti

mental (psikologik/psikiatrik) dan sehat dalam arti sosial, maka sejak 1984 batasan tersebut sudah ditambah dengan aspek agama (spiritual), yang oleh *American Psychiatric Assosiation* (APA) dikenal dengan rumusan “bio-psiko-sosio-spiritual” (Priharjo & Robert, 2008). Menurut penelitian (Hawari, 2008) menunjukkan bahwa spritual dapat meningkatkan coping individu ketika sakit dan mempercepat proses penyembuhan selain terapi medis yang diberikan.

Spiritualitas merupakan bagian inti dari individu melebihi keyakinan dan praktek keagamaan, yang berhubungan dengan keunikan individu dan menghubungkan jalan pikiran, tubuh, emosi, hubungan dengan orang lain dan dengan sesuatu diluar diri, serta merupakan proses aktif dan positif berkaitan dengan pencarian makna, tujuan, harapan dan prinsip hidup .

2. Kebutuhanspiritual

Kebutuhan spritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta rasa keterikatan, dan kebutuhan untuk memberi dan mendapatkan maaf (Kozier, 2008). Ketika penyakit menyerang seseorang, kekuatan spritualitas sangat berperan penting dalam proses penyembuhan. Maka pada saat itu pulalah seseorang dituntut untuk bersabar dalam menghadapi cobaan sakit yang di deritanya, sebagaimana perintah Allah SWT, dalam Al-Qur'an Qs. Luqman ayat :17 disebutkan :

يُنَبِّئِي أَقِمِ الصَّلَاةَ وَأْمُرِ بِالْمَعْرُوفِ وَانْهَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأَصْبِرْ عَلَى مَا أَصَابَكَ إِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ

Artinya :

”Wahai anakku ! laksanakanlah salat dan suruhlah (manusia) mengerjakan yang baik dan cegahlah (mereka) dari perbuatan yang mungkar dan bersabarlah terhadap apa yang menimpa kamu. Sesungguhnya yang demikian itu termasuk hal-hal yang diwajibkan(oleh Allah)”

Dari ayat diatas menjelaskan kepada kita bahwa sabar dapat mendatangkan berbagai kebaikan, sedangkan shalat mencegah dari berbagai perilaku keji dan mungkar, disamping juga shalat dapat memberikan ketenangan dan kedamaian hati. Keduanya (sabar dan shalat) digandengkan dalam ayat tersebut. Mengerjakan shalat dengan sempurna menuntut kesabaran, dan kesabaran dapat terlihat dalam shalat seseorang.

Oleh karena itu dalam keadaan apapun kita sebagai hamba yang beriman kepada Allah SWT harus senantiasa berbaik sangka kepada Allah. Dan haruslah diyakini bahwa Allah tidak menurunkan berbagai musibah melainkan sebagai ujian atas keimanan yang kita miliki. Selama dalam keadaan sakit seseorang kurang mampu untuk merawat diri sehingga lebih bergantung pada orang lain (Rini, 2002).

Kekuatan spritual sangat berperan penting dalam proses penyembuhan pasien, maka dari itu sangat diperlukan upaya untuk bisa membantu pasien dalam mengurangi bebannya.

3. Karakteristik Spritual

Dalam memudahkan pemberian asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan spritual adapun beberapa karakteristik spritualitas sebagai berikut :

a. Hubungan dengan diri sendiri

Hubungan dengan diri sendiri merupakan kekuatan dari dalam diri sendiri yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri sendiri. Kekuatan yang timbul dari dalam diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan dan tujuan hidup yang semakin jelas (Siregar, 2015).

Kepercayaan (*faith*) bersifat universal, dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan

dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan atau stress. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

Harapan (*hope*) merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

Makna atau arti dalam hidup (*meaning of live*) merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain (Siregar, 2015)

b. Hubungan dengan orang lain atau sesama

Hubungan seseorang dengan sesama sama pentingnya hubungandengan diri sendiri. Kebutuhan untuk menjadi anggota masyarakat dan saling berhubungan telah lama diakui sebagai bagian

pokok dalam pengalaman manusiawi. Hubungan terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain.

Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, ramah dan bersosialisasi, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan merawat orang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian. Sedangkan hubungan tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan, serta keterbatasan hubungan.

Maaf dan pengampunan (*forgiveness*) dengan pengampunan seorang individu dapat meningkatkan koping terhadap stress, cemas, depresi, dan tekanan emosional, penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai.

Cinta kasih dan dukungan sosial (*love and social support*) keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya, dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit dan situasi krisis (Siregar, 2015)

c. Hubungan dengan alam

Harmoni merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam.

Rekreasi merupakan kebutuhan spritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih. Dengan rekreasi seseorang dapat menyelaraskan antara jasmani dan rohani sehingga timbul perasaan kesenangan dan kepuasan dalam pemenuhan hal-hal yang dianggap penting dalam hidup seperti nonton televisi, dengar musik, olahraga dan lain-lain

Kedamaian merupakan keadilan, rasa kasihan dan kesatuan. Dengan kedamaian seseorang akan merasa lebih tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan(Siregar, 2015).

d. Hubungan dengan Tuhan

Pemahaman tentang Tuhan dan hubungan manusia dengan Tuhan secara tradisional dipahami dalam kerangka hidup keagamaan. Akan tetapi, dewasa ini telah dikembangkan secara lebih luas dan tidak terbatas. Tuhan dipahami sebagai daya yang menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup. Secara umum melibatkan keyakinan dalam hubungan dengan sesuatu yang lebih tinggi, berkuasa, memiliki

kekuatan mencipta dan bersifat ketuhanan atau memiliki energi yang tidak terbatas.

Secara ringkas, seseorang dapat dinyatakan terpenuhi kebutuhan spritualnya jika mampu(Hamid, 2009):

- 1) Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia atau di kehidupan
- 2) Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan
- 3) Menjalin hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta
- 4) Membina integritas personal dan merasa diri berharga
- 5) Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan
- 6) Mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

4. Faktor yang mempengaruhi spritualitas

Menurut (Siregar, 2015)faktor yang dapat mempengaruhi spritualitas seseorang adalah :

a. Tahap perkembangan

Usia perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spritual, karena setiap tahap perkembangan memiliki cara meyakini kepercayaan terhadap Tuhan.

Pada masa anak-anak merupakan perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Perilaku yang didapat dari pengalaman dari interaksi dari orang lain dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Pada masa ini, anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini mungkin hanya mengikuti ritual atau meniru orang lain, seperti berdoa sebelum tidur dan makan.

Pada masa remaja membandingkan standar orang tua mereka dengan orang tua yang lain dan menetapkan standar apa yang akan diintegrasikan dalam perilakunya. Remaja juga membandingkan pandangan ilmiah dengan pandangan agama serta mencoba untuk menyatukannya. Pada masa ini, remaja yang mempunyai orang tua yang berbeda agama akan memutuskan pilihan agama yang akan dianutnya atau tidak memilih satupun dari kedua agama orang tuanya. Pada masa remaja akhir merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Pengalaman dan rasa takjub membuat mereka semakin merasa memiliki dan berarti akan keyakinannya. Perkembangan spritual pada masa ini sudah dimulai pada keinginan melalui meminta atau berdoa kepada penciptanya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaan.

Usia dewasa awal merupakan masa pencarian kepercayaan dini, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional. Segala pertanyaan tentang kepercayaan harus dapat dijawab secara rasional dan timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaannya.

Usia pertengahan dewasa merupakan tingkat kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya (Hidayat, 2008). Kelompok usia pertengahan dan lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perkembangan filosofi agama yang lebih matang sering dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat ditolak atau dihindarkan.

b. Keluarga

Keluarga memiliki peran yang cukup strategis dalam memenuhi kebutuhan spritual, karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat

dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini dijelaskan juga dalam (Hamid, 2009) bahwa keluarga memiliki peran dalam membentuk spritual individu karena merupakan tahap awal dari perkembangan spritualitas. Dari keluarga individu akan mendapatkan pengalaman, pandangan hidup tentang spritual dan belajar tentang Tuhan, diri sendiri, serta kehidupan yang dijalaninya. Keluarga memiliki peran yang sangat vital karena keluarga merupakan tempat pendidikan pertama yang didapatkan seorang anak. Keluarga juga memiliki ikatan emosional yang kuat dalam kehidupan sehari-hari karena selalu berinteraksi dengan individu tersebut.

c. Latar belakang etnik dan budaya

Ras, suku dan budaya memiliki keyakinan atau kepercayaan yang berbeda sehingga proses kebutuhan spritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spritual keluarga. Perlu diperhatikan apapun tradisi agama atau kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spritual adalah hak bagi tiap individu (Hidayat, 2008).

d. Pengalaman hidup sebelumnya

Setiap orang pasti mempunyai pengalaman hidup, baik yang positif maupun negatif ini dapat mempengaruhi spritualitas seseorang. Dalam

kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini kebutuhan spritual akan meningkat diperlukan kedalaman spritual untuk meningkatkan coping seseorang.

e. Krisis dan perubahan

Krisis dapat berhubungan dengan perubahan patofisiologi, terapi atau pengobatan yang diperlukan atau situasi yang mempengaruhi seseorang. Diagnosa penyakit atau penyakit terminal pada umumnya akan menimbulkan pertanyaan tentang sistem kepercayaan seseorang. Jika klien dihadapkan kepada kematian, keyakinan spritual dan keinginan untuk sembahyang, berdoa lebih tinggi dibandingkan pasien yang berpenyakit bukan penyakit terminal.

f. Terpisah dari ikatan spritual

Menderita sakit seringkali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Kebiasaan sehari-hari berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara diluar, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau dengan teman dekat yang biasanya memberi dukungan setiap saat. Terpisahnya seseorang dari ikatan spritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spritualnya.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses kesembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga ada yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik sering kali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh seseorang dan tenaga kesehatan.

5. Kebutuhan spritual pasien kritis

Ketika penyakit menyerang seseorang, kekuatan spritualitas sangat berperan penting dalam proses penyembuhan. Selama sakit, seseorang menjadi kurang mampu untuk merawat diri mereka dan lebih bergantung pada orang lain. Seseorang yang menderita suatu penyakit mengalami *distress spritualitas*. *Distress spritualitas* menyebabkan seseorang merasa sendiri dan terisolasi dari orang lain.

Seseorang dengan penyakit kritis bukan hanya mengalami masalah fisik, psikis dan sosial, tetapi mengalami masalah pada spritualitas sehingga pasien kehilangan hubungan dengan Tuhan dan hidup tidak berarti. Perasaan-perasaan tersebut menyebabkan seseorang menjadi stress dan depresi berat menurunkan kekebalan tubuh dan akan memperberat kondisinya.

Kebutuhan spritualitas dalam Islam adalah kesadaran untuk memiliki kekuatan, merasakan nikmatnya ibadah, menemukan makna kehidupan,

membangun keharmonisan dan menemukan pemahaman secara menyeluruh. Semua itu harus terpenuhi untuk mencegah terjadinya *distress* spritual pada pasien kritis.

Pada pasien kritis memiliki kebutuhan spritualitas islam berupa doa dari keluarga, teman, dan sahabat. Selain itu, pasien itu membutuhkan kehadiran orang dicintai dan kehadiran orang-orang yang merawat pasien. Kehadiran orang tersebut dapat memberikan dukungan, merasakan apa yang dirasakan, selalu berada disamping pasien, dan merawat pasien dengan tulus.

C. Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap atau tindakan penerimaan suatu keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan dan mendukungnya dalam kehidupannya (Friedman, 2010 : 8).

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahapan siklus kehidupan. Namun demikian dalam semua tahap

siklus kehidupan dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal sebagai akibatnya. Hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga.

2. Fungsi Keluarga

Berdasarkan PP No. 21 Tahun 1994 dan Bkkbn 2021 menyatakan fungsi keluarga ada 8 yaitu :

a. Fungsi keagamaan

- 1) Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga
- 2) Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga
- 3) Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman dari ajaran agama
- 4) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya di sekolah atau masyarakat
- 5) Membina rasa, sikap dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

b. Fungsi budaya

- 1) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan

- 2) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai
- 3) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia
- 4) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi
- 5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

c. Fungsi cinta kasih

- 1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antara anggota keluarga dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus.
- 2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kualitatif dan kuantitatif
- 3) Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang
- 4) Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera

d. Fungsi perlindungan

- 1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga
- 2) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar
- 3) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil sejahtera

e. Fungsi reproduksi

- 1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya
- 2) Memberi contoh pengalaman kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga
- 3) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera

f. Fungsi sosialisasi

- 1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama
- 2) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai

konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.

- 3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat
- 4) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera

g. Fungsi ekonomi

- 1) Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun didalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga
- 2) Mengelolah ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga
- 3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan serasi, selaras dan seimbang
- 4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

h. Fungsi pelestarian lingkungan

- 1) Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga
- 2) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan eksternal keluarga
- 3) Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi,selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya
- 4) Membina kesadara, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera (Setiadi, 2007)

3. Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut (Friedman, 1998) bentuk dukungan keluarga terbagi empat yaitu:

a. Dukungan Emosional

Keluarga adalah tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan ekspresi, rasa empati, dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya menjadi lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stress. Memberikan dukungan emosional pada keluarga termasuk dalam

fungsi afektif keluarga. Fungsi afektif keluarga berhubungan dengan fungsi internal keluarga untuk memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Terpenuhinya fungsi afektif dalam keluarga dapat meningkatkan kualitas kemanusiaan, stabilitas kepribadian dan perilaku serta harga diri anggota keluarga.

b. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberi umpan balik dan memberi penilaian dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan gagasan atau ide perasaan seseorang. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang disekitarnya. Dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu, perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Dukungan penilaian yang diberikan keluarga kepada pasien stroke berupa penilaian dapat meningkatkan status mental, semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga.

c. Dukungan instrumental

Dukungan yang bersifat nyata dimana dukungan ini berupa bantuan langsung, contoh seseorang memberikan atau meminjamkan uang. Dukungan ini memperlihatkan dukungan dari keluarga yang dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga.

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun waktu untuk melayani dan mendengarkan keluarga yang sakit dalam menyampaikan perasaannya. Dengan adanya dukungan instrumental yang cukup pada pasien stroke diharapkan pasien stroke dapat lebih nyaman dan membuat kesehatannya terkontrol dengan baik dan dapat meningkatkan status kesehatannya.

d. Dukungan informasional

Dukungan informasi keluarga merupakan dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga berupa saran atau masukan nasehat atau arahan dalam memberikan informasi penting yang dibutuhkan keluarga yang sakit dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik bagaimana seseorang dalam melakukan sesuatu, misalnya seseorang kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan

penyebarkan informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada seseorang. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

4. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

(Friedman, 1998) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu :

a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar berubahannya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

- c. Memberikan perawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak sakit dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya suatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.

Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan(pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah sitiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

5. Sumber-SumberDukunganKeluarga

Dalam (Setiadi, 2007)sumber dukungan keluarga dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Dukungan keluarga Internal : Dukungan keluarga internal antara lain adalah dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak
- b. Dukungan keluarga Eksternal : Dukungan eksternal antara lain sahabat, teman kerja, tetangga, keluarga besar, kelompok sosial, tempat ibadah dan praktisi kesehatan.

6. Faktor Yang MempengaruhiDukunganKeluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut (Setiadi, 2007) adalah :

a. Faktor Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia(bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Faktor Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya sehingga lebih kooperatif dalam memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan pada pasien stroke tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional kepada pasien stroke untuk mengikuti terapi secara tepat dan baik.

c. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon

stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama dia sakit. Seseorang yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakitnya mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d. Faktor Spritual

Aspek spritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam kehidupan.

e. Faktor Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam memelihara kesehatannya, kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misalnya anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

f. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel ekonomi mencakup stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pengobatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Serta sebaliknya semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka akan kurang tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakannya.

g. Faktor Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan seseorang dalam memberikan dukungan termasuk cara pemeliharaan kesehatan sendiri. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien stroke