

SKRIPSI

GAMBARAN KESIAPAN *FAMILY CAREGIVER* DALAM
MERAHAT PASIEN STROKE DI RUMAH



Disusun Oleh :

ANTONIUS PATI SADIA
NIM: R011181732

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020



SKRIPSI

GAMBARAN KESIAPAN *FAMILY CAREGIVER* DALAM MERAHAT PASIEN STROKE DI RUMAH

Skripsi Ini dibuat dan diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat untuk
Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)



Disusun Oleh :

ANTONIUS PATI SADIA
NIM: R011181732

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020



Halaman Persetujuan

Skripsi dengan Judul:

**GAMBARAN KESIAPAN FAMILY CAREGIVER DALAM MERAWAT
PASIEN STROKE DI RUMAH**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin*

Oleh :

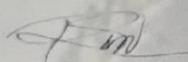
ANTONIUS PATI SADIA

R011181732

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

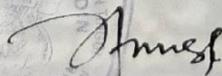
Pembimbing II



Dr. Rosyidah Arafat, M. Kep., Ns., Sp. Kep. MB Abdul Majid, M. Kep., Ns., Sp. Kep. MB

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas
Hasanuddin



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

NIP: 19760618 200212 2 002



Halaman Pengesahan

**GAMBARAN KESIAPAN *FAMILY CAREGIVER* DALAM MERAWAT
PASIEN STROKE DI RUMAH**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Pada:

Hari/ Tanggal : Jumat/ 7 Agustus 2020

Pukul : 10.00 – Selesai

Tempat : Via Online

Disusun Oleh :

ANTONIUS PATI SADIA

R011181732

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Dr. Rosyidah Arafat, M.Kep.,Ns., Sp.Kep.MB (RS)

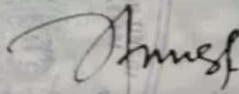
Pembimbing II : Abdul Majid, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB (AM)

Penguji I : Dr. Elly L. Sjattar, S. Kp., M. Kes (ES)

Penguji II : Arnis Puspitha R, S. Kep., Ns., M. Kes (AR)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas
Hasanuddin



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

NIP. 19760618 200212 2 002



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Antonius Pati Sadia

NIM : R011181732

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, Agustus 2020
Yang membuat pernyataan



Antonius Pati Sadia



i dengan CamScanner

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus Kristus atas kasih dan anugerah-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kesiapan *Family Caregiver* Dalam Merawat Pasien Stroke Di Rumah”.

Adapun tujuan penyusunan skripsi ini adalah sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Terima kasih kepada Bapak, Mama, Kakak-kakak saya yang senantiasa mencurahkan kasih sayang, dukungan, dan doa selama ini. Perkenankan juga penulis mengucapkan terima kasih kepada:

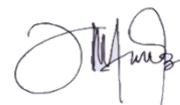
1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing 1 dan Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing 2 atas waktu, ilmu, saran dan motivasi yang diberikan untuk menyelesaikan skripsi penelitian ini.
3. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes selaku penguji 1 dan Arnis Pusphita R, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji 2 atas masukan dan saran untuk perbaikan skripsi penelitian ini.



4. Ibu Tuti Seniwati, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku koordinator mata kuliah atas saran, masukan, dan motivasi untuk terus berjuang menyelesaikan mata kuliah ini dengan baik dan tepat waktu.
5. Direktur RSKD Dadi Makassar, rekan sejawat dan seluruh staf *Stroke Center* RSKD Dadi Makassar.
6. My Indriani Bato Arung, Aldrik, Glen, Lona, Adrianto, Charlie, Rhea, Kak Panus, Ria, Akil, dan lainnya atas segala motivasi dan bantuannya.
7. CPZ (Lus Ela, Ndra Ndro, Bar, Sua, Wi, Ta, Muddin, Prof Ro, Dalkodal, BuRoh) untuk tetap GiLas.
8. Teman-teman mahasiswa Kelas Kerjasama 2018 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin atas kerjasama dan kebersamaannya yang selalu mendukung satu dengan yang lain.
9. Staf dan pegawai Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin atas kemudahan dalam pengurusan administrasi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Oleh sebab itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari para pembaca.

Makassar, 12 Agustus 2020



Antonius Pati Sadia



ABSTRAK

Antonius Pati Sadia. R011181732. **GAMBARAN KESIAPAN *FAMILY CAREGIVER* DALAM MERAWAT PASIEN STROKE DI RUMAH**, dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Abdul Majid.

Latar belakang: Kesiapan *family caregiver* penting dalam proses perawatan pasien stroke, bahkan sejak pasien stroke masih dirawat di rumah sakit. hingga saat penelitian yang ada lebih banyak berfokus pada pengetahuan, peran, dan dukungan *caregiver*.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan metode analitik deskriptif dimana instrumen yang digunakan adalah *Barthel Indeks* untuk mengidentifikasi tingkat ketergantungan pasien dengan kategori mandiri ringan, sedang, berat, dan total. Selain itu digunakan juga instrument kuesioner kesiapan keluarga model transisi yang terdiri atas 20 pertanyaan dengan skala likert untuk mengidentifikasi kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah. Berdasarkan *Barthel Indeks* diperoleh pasien stroke dengan kriteria yang sudah ditentukan yaitu ketergantungan sedang-total sebanyak 10 pasien (laki-laki 40% dan perempuan 60%). Selanjutnya dengan menggunakan instrument kuesioner kesiapan keluarga model transisi diperoleh 10 responden yang dilakukan penilaian kesiapan.

Hasil: Dari penelitian ini diperoleh kesiapan *family caregiver* dalam memberikan dukungan proses perawatan pasien stroke pada umumnya siap. Namun, dari hasil penelitian diketahui terdapat 9 item dari 20 pernyataan *family caregiver* yang menunjukkan kecenderungan ketidaksiapan dalam merawat pasien stroke di rumah. Hal ini dapat terjadi karena adanya keterbatasan dalam hal fisik, pekerjaan, tanggung jawab lain, serta berbagai alasan lainnya.

Kesimpulan dan Saran: Kesiapan *family caregiver* di ruang rawat inap stroke Center RSKD Dadi Makassar sudah baik namun terdapat beberapa kesiapan yang perlu ditingkatkan untuk memaksimalkan perawatan pasien stroke setelah pulang ke rumah nantinya. Perawat perlu memberikan informasi lebih dalam terkait dengan perawatan pasien stroke kepada *family caregiver*.

Kata Kunci : Gambaran, kesiapan, *family caregiver*, stroke
Literatur : 54 Kepustakaan (2010-2020)



ABSTRACT

Antonius Pati Sadia. R011181732. **THE DESCRIPTION OF FAMILY CAREGIVER READINESS IN CARING FOR STROKE PATIENTS AT HOME**, Under the guidance of Rosyidah Arafat and Abdul Majid.

Background: Family caregiver readiness is important in the process of treating stroke patients, even since stroke patients are still hospitalized. However, until now the existing research has focused more on the knowledge, role and support of the caregiver.

Purpose: To find out the readiness of the family caregiver in caring for stroke patients at home.

Method: This research uses quantitative design with descriptive analytical method where the instrument used was the Barthel Index to identify the level of dependence of patients with mild, moderate, severe, and total independent categories. In addition, a transitional model family readiness questionnaire instrument consisting of 20 questions with a Likert scale uses to identify the readiness of family caregivers in caring for stroke patients at home. Based on the Barthel Index, it is obtain stroke patients with predetermine criteria, namely moderate-total dependence as many as 10 patients (40% male and 60% female). Furthermore, using the transitional model family readiness questionnaire instrument obtained 10 respondents who conducted a readiness assessment.

Result: From this study, the readiness of the family caregiver in providing support for the process of treating stroke patients is generally ready. However, from the results of the study, it is known that there are 9 items from 20 family caregiver statements that show a tendency to be unprepared in caring for stroke patients at home. This can occur because of limitations in physical terms, work, other responsibilities, and various other reasons.

Conclusions and reccomendation: The readiness of the family caregiver in the inpatient ward of the RSKD Dadi Makassar Center is good, but there are several readiness that need to be improved to maximize the care of stroke patients after returning home later. Nurses need to provide more information related to stroke patient care to the family caregiver.



: Overview, readiness, family caregiver, stroke
: 54 literatures (2010-2020)

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN..... | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | iv |
| PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI..... | v |
| KATA PENGANTAR..... | vi |
| ABSTRAK..... | viii |
| DAFTAR ISI..... | x |
| DAFTAR BAGAN..... | xii |
| DAFTAR TABEL..... | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 4 |
| B. Rumusan Masalah..... | 5 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 6 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 8 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 8 |
| A. Konsep Stroke..... | 19 |
| B. Konsep Kesiapan <i>Family Caregiver</i> | 30 |
| BAB III KERANGKA KONSEP..... | 30 |
| erangka Konsep..... | 31 |



| | |
|---|----|
| BAB IV METODE PENELITIAN..... | 31 |
| A. Rancangan Penelitian..... | 31 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 31 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 36 |
| D. Alur Penelitian..... | 38 |
| E. Variabel Penelitian..... | 40 |
| F. Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian..... | 43 |
| G. Pengolahan dan Analisa Data..... | 45 |
| H. Etika Penelitian..... | 49 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 49 |
| A. Hasil Penelitian..... | 57 |
| B. Pembahasan..... | 65 |
| C. Keterbatasan Penelitian..... | 66 |
| BAB VI PENUTUP..... | 66 |
| A. Kesimpulan..... | 67 |
| B. Saran..... | 68 |
| DAFTAR PUSTAKA..... | |
| LAMPIRAN..... | |



DAFTAR BAGAN

| | |
|--------------------------------|----|
| Bagan 3.1 Kerangka Konsep..... | 30 |
| Bagan 4.1 Alur Penelitian..... | 36 |



DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tebel 2.1 Kuesioner kesiapan keluarga model transisi..... | 26 |
| Tabel 4.1 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif..... | 38 |
| Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Data Pasien Stroke..... | 50 |
| Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Data Respoden..... | 51 |
| Tabel 5.3 Kesiapan <i>Family Caregiver</i> dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah di Ruang Rawat Inap Stroke Center RSKD Dadi Makassar..... | 52 |



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Untuk Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Hasil Analisa Data SPSS dan Cross Tabulasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal dan global yang muncul mendadak, progresif, dan cepat. Stroke merupakan penyebab kematian terbanyak ke 2 di dunia setelah penyakit jantung (CDC, 2017). Prevalensi stroke secara global, terdapat 80 juta orang dengan stroke di dunia saat ini dan 5,5 juta orang meninggal dunia setiap tahunnya akibat stroke (WHF, 2018). Banyak pasien stroke yang masih hidup akhirnya mengalami kecacatan permanen fisik, kognitif, dan gangguan emosional (WHO, 2017). Di kawasan Asia Tenggara, menurut data dari South East Asian Medical Information Centre, Indonesia menempati urutan pertama angka kematian tertinggi akibat stroke (Putri et al., 2018).

Hasil RISKESDAS 2018 menyebutkan prevalensi stroke (permil) di Indonesia berdasarkan diagnosis dari dokter pada penduduk usia ≥ 15 tahun terjadi kenaikan dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018. Berdasarkan jenis kelamin laki-laki lebih besar yaitu 11% dan perempuan 10,9%. Sedangkan dilihat dari rentang usia, usia 15-24 tahun sebesar 0,6%, usia 25-34 tahun sebesar 1,4%, usia 35-44 tahun sebesar 3,7%, usia 45-54 tahun sebesar 14,2%, usia 45-54 tahun sebesar 14,2%, usia 55-64 tahun sebesar 32,4%, usia 65-74 tahun sebesar 45,3%, dan prevalensi terbanyak usia ≥ 75 tahun sebesar 50,2%. Data Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi



Selatan mencatat prevalensi stroke di Sulawesi Selatan mencapai 67,6% kasus yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan (Taher, 2018). Di Kota Makassar sendiri, stroke menjadi penyebab kelima dari sepuluh penyebab kematian terbanyak setelah penyakit asma, jantung, hipertensi, dan diabetes mellitus (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2015).

Di Amerika Serikat, panjang perawatan akut pasien stroke adalah 5,3 hari. Sekitar 44% dari pasien stroke yang dipulangkan tanpa rawat inap atau hanya menjalani rehabilitasi rawat jalan (Lutz et al., 2017). Sedangkan di Indonesia sendiri, lama pasien stroke yang dirawat juga berbagai macam mulai dari 4 hari, 7 hari sampai 1 bulan (Ningrum et al., 2017). Selain itu, beberapa penelitian memperlihatkan tingginya angka ketergantungan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit (Naziyah et al., 2018). Ketergantungan terhadap keluarga juga ditunjukkan oleh pasien stroke dalam menghadapi transisi kehidupan dan perawatannya (Kosasih et al., 2018). Kondisi ini tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke saja, tetapi juga mempengaruhi kehidupan keluarga sebagai *family caregiver* (Lu et al., 2019).

Family caregiver memainkan peran penting dalam pemulihan pasien stroke. Sebagian besar dukungan selama periode ini berasal dari sumber-sumber informal termasuk anggota keluarga (CDC, 2017). *Family caregiver* adalah kerabat, mitra, teman atau tetangga yang memiliki hubungan pribadi yang signifikan dan menyediakan berbagai bantuan untuk orang tua atau

g dewasa dengan kondisi kronis atau cacat. Orang-orang ini dapat
pakan pengasuh primer atau sekunder dan hidup dengan atau secara



terpisah dari orang yang menerima perawatan (Alliance, 2014). Di Indonesia, umumnya *family caregiver* pada pasien stroke adalah anggota keluarga pasien itu sendiri yaitu anak, suami/ istri, saudara, tante, atau anggota keluarga yang lain (Agianto & Setiawan, 2017).

Stroke merupakan krisis medis yang mendadak dan traumatis bagi pasien dan keluarga mereka (Lutz et al., 2017). Pasien stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang, bahkan sepanjang sisa hidup pasien. Belum lagi perubahan kondisi psikologis pasien pasca stroke yang biasanya merasa rendah diri, emosi yang tidak terkontrol, dan selalu ingin diperhatikan (Damawiyah, 2015). Penelitian lain menunjukkan pasien stroke mengalami gangguan fungsi motorik, kognisi, komunikasi, suasana hati, kegiatan sehari-hari, partisipasi sosial, gangguan tidur, depresi, dan kecemasan (Byun et al., 2019). Selain itu, pasien juga menderita kelelahan umum dan fisik, berkurangnya motivasi, kelelahan mental (Mutai et al., 2017), masalah penguasaan peran bahkan hubungan dalam keluarga (Kosasih et al., 2018).

Selain pasien yang menderita berbagai gangguan, keluarga sebagai *caregiver* juga mengalami beberapa perubahan. Penelitian yang dilakukan oleh Ningrum et al., (2017) memperlihatkan beberapa *caregiver* yang merawat pasien stroke mengalami tekanan psikologis dan stress. *Caregiver* juga merasakan kesepian dan terisolasi kehidupannya (Lu et al., 2019),

ng energi, merasa kelelahan, dan kurang tidur (Agianto & Setiawan,), timbulnya masalah ekonomi dan sosial (Fajriyati & Asyanti, 2017).



Oleh karena itu, dalam perawatan pasien stroke di rumah nantinya dibutuhkan kesiapan *family caregiver*.

Kesiapan *family caregiver* disini didefinisikan sebagai kesiapan yang dirasakan untuk berbagai domain dari peran pengasuhan seperti memberikan perawatan fisik, memberikan dukungan emosional, menyiapkan layanan dukungan di rumah, dan berurusan dengan tekanan pengasuhan (Stewart et al., 2018). Ketidaksiapan dapat memberikan dampak yang buruk bagi keluarga sebagai *caregiver* diantaranya merasakan kesepian, terisolasi kehidupannya, dan penurunan kesejahteraan bahkan menurunnya status kesehatan *caregiver* (Lu et al., 2019).

Saat ini, penelitian yang ada lebih banyak berfokus pada pengetahuan, peran, dan dukungan *caregiver*. Belum banyak penelitian yang terkait dengan kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah. Oleh karena itu, berdasarkan fenomena yang terjadi, peneliti bermaksud melakukan penelitian mengenai gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah.

B. Rumusan Masalah

Tingginya angka ketergantungan dan terganggunya pemenuhan kebutuhan serta aktivitas sehari-hari menunjukkan perubahan fungsi dari seorang pasien stroke. Pasien stroke setelah dipulangkan ke rumah dari perawatan di rumah sakit nantinya akan ditemani oleh seorang atau lebih

family caregiver yang berperan penting dalam proses perawatan pasien.



Family caregiver yang juga menjadi sumber utama dukungan selama proses perawatan di rumah harus memiliki kesiapan yang baik.

Kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah sangat penting mengingat masa perawatan dan pemulihan terhadap tingkat kecacatan serta gejala sisa yang ditimbulkan cukup berat dan memerlukan waktu yang lama. Selain itu *family caregiver* harus memiliki kesiapan untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang sakit seperti kebutuhan fisik, kognitif, dan emosional pasien stroke yang sering berubah-ubah. Sampai saat ini di Indonesia belum banyak dilakukan penelitian terkait dengan kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah.

Stroke Center RSKD Dadi Makassar memiliki visi sebagai Pusat Rujukan Pelayanan Kesehatan Stroke yang holistik dan terpercaya di Kawasan Timur Indonesia. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, diketahui jumlah kunjungan pasien stroke di ruang perawatan cukup tinggi setiap tahunnya. Pada tahun 2017 dan 2018 tercatat masing-masing sebanyak 697 dan 602 pasien dirawat inap dengan stroke. Oleh karena itu, peneliti bermaksud untuk meneliti hal tersebut dengan memunculkan pertanyaan penelitian yaitu “bagaimana gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuinya gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah.



2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah pada aspek kesadaran
- b. Diketuainya gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah pada aspek keterlibatan
- c. Diketuainya gambaran kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke di rumah pada aspek perubahan perilaku

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perkembangan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan perubahan pada pelayanan keperawatan di klinik tentang pentingnya mengetahui kesiapan keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah melalui pendekatan *family centered learning*. Selain itu hasil penelitian ini bermanfaat bagi perawat agar dapat dijadikan sebagai pedoman dalam penerapan *discharge planning* tentang kesiapan keluarga yang akan berdampak pada peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah menjadi lebih baik.

2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat khususnya bagi keluarga yang memiliki anggota menderita penyakit stroke melalui keterlibatan mereka dalam mengikuti panduan yang diberikan sehingga kesiapan keluarga untuk memberikan perawatan menjadi meningkat yang



dapat mempengaruhi motivasi pasien untuk sembuh lebih baik dan kekambuhan dapat dicegah.

3. Bagi Pengembangan Penelitian

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan atau sumber data untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan perawatan pasien stroke di rumah. Selain itu penelitian ini dapat memberikan gambaran dan acuan bagi riset keperawatan selanjutnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke

1. Pengertian

Stroke adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan perubahan neurologis yang disebabkan oleh adanya gangguan suplai darah ke bagian dari otak (Black & Hawks, 2014). Stroke membawa risiko kematian yang tinggi. Pasien dapat mengalami kehilangan penglihatan dan/ atau bicara, kelumpuhan dan kebingungan. Risiko episode lebih lanjut secara signifikan meningkat untuk orang yang pernah mengalami stroke sebelumnya. Risiko kematian tergantung pada jenis stroke (WHO, 2017). Stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh gumpalan atau pecah. Ketika itu terjadi, bagian dari otak tidak bisa mendapatkan darah dan oksigen yang dibutuhkannya, sehingga sel-sel otak itu mati (AHA, 2020).

2. Klasifikasi Stroke

Stroke digolongkan menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik (Emergency Nurse Association, 2018):

a. Stroke Iskemik

Terjadi jika trombus lokal atau embolus menyumbat arteri serebral. Jenis stroke yang paling umum, menyumbang 87% dari semua stroke yang terjadi (AHA, 2020). Gejala onsetsnya terjadi tiba-



tiba dan sering terjadi pada pagi hari (Emergency Nurse Association, 2018).

b. Stroke Hemoragik

Stroke yang diakibatkan oleh perdarahan intrakranial (Emergency Nurse Association, 2018). Darah menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya, membentuk sekitar 13% dari kasus stroke (AHA, 2020). Stroke hemoragik meliputi perdarahan intraserebral dan perdarahan subarachnoid. Perdarahan intraserebral adalah jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya arteri secara tiba-tiba di dalam otak, darah kemudian dilepaskan ke dalam otak yang menekan struktur otak. Perdarahan subaraknoid berbeda dari perdarahan intraserebral karena lokasi pecahnya darah menyebabkan darah mengisi ruang di sekitar otak (Center, 2017).

Sedangkan *American Stroke Association* membagi stroke menjadi 5 tipe (AHA, 2020) yaitu:

a. *Ischemic Stroke (Clots)*

Terjadi ketika pembuluh darah yang memasok darah ke otak terhambat.

b. *Hemorrhagic Stroke (Bleeds)*

Terjadi ketika pembuluh darah yang melemah pecah. 2 jenis pembuluh darah yang melemah yang biasanya menyebabkan stroke hemoragik adalah aneurisma dan malformasi arteri-vena (AVM).



Penyebab paling umum dari stroke hemoragik adalah tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol.

c. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

Disebut "stroke mini", disebabkan oleh gumpalan sementara yang serius. Ini adalah peringatan stroke dan harus ditanggapi dengan serius.

d. *Cryptogenic Stroke*

Stroke yang penyebabnya tidak diketahui.

e. *Brain Stem Stroke*

Ketika stroke terjadi pada batang otak, itu dapat mempengaruhi kedua sisi tubuh dan dapat membuat seseorang dalam keadaan 'terkunci'. Ketika keadaan terkunci terjadi, pasien umumnya tidak dapat berbicara atau bergerak.

3. Faktor Risiko

Faktor risiko penyebab stroke dibedakan menjadi 2 (Huda & Kusuma, 2016), yaitu:

a. Faktor yang dapat dirubah

Terdiri atas beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes mellitus, stress emosional. Selain itu beberapa kebiasaan hidup seperti merokok, peminum alkohol, obat-obatan terlarang, serta aktivitas kurang berolahraga dan makanan berkolesterol.



b. Faktor yang tidak dapat dirubah

- 1) Jenis kelamin: Pria lebih sering dibandingkan wanita
- 2) Usia: Makin tinggi usia, makin tinggi risikonya
- 3) Keturunan: Adanya riwayat keluarga yang pernah menderita stroke

Setiap 10 orang yang meninggal karena stroke, 4 bisa diselamatkan jika tekanan darah mereka telah diatur. Orang yang berusia di bawah 65 tahun, 2/5 dari kematian akibat stroke terkait dengan merokok. Fibrilasi atrium, gagal jantung, dan serangan jantung adalah faktor risiko penting lainnya. Namun, jumlah absolut stroke terus meningkat karena populasi orang dengan lanjut usia yang semakin tinggi (WHO, 2017).

4. Tanda dan Gejala

Menurut Black & Hawks, (2014), tanda dan gejala stroke dapat berhubungan dengan penyebabnya dan bagian otak mana yang perfusinya terganggu. Ada beberapa tanda klinis khas yang dapat terjadi antara lain:

a. Hemiparesis dan Hemiplegia

Kelemahan atau paralisis dari satu bagian tubuh bisa terjadi setelah stroke. Hemiplegia menyeluruh bisa terjadi pada setengah bagian dari wajah dan lidah, juga pada lengan dan tungkai pada sisi bagian tubuh yang sama. Hemiparesis atau hemiplegia biasanya sering disertai oleh manifestasi stroke lainnya, seperti kehilangan sensori sebagian, kebutaan sebagian, tidak bisa melakukan gerakan tertentu, tidak bisa merasakan atau mengenali sesuatu, dan gangguan komunikasi.



b. Afasia

Penurunan kemampuan berkomunikasi. Afasia bisa melibatkan beberapa atau seluruh aspek dari komunikasi termasuk berbicara, membaca, menulis, dan memahami pembicaraan. Afasia *Wernick* (sensori atau penerima) mempengaruhi pemahaman berbicara sebagai hasil dari infark pada lobus temporal otak. Afasia *Broca* (ekspresi atau motorik) mempengaruhi produksi bicara sebagai hasil dari infark pada lobus frontal pada otak. Afasia global mempengaruhi baik komprehensi berbicara dan produksi bicara.

c. Disartria

Kondisi artikulasi yang diucapkan tidak sempurna yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara. Klien dengan disartria paham dengan bahasa yang diucapkan seseorang namun mengalami kesulitan dalam melafalkan kata dan tidak jelas dalam pengucapannya. Selain gangguan berbicara, klien juga mengalami gangguan dalam mengunyah dan menelan karena kontrol otot yang menurun.

d. Disfagia

Stroke yang terjadi pada daerah vertebrobasilar mengakibatkan terjadinya hal ini. Beberapa fungsi dari saraf kranial yang mempersarafi mulut, lidah dan beberapa lainnya mengalami gangguan sehingga klien mengalami kesulitan dalam menelan makanan.



e. Apraksia

Kondisi yang mempengaruhi integrasi motorik kompleks. Klien tidak dapat melakukan beberapa keterampilan seperti berpakaian walaupun mereka tidak lumpuh.

f. Perubahan Penglihatan

Persepsi kedalaman dan penglihatan pada garis horizontal dan vertikal bisa terganggu. Pada klien dengan hemiplegia, dapat menyebabkan masalah pada penampilan motorik dalam cara berjalan dan berdiri.

g. Hemianopia Homonimus

Kehilangan penglihatan pada setengah bagian yang sama dari lapang pandang dari setiap mata. Jadi, klien hanya dapat melihat setengah dari penglihatan normal.

h. Sindrom Horner

Adalah paralisis pada saraf simpatik ke mata yang menyebabkan tenggelamnya bola mata, ptosis bagian atas kelopak mata, bagian bawah kelopak mata sedikit terangkat, pupil mengecil, dan air mata berkurang.

i. Agnosia

Gangguan pada kemampuan mengenali benda melalui indera. Tipe yang paling sering terjadi adalah agnosia pada indera penglihatan dan pendengaran. Klien dengan agnosia penglihatan bisa melihat benda namun tidak dapat mengenali benda tersebut. Agnosia penglihatan



dapat sangat meningkatkan risiko kecelakaan karena tidak dapat mengenali bahaya atau tanda-tanda peringatan bahaya. Klien dengan agnosia pendengaran tidak dapat memahami arti bunyi karena kehilangan pendengaran atau penurunan tingkat kesadaran.

j. Negleksi Unilateral

Adalah ketidakmampuan seseorang untuk merespon stimulus pada bagian kontralateral dari bagian infark serebral. Negleksi paling sering terlihat pada klien dengan kerusakan pada belahan otak bagian kanan. Pada keadaan ini klien gagal dalam memberikan perhatian pada satu sisi bagian tubuh, gagal melapor atau merespon stimulus pada satu sisi bagian tubuh, gagal dalam menggunakan salah satu ekstremitas, dan gagal dalam mengarahkan kepala atau mata ke arah satu sisi.

k. Penurunan Sensorik

Sensasi pada permukaan seperti nyeri, sentuhan, tekanan, dan suhu bisa berpengaruh dalam tingkatan yang berbeda. Parastesia bisa digambarkan sebagai rasa nyeri terbakar yang persisten; perasaan keberatan, kebas, kesemutan, atau rasa tertusuk; atau rasa sensasi yang meningkat. Klien juga berisiko jatuh karena kecenderungan kesalahan posisi kaki pada saat berjalan.

l. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku setelah stroke adalah hal yang sering terjadi. Orang dengan stroke pada bagian belahan otak sebelah kiri, atau dominan, biasanya lambat, waspada, dan tidak teratur. Orang dengan



stroke pada bagian serebral kanan atau nondominan, biasanya impulsif, estimasi terlalu tinggi pada kemampuan mereka, dan memiliki penurunan rentang perhatian yang akan meningkatkan terjadinya risiko cedera. Infark pada lobus frontal yang terjadi dari stroke pada arteri serebral anterior atau media dapat mengarah pada gangguan dalam ingatan, penilaian, pemikiran abstrak, pemahaman, kemampuan menahan diri, dan emosi. Klien mungkin akan memperlihatkan efek datar, penurunan spontanitas, selalu terdistraksi, dan pelupa. Klien mungkin mengalami emosi yang labil dan tiba-tiba menangis atau bisa juga tertawa tanpa ada sebab.

m. Inkontinensia

Stroke dapat menyebabkan disfungsi pada sistem perkemihan. Salah satu tipe neurologis perkemihana adalah tidak dapat menahan kandung kemih, kadang terjadi setelah stroke.

5. Patofisiologi

Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik cerebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain. Otak tidak bias menggunakan metabolisme anaerob jika terjadi kekurangan oksigen dan glukosa. Hal ini bila berlangsung dalam jangka pendek dapat mengarah kepada *transient ischemic attack*. Jika tidak diperbaiki dapat terjadi infark dalam hitungan menit. Luasnya infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke area yang disuplai.



Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal. Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari arteri yang terganggu dan adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah kejadian stroke terjadi. Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi di sekitar bagian utama yang mati.

Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas, nitro oksida, dan glutamat akan dilepaskan. Asidosis lokal juga akan terbentuk, depolarisasi membran akan terjadi. Sebagai hasilnya akan terjadi edema sitotoksik dan kematian sel. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah kepada penurunan fungsi saraf sementara (Black & Hawks, 2014).

6. Penatalaksanaan

Rencana perawatan yang direkomendasikan antara lain:

- a. Dokumentasikan kondisi klien dan kaji secara menyeluruh, termasuk adanya gangguan, status penyakit lainnya, komplikasi, perubahan status, dan status fungsional sebelum stroke.



- b. Mulai aktifitas fisik segera setelah kondisi medis klien stabil. Hati-hati pada saat mobilisasi dini pada klien dengan penurunan neurologis yang progresif, perdarahan subarachnoid dan intraserebral, hipotensi ortostatik, infark miokard akut, atau *deep vein thrombosis* (DVT) akut.
- c. Berikan bantuan dalam mengendalikan fungsi kesehatan selama seluruh tahapan pengobatan.
- d. Cegah komplikasi, termasuk emboli paru, aspirasi, kerusakan kulit, infeksi saluran kencing, jatuh, kelemahan otot dan kontraktur, cedera bahu, dan kejang.
- e. Cegah stroke berulang dengan mengontrol faktor-faktor risiko yang bisa dimodifikasi.
- f. Lakukan pengkajian sepanjang masa akut dan rehabilitasi.
- g. Gunakan alat ukur evaluasi yang standar dan bisa diandalkan.
- h. Evaluasi untuk waktu awal rehabilitasi selama tahap akut.
- i. Pilih program individu atau interdisiplin berdasarkan kebutuhan klien dan keluarganya, kesuksesan dari program membutuhkan dukungan penuh dan partisipasi aktif dari klien dan keluarganya, dari awal perawatan keluarga sudah dilibatkan.
- j. Pilih program rehabilitasi lokal yang paling baik untuk memenuhi kebutuhan klien dan keluarganya (Black & Hawks, 2014).

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya

stroke atau stroke berulang adalah dengan mengendalikan gaya hidup dan faktor risiko antara lain berhenti merokok, mengurangi asupan lemak



jenuh dan kolesterol dalam diet, berolahraga, menghentikan minum beralkohol, dan tidak mengkonsumsi obat-obatan terlarang atau tanpa indikasi medis (Center, 2017).

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

a. Fase akut

Pada fase akut ini sasaran pengobatan yaitu menyelamatkan neuron yang cedera agar tidak terjadi nekrosis, serta agar proses patologis lainnya yang menyertai tidak mengganggu/ mengancam fungsi otak (Damawiyah, 2015). Fokus penatalaksanaan pada fase ini adalah mempertahankan jalan napas dan ventilasi yang adekuat (Smeltzer & Bare, 2013).

b. Paska akut

Tatalaksana paska akut dimulai setelah kondisi klinis pasien telah stabil yaitu 48 jam sampai 72 jam setelah serangan stroke (Smeltzer & Bare, 2013). Edema serebral pada pasien stroke paska akut umumnya mereda dan gejala sisa telah dapat diidentifikasi (Black & Hawks, 2014). Penatalaksanaan stroke paska akut bertujuan untuk pemulihan keadaan dan mengurangi derajat ketidakmampuan (Damawiyah, 2015).



B. Konsep Kesiapan *Family Caregiver*

1. Pengertian Kesiapan dan *Family Caregiver*

Kesiapan merupakan suatu sikap psikologis yang dimiliki seseorang sebelum melakukan sesuatu, dimana kesiapan ini dapat dipengaruhi oleh dirinya sendiri atau oleh pihak luar (Slameto dalam Damawiyah, 2015). Kesiapan adalah keseluruhan kondisi yang membuat seseorang siap untuk memberi respon atau jawaban di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi (Sembiring & Setyarini, 2019).

Family caregiver atau yang disebut juga *informal caregiver* adalah anggota keluarga, kerabat, teman atau tetangga yang memiliki kedekatan hubungan pribadi yang signifikan dan menyediakan berbagai bantuan untuk orang tua atau orang dewasa dengan kondisi kronis atau cacat. Orang-orang ini merupakan pengasuh yang hidup dengan atau secara terpisah dari orang yang menerima perawatan (Alliance, 2014). *Informal caregiver* umumnya adalah anggota keluarga ataupun orang terdekat pasien itu sendiri seperti suami/ istri, anak, saudara, tante, atau anggota keluarga lainnya (Agianto & Setiawan, 2017). Pada kasus stroke, *family caregiver* menemani pasien selama hampir 24 jam untuk memenuhi segala kebutuhannya (Fajriyati & Asyanti, 2017).

2. Kesiapan *Family Caregiver* dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah

Menurut Hersey dan Blanchard (Judge & Robbins, 2008; Sembiring & Setyarini, 2019), kesiapan (*readiness*) mengacu pada tingkat sampai dimana seseorang memiliki kemampuan dan kesediaan untuk



menyelesaikan tugas tertentu. Di Indonesia, *family caregiver* memiliki kewajiban menjaga anggota keluarga mereka yang sakit baik di rumah maupun di rumah sakit (Efendy et al., 2014; Agianto & Setiawan, 2017). Kesiapan *family caregiver* dapat didefinisikan sebagai seberapa baik persiapan pengasuh keluarga untuk tugas dan stress peran pengasuhan (Hagedoorn et al., 2019). Kesiapan *family caregiver* merupakan persepsi keluarga tentang kesiapannya dilihat dari kondisi fisik dan psikologis serta pengetahuan yang dimiliki (Argarini, 2011; Sembiring & Setyarini, 2019)

Pasien stroke tidak dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri oleh karena itu mereka membutuhkan partisipasi dari keluarga sebagai *caregiver* untuk membantu menjalankan kehidupan sehari-hari (Fajriyati & Asyanti, 2017). Partisipasi keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan sangat mempengaruhi hasil dari asuhan tersebut (Kosasih et al., 2018). Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa pengasuh keluarga siap untuk menghadapi meningkatnya permintaan akan pemenuhan kebutuhan pasien.

Stroke dan konsekuensinya menghasilkan situasi yang berbeda untuk seluruh keluarga. Ketika *family caregiver* terlibat dalam perawatan mereka dapat berkontribusi pada optimalisasi perawatan yang ditawarkan kepada pasien di rumah sakit dan di rumah ketika dipulangkan dan secara bersamaan memantau kesinambungan perawatan. *Family caregiver* juga

perlu dilibatkan untuk menyesuaikan pilihan perawatan dengan kemampuan pasien dan kesiapan keluarga sebagai pengasuh (Lu et al.,



2019). Pengasuh keluarga merasa lebih siap untuk pengasuhan ketika mereka menawarkan lebih banyak keterlibatan dalam koordinasi perawatan relatif mereka (Weinberg dalam Hagedoorn et al., 2019). Merasa siap untuk pengasuhan setelah anggota keluarga yang sakit keluar dari rumah sakit, ditemukan memiliki efek positif pada pasien dan keluarga (Hagedoorn et al., 2019). Efek positif tersebut berhubungan dengan berkurangnya rasa sakit, meningkatnya status kesehatan fungsional dan mental pasien (Zale et al., 2018). Selain itu, kualitas hidup *family caregiver* menjadi lebih baik dan tingkat ketegangan serta beban pengasuhan lebih rendah (Hagedoorn et al., 2019).

3. Aspek Kesiapan *Family Caregiver* dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah

Aspek kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke antara lain kesadaran, keterlibatan, dan perubahan perilaku (M. Abu, 2019).

a. Kesadaran

Kesadaran yaitu persepsi pengetahuan dan pengakuan tentang pengalaman seseorang dalam merawat pasien stroke (M. Abu, 2019). Pengetahuan cara merawat pasien paska stroke merupakan dasar keluarga dalam memberikan perawatan di rumah. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang adekuat diharapkan dapat memberikan perawatan secara optimal dan terus menerus (Pratiwi et al., 2019).



Berbagai informasi merupakan pondasi awal yang harus diketahui keluarga dalam merawat pasien stroke (Pratiwi et al., 2019). Keluarga menjadi merasa siap untuk bertanggung jawab penuh dalam perawatan pasien penderita stroke karena adanya edukasi kesehatan yang berpengaruh dalam meningkatkan pengetahuan keluarga (Kosasih et al., 2018). Keluarga tidak mengalami perasaan khawatir dalam merawat pasien stroke karena telah diberikan informasi yang cukup (Ningrum et al., 2017). Selain itu, *family caregiver* yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi ternyata lebih siap untuk pengasuhan (Hagedoorn et al., 2019).

b. Keterlibatan

Keterlibatan adalah derajat seseorang menunjukkan keterlibatan pada proses yang terkandung dalam perawatan pasien stroke (M. Abu, 2019). Kesiapan keluarga dalam merawat pasien stroke dapat dilihat dari peran keluarga dalam memberikan perawatan, menyediakan berbagai kebutuhan perawatan pasien stroke seperti kebutuhan makanan, pengobatan, dan alat-alat yang diperlukan pasien (Benamen & Maulidia, 2019). Hasil penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya menyebutkan bahwa *family caregiver* memiliki kebutuhan yang sangat tinggi tentang penyakit, pengobatan, pencegahan, perawatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi pemulihan penyakit stroke (Agianto & Setiawan, 2017). Sejalan dengan penelitian tersebut, kebutuhan lainnya yang banyak dirasakan oleh keluarga adalah



mengenai kemajuan kesembuhan pasien, pengobatan dan tindakan yang harus dijalankan pasien, pemeriksaan diagnostik beserta hasilnya, perubahan status kesehatan yang dialami pasien, serta apa yang harus dilakukan ketika berada dalam kondisi *emergency* (Pratiwi et al., 2019).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi et al., (2019), dukungan keterlibatan dari tenaga profesional dan anggota keluarga lain yang mengerti kondisi pasien sangat dibutuhkan. Semua responden pada penelitian ini membutuhkan diskusi dengan tenaga kesehatan profesional mengenai kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan membutuhkan bantuan dari anggota keluarga lain untuk merawat dan berbagi tanggung jawab dalam merawat pasien. Hal yang sama juga ditunjukkan melalui hasil penelitian yang dilakukan oleh Fajriyati & Asyanti (2017), dimana semua *caregiver* mengaku bahwa mereka mendapat dukungan dari keluarganya ketika menghadapi masalah dalam merawat pasien stroke.

c. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku adalah perubahan yang dialami oleh seseorang dalam identitas, peran, hubungan, kemampuan, dan perilaku yang terjadi selama merawat pasien stroke (M. Abu, 2019). Salah satu permasalahan dari stroke yang menonjol secara fisik adalah kelemahan, bahkan kelumpuhan anggota gerak. Kondisi ini menyebabkan pasien stroke mengalami keterbatasan dalam melakukan



fungsinya seperti dalam aktivitas sehari-hari (Kosasih et al., 2018). Pasien stroke tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan dari seorang *caregiver* (Fajriyati & Asyanti, 2017). Hasil penelitian menyatakan bahwa *family caregiver* mengalami kelelahan fisik dan kurang energi, tidak dapat tidur dengan baik selama merawat pasien stroke baik di rumah maupun di rumah sakit (Agianto & Setiawan, 2017).

Family caregiver memainkan peran penting dalam membantu kebutuhan emosional pasien stroke (Pucciarelli et al., 2014). Bentuk kesiapan pemenuhan kebutuhan emosional oleh *family caregiver* adalah menyatakan cinta dan kasih sayang untuk anggota keluarga yang menderita stroke (Lu et al., 2019). Selama memberikan perawatan pada pasien stroke, *family caregiver* mengalami cemas dan stress, merasa tidak berdaya, bingung, merasa sendiri, merasa tidak menentu akan masa depan, serta merasakan ketakutan (Agianto & Setiawan, 2017). *Family caregiver* sering dibayangi oleh perasaan kesedihan, depresi, kepekaan berlebihan, dan kemarahan (Lu et al., 2019). Sehingga kesiapan emosional *family caregiver* ini harus diperhatikan agar bisa membuat mereka lebih nyaman, mengerti, dan menerima kondisinya. Dukungan moril agar keluarga sebagai *caregiver* sabar, semangat, tabah, dan tenang dalam merawat pasien (Fajriyati & Asyanti, 2017).



Dalam merawat pasien stroke, keluarga sebagai *caregiver* kemungkinan akan menghadapi berbagai masalah yang dapat mengakibatkan stress. Stress yang dialami dikarenakan beratnya tugas yang harus dilakukan dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Fajriyati & Asyanti, 2017). Keluarga sangat berperan dalam mempengaruhi pasien untuk tidak depresi (Kosassy, dikutip dalam Naziyah et al., 2018). Kesiapan diri *family caregiver* yang dilakukan sebagai *coping* terhadap stress pengasuhan antara lain keaktifan diri, perencanaan, kontrol diri, mencari dukungan sosial, penerimaan, dan religiusitas (Fajriyati & Asyanti, 2017).

4. Cara Menilai Kesiapan *Family Caregiver* dalam Merawat Pasien Stroke

Kesiapan *family caregiver* dalam merawat pasien stroke pada penelitian ini diukur dengan menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner kesiapan keluarga dalam melakukan perawatan pasien stroke di rumah: model transisi. Kuesioner ini merupakan pengembangan dari 3 instrumen yang telah ada sebelumnya yaitu PATH's (*Preparedness Assessment For The Transition Home After Stroke*), PCS (*Preparedness For Caregiving Scale*), dan PCTM-C (*Palliative Care Transition Measure For Caregiver*). Kuesioner terdiri dari 20 pertanyaan terkait dengan kesiapan keluarga merawat pasien stroke di rumah yang meliputi

kesadaran, keterlibatan, dan perubahan perilaku. Kuesioner ini dikembangkan dan digunakan dalam penelitian oleh M. Abu pada tahun



2019 untuk meneliti pengembangan instrumen kesiapan keluarga dalam merawat pasien stroke di ruang rawat inap *Stroke Center* RSKD Dadi dan Siloam Hospitals Makassar dengan respondennya merupakan keluarga pasien stroke yang menjadi pengasuh utama pasien selama dirawat di rumah sakit. Kuesioner ini telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan nilai *Cronbach alpha* 0,811.

Kuesioner dalam penelitian ini menggunakan skala *likert* dengan respons dinilai pada skala 5 poin dengan skor mulai dari 0 (tidak siap sama sekali) hingga 4 (sangat siap). Skala *likert* digunakan untuk mengukur sikap, persepsi, dan pendapat individu atau kelompok tentang sesuatu hal yang terdiri atas pilihan jawaban bertingkat (Sugiyono, 2017). Skala diberi skor dengan menghitung rata-rata semua item yang dijawab dengan rentang skor 0 hingga 4. Semakin tinggi skor semakin siap pengasuh untuk merawat, sedangkan semakin rendah skornya, pengasuh semakin tidak siap. Adapun kuesioner kesiapan keluarga dalam melakukan perawatan pasien stroke di rumah: model transisi hasil pengembangan instrumen oleh M. Abu (2019) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Kuesioner kesiapan keluarga model transisi pengembangan instrument

| | Sangat Tidak Setuju (0) | Tidak Setuju (1) | Kurang Setuju (2) | Setuju (3) | Sangat Setuju (4) |
|---------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------|
| | | | | | |
| memahami proses pemulihan | | | | | |



| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| keluarga/ kerabat saya setelah pulang ke rumah | | | | | |
| 2. Saya memahami dampak stroke terhadap kehidupan sehari-hari keluarga/ kerabat yang mengalami stroke (kelumpuhan, dll). | | | | | |
| 3. Saya memahami kebutuhan yang perlu disiapkan sebelum keluarga/ kerabat yang mengalami stroke pulang ke rumah | | | | | |
| 4. Saya telah mendapat informasi yang telah dibutuhkan tentang perawatan stroke baik secara lisan maupun tulisan | | | | | |
| 5. Saya mengerti tindakan perawatan yang bisa dilakukan untuk keluarga/ kerabat saya setelah pulang ke rumah | | | | | |
| 6. Saya yakin bisa melakukan perawatan pasien stroke sebaik mungkin ketika keluarga/ kerabat saya pulang ke rumah | | | | | |
| 7. Saya memahami bahwa merawat keluarga/ kerabat yang mengalami stroke membutuhkan kekuatan fisik | | | | | |
| 8. Saya memahami bahwa keluarga/ kerabat yang mengalami stroke memiliki ketidakstabilan emosional | | | | | |
| KETERLIBATAN | | | | | |
| 9. Saya siap dan memiliki kemauan/ komitmen dalam memberikan bantuan perawatan pada keluarga/ kerabat saya setelah pulang ke rumah. | | | | | |
| 10. Saya memiliki keluarga/ kerabat yang membutuhkan bantuan memberikan | | | | | |



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| perawatan pada keluarga/ kerabat yang mengalami stroke | | | | | |
| 11. Saya memiliki biaya yang cukup untuk pengobatan dan perawatan keluarga/ kerabat yang mengalami stroke apabila tidak ditanggung asuransi (misalnya: BPJS kesehatan) | | | | | |
| 12. Saya memiliki ketersediaan/ kesiapan peralatan yang dapat memudahkan perawatan pasien stroke setelah pulang ke rumah (misalnya: tongkat, kursi roda, dll) | | | | | |
| 13. Saya siap melakukan perubahan/ modifikasi perawatan untuk memfasilitasi pasien stroke di rumah | | | | | |
| 14. Saya terlibat aktif dalam menjaga kesehatan saya sendiri selama merawat keluarga/ kerabat yang mengalami stroke | | | | | |
| 15. Saya siap untuk mencari bantuan dan informasi tentang perawatan dan pengobatan pasien stroke yang saya butuhkan dari petugas kesehatan | | | | | |
| 16. Saya memiliki peran dan tanggung jawab lain yang berdampak dalam memberikan perawatan pada keluarga/ kerabat yang mengalami stroke. | | | | | |
| 17. Saya siap untuk merespon dan menangani keadaan darurat yang terjadi pada keluarga/ kerabat saya setelah pulang ke | | | | | |



| PERUBAHAN PERILAKU | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 18. Saya memiliki masalah fisik dan atau mental yang berdampak terhadap kemauan saya untuk melakukan perawatan pada keluarga/ kerabat saya yang mengalami stroke | | | | | |
| 19. Saya siap menghadapi stress yang terjadi pada diri saya selama melakukan perawatan pada keluarga/ kerabat saya yang mengalami stroke | | | | | |
| 20. Saya siap menghadapi kelelahan yang saya rasakan ketika merawat keluarga/ kerabat yang mengalami stroke | | | | | |
| TOTAL SKOR | | | | | |

