

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Stroke**

##### 1. Definisi Stroke

Stroke dapat diartikan sebagai ditemukannya manifestasi klinik dan gejala terjadinya gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh yang berkembang secara cepat selama 24 jam atau lebih akibat adanya gangguan peredaran darah di otak (Brainin & Wolf-Dieter, 2010). Stroke merupakan penyakit *cerebrovascular* yang terjadi karena adanya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardhani & Santi, 2015). Stroke juga biasa disebut dengan *brain attack* atau serangan otak, yaitu terjadi ketika bagian otak rusak karena kekurangan suplai darah pada bagian otak tersebut. Oksigen dan nutrisi tidak adekuat yang dibawa oleh pembuluh darah menyebabkan sel otak (neuron) mati dan koneksi atau hubungan antar neuron (sinaps) menjadi hilang (Silva, *et al.*, 2014).

##### 2. Klasifikasi Stroke

Stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu:

###### a. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik didefinisikan sebagai suatu sindrom yang berkembang pesat dengan onset yang tiba-tiba atau akut, yang dikaitkan dengan defisit neurologi non-epilepsi dengan batas gumpalan infark yang jelas pada jaringan otak di dalam area pembuluh darah yang berlainan.

Stroke iskemik berkembang melalui beberapa mekanisme yaitu karena *atherosclerosis*, kardioemboli, dan oklusi pada pembuluh darah kecil atau biasa dikenal dengan sebagai *lacunar stroke* (Williams, *et al.*, 2010).

Stroke iskemik mendominasi terjadinya stroke yaitu sekitar 80%. Stroke iskemik terjadi karena terganggunya suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan karena adanya sumbatan pembuluh darah arteri yang menuju otak. Stroke iskemik ini dapat dibagi menjadi dua tipe utama, yaitu trombotik dan embolik. Stroke trombotik terjadi ketika arteri tersumbat oleh pembentukan bekuan darah di dalamnya. Arteri kemungkinan sudah rusak dikarenakan oleh endapan kolesterol (*atherosclerosis*). Penyumbatan total kemungkinan selanjutnya terjadi dikarenakan diikuti penggumpalan sel darah (trombosit) atau zat lainnya yang biasa ditemukan di dalam darah. Stroke embolik yang juga merupakan tipe stroke iskemik yang kedua juga disebabkan oleh gumpalan dalam arteri, tetapi dalam kasus ini bekuan atau embolus terbentuk di tempat lain selain di otak itu sendiri. Bahan-bahan ini bisa menjadi bekuan darah (misal dari jantung) atau dari lemak (misal dari arteri lain di leher – penyakit arteri karotis) (Silva, *et al.*, 2014).

#### b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik jarang terjadi dan dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) dan *Subarachnoid Hemorrhage* (SAH). ICH terjadi karena adanya perdarahan di dalam otak dan biasanya sering terjadi karena tekanan darah tinggi. Peningkatan

tekanan yang tiba-tiba di dalam otak akibat perdarahan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada sel-sel otak yang dikelilingi oleh pembuluh darah.

SAH merupakan jenis stroke hemoragik yang terjadi karena adanya perdarahan dibagian antara otak dan jaringan yang melindungi otak, atau biasa disebut dengan area *subarachnoid*. Penyebab SAH antara lain bisa karena malformasi arteri vena, gangguan perdarahan, cedera kepala, pengencer darah, dan pecahnya aneurisma. Pecahnya aneurisma menjadi penyebab SAH yang sering terjadi (*National Stroke Association, 2016*).

Aneurisma yang pecah pada SAH berasal dari pembuluh darah sirkulasi Willis dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Arteri yang pecah dan keluar ke ruang *subarachnoid* akan menyebabkan tekanan intra kranial meningkat mendadak yang dapat mengakibatkan meregangnya struktur peka nyeri sehingga timbul nyeri kepala hebat. Peningkatan tekanan intra kranial juga mengakibatkan terjadinya vasospasme pembuluh darah serebral yang dapat menyebabkan terjadinya disfungsi otak global (penurunan kesadaran, sakit kepala) maupun fokal (hemiparesis, gangguan hemisensorik, afasia, dan lain-lain) (Muttaqin, 2008).

Selain dari dua klasifikasi di atas, terdapat jenis stroke lain yaitu *Transient Ischemic Attacks (TIA)*. TIA yang biasa disebut dengan *mini strokes* merupakan gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja dan gejala yang timbul akan

hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam (Muttaqin, 2008). Kondisi yang terjadi pada TIA yaitu dimana bagian otak mengalami kehilangan fungsinya sementara atau temporer dikarenakan adanya gangguan singkat pada aliran darah otak lokal, berlangsung kurang dari 24 jam. Pencegahan stroke sangat krusial atau penting sekali untuk yang terkena TIA meskipun tidak menimbulkan kecacatan yang permanen tetapi hal ini merupakan sebuah tanda peringatan yang sangat dari stroke yang akan datang (Silva, *et al.*, 2014).

### 3. Faktor Risiko

Faktor risiko stroke dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu:

#### a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi merupakan faktor yang berupa karakteristik atau sifat pada seseorang yang dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya suatu penyakit tertentu. Faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi yaitu faktor yang berupa karakteristik atau sifat pasien yang tidak dapat diubah. Contoh dari faktor ini yaitu usia, jenis kelamin, berat badan lahir rendah, ras, suku, dan faktor genetik (Williams, *et al.*, 2010).

#### b. Faktor yang dapat dimodifikasi

Faktor yang dapat dimodifikasi terdiri dari tingkatan pertama dan kedua. Tingkat pertama faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi, diurutkan dari tingkat banyaknya kejadian yaitu hipertensi, diabetes mellitus, merokok, fibrilasi atrium dan disfungsi ventrikel kiri. Tingkatan

kedua yaitu terdiri dari kolesterol, hiperlipidemia, asimtomatik karotid stenosis, *sickle cell disease*, terapi hormon esterogen, diet, obesitas, alkohol, migrain, dan hiperkoagulasi. Kebanyakan dari faktor risiko yang tingkatan kedua ini, memiliki hubungan dengan pengembangan faktor risiko tingkat pertama, misalnya obesitas merupakan faktor risiko untuk terjadinya hipertensi dan diabetes (Williams, *et al.*, 2010).

Faktor risiko yang umumnya menyebabkan stroke yaitu tekanan darah tinggi (hipertensi). Tekanan darah tidak boleh melebihi 140/90 mmHg. Tekanan darah yang tinggi akan menyebabkan tingginya tekanan di dinding arteri sehingga bisa menyebabkan bocornya arteri otak, bahkan ruptur pada arteri otak yang akan mengakibatkan terjadinya stroke hemoragik. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan stroke iskemik yang dikarenakan oleh adanya *atherosclerosis* (Silva, *et al.*, 2014).

#### 4. Tanda dan Gejala Stroke

WHO (2016) menjelaskan bahwa gejala umum yang terjadi pada stroke yaitu wajah, tangan atau kaki yang tiba-tiba kaku atau mati rasa dan lemah, dan biasanya terjadi pada satu sisi tubuh saja. Gejala lainnya yaitu pusing, kesulitan bicara atau mengerti perkataan, kesulitan melihat baik dengan satu mata maupun kedua mata, sulit berjalan, kehilangan koordinasi dan keseimbangan, sakit kepala yang berat dengan penyebab yang tidak diketahui, dan kehilangan kesadaran atau pingsan. Tanda dan gejala yang

terjadi tergantung pada bagian otak yang mengalami kerusakan dan seberapa parah kerusakannya itu terjadi.

Serangan stroke dapat terjadi secara mendadak pada beberapa pasien tanpa diduga sebelumnya. Stroke bisa terjadi ketika pasien dalam kondisi tidur dan gejalanya baru dapat diketahui ketika bangun. Gejala yang dimiliki pasien tergantung pada bagian otak mana yang rusak. Tanda dan gejala yang umumnya terjadi pada stroke atau TIA yaitu wajah, lengan, dan kaki dari salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan dan atau kaku atau mati rasa, kesulitan berbicara, masalah pada penglihatan baik pada satu ataupun kedua mata, mengalami pusing berat secara tiba-tiba dan kehilangan keseimbangan, sakit kepala yang sangat parah, bertambah mengantuk dengan kemungkinan kehilangan kesadaran, dan kebingungan (Silva, *et al.*, 2014).

## 5. Dampak Stroke

Dampak yang umum terjadi setelah seseorang terkena stroke yaitu masalah pada bagian fisiknya seperti kelemahan, mati rasa, dan kaku. Masalah fisik lainnya yang dapat terjadi karena stroke yaitu *dysphagia*, *fatigue* (kekurangan energi atau kelelahan), *foot drop* (ketidakmampuan untuk mengangkat bagian depan kaki), hemiparesis, inkontinensia, nyeri, kelumpuhan atau paralisis, kejang dan epilepsi, masalah tidur, spasme otot pada tangan dan kaki, dan masalah pada penglihatan. Stroke juga menimbulkan dampak pada emosional seperti terjadinya depresi dan *pseudobulbar affect* (PBA), dan dampak pada proses berpikir dan rasa ingin

tahu pasien yaitu *aphasia*, kehilangan memory, dan *vascular dementia* (*National Stroke Association*, 2016).

Stroke akan menimbulkan kecacatan pada seseorang setelah terkena stroke. Cacatan yang ditimbulkan tergantung dari otak bagian mana yang terserang dan seberapa parah kerusakan yang dialami. Seseorang yang terkena stroke juga akan menimbulkan dampak seperti paralisis dan sukar mengontrol pergerakan, gangguan sensoris dan nyeri, *aphasia* (masalah dengan berbahasa), masalah dengan perhatian dan ingatan, dan gangguan emosi (Silva, *et al.*, 2014).

## 6. Penatalaksanaan Stroke

### a. Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intrakranial, atasi syok, mengontrol tekanan rerata arterial, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intrakranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan *Computerized Tomography* untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan (Affandi & Reggy, 2016).

Berdasarkan Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) (2011) penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien stroke yang disertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang untuk pasien stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto *rontgen* dada dan *CT Scan*.

b. Terapi farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi yang bisa dilakukan untuk pasien stroke yaitu pemberian cairan hipertonis jika terjadi peninggian tekanan intra kranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak (*Blood-brain Barrier*), diuretika (asetazolamid atau furosemid) yang akan menekan produksi cairan serebrospinal, dan steroid (deksametason, prednison, dan metilprednisolon) yang dikatakan dapat mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi dan Reggy, 2016). Pilihan pengobatan stroke dengan menggunakan obat yang biasa direkomendasi untuk penderita stroke iskemik yaitu *tissue*

*plasminogen activator* (tPA) yang diberikan melalui intravena. Fungsi tPA ini yaitu melarutkan bekuan darah dan meningkatkan aliran darah ke bagian otak yang kekurangan aliran darah (*National Stroke Association*, 2016).

Penatalaksanaan farmakologi lainnya yang dapat digunakan untuk pasien stroke yaitu aspirin. Pemberian aspirin telah menunjukkan dapat menurunkan risiko terjadinya *early recurrent ischemic stroke* (stroke iskemik berulang), tidak adanya risiko utama dari komplikasi hemoragik awal, dan meningkatkan hasil terapi jangka panjang (sampai dengan 6 bulan tindakan lanjutan). Pemberian aspirin harus diberikan paling cepat 24 jam setelah terapi trombolitik. Pasien yang tidak menerima trombolisis, penggunaan aspirin harus dimulai dengan segera dalam 48 jam dari onset gejala (*National Medicines Information Centre*, 2011).

### c. Tindakan bedah

Penatalaksanaan stroke yang bisa dilakukan yaitu dengan pengobatan pembedahan yang tujuan utamanya yaitu memperbaiki aliran darah serebri contohnya endosterektomi karotis (membentuk kembali arteri karotis), revaskularisasi, dan ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma (Muttaqin, 2008). Prosedur *carotid endarterectomy*/ endosterektomi karotis pada semua pasien harus dilakukan segera ketika kondisi pasien stabil dan sesuai untuk dilakukannya proses pembedahan. Waktu ideal dilakukan tindakan

pembedahan ini yaitu dalam waktu dua minggu dari kejadian (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008*).

Tindakan bedah lainnya yaitu *decompressive surgery*. Tindakan ini dilakukan untuk menghilangkan *haematoma* dan meringankan atau menurunkan tekanan intra kranial. Tindakan ini menunjukkan peningkatan hasil pada beberapa kasus, terutama untuk stroke pada lokasi tertentu (contohnya *cerebellum*) dan atau pada pasien stroke yang lebih muda (< 60 tahun) (*National Medicines Information Centre, 2011*).

d. Penatalaksanaan medis lain

Penatalaksanaan medis lainnya menurut PERDOSSI (2011) terdiri dari rehabilitasi, terapi psikologi jika pasien gelisah, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian anti muntah dan analgesik sesuai indikasi, pemberian H<sub>2</sub> antagonis jika ada indikasi perdarahan lambung, mobilisasi bertahap ketika kondisi hemodinamik dan pernapasan stabil, pengosongan kandung kemih yang penuh dengan katerisasi *intermittent*, dan *discharge planning*. Tindakan lainnya untuk mengontrol peninggian tekanan intra kranial dalam 24 jam pertama yaitu bisa dilakukan tindakan hiperventilasi. Pasien stroke juga bisa dilakukan terapi hipotermi yaitu melakukan penurunan suhu 30-34°C. Terapi hipotermi akan menurunkan tekanan darah dan metabolisme otak, mencegah dan mengurangi edema otak, serta menurunkan tekanan intra kranial sampai hampir 50%, tetapi hipotermi berisiko terjadinya aritmia dan fibrilasi ventrikel bila suhu di

bawah 30°C, hiperviskositas, *stress ulcer*, dan daya tahan tubuh terhadap infeksi menurun (Affandi & Reggy, 2016).

e. Tindakan Keperawatan

Perawat merupakan salah satu dari tim multidisipliner yang mempunyai peran penting dalam tindakan pengobatan pasien stroke ketika dalam masa perawatan pasca stroke. Tujuan dari perawatan pasca stroke sendiri yaitu untuk meningkatkan kemampuan fungsional pasien yang dapat membantu pasien menjadi mandiri secepat mungkin, untuk mencegah terjadinya komplikasi, untuk mencegah terjadinya stroke berulang, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan pasca stroke berfokus kepada kebutuhan holistik dari pasien dan keluarga yang meliputi perawatan fisik, psikologi, emosional, kognitif, spritual, dan sosial. Perawat berperan memberikan pelayanan keperawatan pasca stroke seperti mengkaji kebutuhan pasien dan keluarga untuk *discharge planning*; menyediakan informasi dan latihan untuk keluarga terkait perawatan pasien di rumah seperti manajemen *dysphagia*, manajemen nutrisi, manajemen latihan dan gerak, dan manajemen pengendalian diri; kemudian perawat juga memfasilitasi pasien dan keluarga untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi; dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga (Firmawati, 2015).

## **B. Kepatuhan Rehabilitasi**

Kepatuhan yaitu istilah yang digunakan untuk menjelaskan ketaatan terhadap tujuan yang telah ditentukan (Tumenggung, 2013). Kepatuhan

rehabilitasi dapat diartikan suatu tindakan perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan rehabilitasi sesuai ketentuan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan penderita stroke dalam menjalani rehabilitasi merupakan perilaku yang sangat menunjang status kesembuhan mereka (Chaira, 2015). Rehabilitasi medik pada penderita stroke merupakan tindakan untuk memperbaiki fungsi kognitif, motorik, wicara, dan fungsi lainnya yang terganggu, serta adaptasi kembali sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial, dan melatih penderita agar dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-harinya (Sundah, dkk., 2014).

Tombakan, dkk. (2015) menjelaskan bahwa kepatuhan seseorang dalam menjalani pengobatan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor petugas, faktor obat, dan faktor penderita. Faktor petugas merupakan karakteristik dari seorang petugas seperti tingkat pengetahuan, lamanya bekerja, jenis petugas, dan frekuensi penyuluhan yang dilakukan. Faktor obat meliputi adanya efek samping obat, waktu yang lama, serta pengobatan yang dilakukan tidak menunjukkan kearah penyembuhan. Sedangkan faktor penderita yaitu jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan dukungan anggota keluarga. Ketiga faktor yang sudah dijelaskan tersebut berarti dapat mempengaruhi apakah seseorang patuh atau tidak dalam menjalani pengobatan.

Kepatuhan penderita stroke itu sendiri dapat dilihat dari tindakan rehabilitasi yang diikuti. Tindakan rehabilitasi stroke dapat dibedakan menjadi beberapa fase, yaitu:

### 1. Fase akut

Kondisi hemodinamik pasien belum stabil, umumnya dilakukan saat perawatan di rumah sakit yaitu di ruang gawat biasa ataupun di unit stroke. Rehabilitasi fase akut dilakukan pada 2 minggu pertama pasca serangan stroke (Wirawan, 2009). Program pada fase ini dijalankan oleh tim, biasanya dimulai aktif sesudah prosesnya stabil yaitu sesudah 24-72 jam sesudah serangan, kecuali terjadi perdarahan (Purwanti & Arina, 2008). Tujuan rehabilitasi fase akut ini yaitu untuk mempertahankan integritas kulit, mencegah pola postur, mencegah pemendekan otot dan kekakuan sendi, mengatasi gangguan fungsi menelan dan gangguan komunikasi, mencegah gangguan kardiorespirasi, mengatasi gangguan fungsi miksi dan defikasi, dan stimulasi multisensoris. Rehabilitasi fase akut yaitu meliputi manajemen disfagia, manajemen afasia, pencegahan *pressure ulcer*, pencegahan jatuh, pencegahan nyeri dan deprivasi sensori, dan pencegahan nyeri serta *Deep Vein Thrombosis* (DVT) (Fuath, 2015).

### 2. Fase subakut

Kondisi hemodinamik pasien pada fase subakut umumnya sudah stabil dan diperbolehkan untuk kembali ke rumah, kecuali pasien yang memerlukan penanganan rehabilitatif yang intensif. Pada fase ini rehabilitasi dilakukan antara 2 minggu sampai dengan 6 bulan pada pasca stroke (Wirawan, 2009). Tim rehabilitasi disini berusaha mencegah timbulnya *hemiplegic posture* dengan cara pengaturan posisi dan stimulasi sesuai kondisi klien (Purwanti & Arina, 2008). Tujuan rehabilitasi pada fase

subakut yaitu untuk mengoptimalkan pemulihan neurologis dan reorganisasi saraf, melanjutkan terapi fase akut, terapi latihan dan terapi kelompok untuk meningkatkan kualitas hidup dan konsep diri, konseling manajemen diri dan emosi, serta konseling terapi seksual sebagai dampak disabilitas (Fuath, 2015). Latihan pada fase subakut ini yaitu meliputi latihan berdiri dan berjalan, latihan ketahanan (berlatih melempar bola masuk kekeranjang, main catur, *bowling* kecil, dan mengayuh sepeda statik), terapi kognitif, latihan mengeja dan berbicara, dan terapi latihan dengan modalitas seperti *electrical stimulation* (Wirawan, 2009).

### 3. Fase kronis

Program latihan atau rehabilitasi untuk fase kronis berlangsung diatas 6 bulan pasca stroke. Latihan yang dilakukan yaitu latihan endurans dan penguatan otot yang dilakukan bertahap dan terus ditingkatkan sampai pasien dapat mencapai aktivitas aktif yang optimal (Wirawan, 2009). Tujuan dari program latihan fase kronis ini yaitu untuk mengoptimalkan kemampuan fungsional pasien, mempertahankan kemampuan fungsional yang telah dicapai, mengoptimalkan kualitas hidup pasien, dan mencegah komplikasi. Latihan fase kronis yaitu meliputi *Locomotor Training Program* yang terdiri dari latihan berjalan *di treadmill* dan *Home Exercise Program* yang terdiri dari latihan kekuatan, latihan keseimbangan, latihan berjalan setiap hari (Fuath, 2015).

## **C. Dukungan Keluarga**

### **1. Definisi Dukungan Keluarga**

Dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga berperan penting dalam proses kesembuhan pasien stroke yang mana pasien stroke sangat membutuhkan dorongan keluarga baik untuk terapi maupun pengobatan penderita. Dukungan yang diberikan dapat berupa kasih sayang, perhatian, motivasi, dan semangat hidup (Rhomadona, dkk., 2014). Dukungan keluarga dapat diartikan sebagai semua bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada salah satu anggota keluarga yang sakit yaitu anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Tumenggung, 2013). Penggunaan dukungan keluarga sendiri mempunyai dampak pada kesehatan fisik dan mental anggota keluarga bahkan rendahnya dukungan keluarga yang diberikan secara konsisten berhubungan dengan meningkatnya angka kesakitan dan kematian (Saputera, dkk., 2015).

### **2. Jenis Dukungan Keluarga**

#### **a. Dukungan informatif**

Dukungan informatif keluarga yaitu bantuan berupa pengetahuan, saran, petunjuk, nasihat, umpan balik, atau instruksi, sehubungan dengan kejadian yang dialami seseorang (Saputera, dkk., 2015). Fungsi keluarga dalam dukungan informatif yaitu sebagai sebuah kolektor dan penyebar tentang dunia. Keluarga disini berperan untuk memberikan informasi terkait penyakit yang diderita oleh salah satu anggota keluarganya.

Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasihat, petunjuk, saran, usulan, dan pemberian informasi (Susanti & Tri, 2013).

b. Dukungan penilaian atau penghargaan

Dukungan penilaian yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, menengahi pemecahan masalah dan membimbing, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, perhatian, dan penghargaan (Susanti & Tri, 2013). Penghargaan yang diberikan keluarga yaitu berupa bantuan yang diberikan untuk membangun perasaan berharga dan memberikan nilai positif kepada orang tersebut ditengah keadaannya yang kurang mampu baik secara fisik maupun maupun (Saputera, dkk., 2015). Dukungan ini biasanya diberikan keluarga dalam bentuk motivasi serta penghargaan positif untuk setiap upaya yang pasien lakukan untuk dapat segera sembuh dari penyakitnya. Motivasi yang diberikan keluarga kepada pasien akan membantu pasien untuk tetap memandang positif setiap usahanya kembali ke kondisi sehat (Sunniati, 2014).

c. Dukungan emosional

Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai tempat aman dan damai untuk beristirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosi. Aspek-aspeknya meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, mendengarkan dan didengarkan, dan perhatian (Susanti & Tri, 2013). Dukungan emosional keluarga merupakan bantuan sosial yang melibatkan ungkapan empati, kepedulian,

dan perhatian yang memberikan rasa nyaman memiliki dan dicintai saat mengalami stres (Saputera, dkk., 2015). Bentuk dukungan emosional yang diberikan yaitu dapat berupa perhatian yang diberikan keluarga dalam bentuk kasih sayang dan membuat individu dalam keluarga meyakini bahwa mereka dicintai dan disayangi (Friedman, *et al.*, 2010).

d. Dukungan instrumental atau tambahan

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan yang praktis dan konkrit (Friedman, *et al.*, 2010). Keluarga disini memberikan pertolongan untuk membantu pasien yang menimbulkan perasaan dicintai dan diperhatikan dalam diri pasien, sehingga pasien merasa berharga walaupun dalam kondisi sakit. Keikutsertaan keluarga dalam memberikan bantuan secara *financial*, memberikan perawatan kesehatan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan keluarga, serta membantu menyediakan kebutuhan yang diperlukan pasien termasuk dalam bentuk dukungan tambahan keluarga (Sunniati, 2014). Contoh lainnya yaitu keluarga membantu dalam pemenuhan kebutuhan makan dan minum, istirahat, serta terhindarnya penderita dari kelelahan (Susanti & Tri, 2013).

3. Sumber Dukungan Keluarga

Sumber ialah semua atribut dan dukungan yang ada untuk digunakan oleh keluarga dalam kondisi kritis. Sumber ini terdiri dari tiga tingkatan yaitu tingkatan individu, unit keluarga, dan komunitas. Sumber dari individu yaitu berupa kecerdasan, pengetahuan dan keterampilan, sifat kepribadian,

kesehatan fisik, dan kesehatan emosional seperti harga diri atau rasa penguasaan. Sumber unit keluarga dapat mencakup organisasi, keterampilan dalam pengambilan keputusan, dan kemampuan resolusi-konflik. Sumber komunitas atau sumber dukungan sosial yaitu berasal dari kerabat atau teman dekat dan lembaga seperti layanan perawatan kesehatan yang ada di luar keluarga (Friedman, *et al.*, 2010).

#### 4. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi seseorang yang sedang mengalami sakit. Seseorang yang mendapatkan dukungan keluarga akan membuat mereka menjadi lebih semangat dalam menghadapi penyakitnya. Seseorang yang memiliki dukungan keluarga juga dapat mencegah berkembangnya masalah karena tekanan yang dihadapi sehingga seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi akan lebih berhasil mengatasi dan menghadapi suatu masalah dibanding dengan seseorang yang tidak memiliki dukungan keluarga (Hayulita & Desti, 2014).

Penggunaan dukungan keluarga juga memberikan dampak pada kesehatan fisik dan mental anggota keluarganya bahkan rendahnya dukungan keluarga yang diberikan secara konsisten berhubungan dengan meningkatnya angka kesakitan dan kematian individu. Individu dengan dukungan keluarga tinggi lebih cenderung untuk mempertahankan dan mengadopsi perilaku kesehatan yang baru daripada individu yang tidak memiliki dukungan keluarga untuk mengubah perilaku kesehatannya. Dukungan keluarga yang diberikan akan bermanfaat dalam memotivasi

klien untuk mengubah perilaku kesehatannya menjadi lebih baik (Saputera, dkk., 2015).

#### 5. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Purnawan (2008) menjelaskan bahwa dukungan keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari pendidikan dan tingkat pengetahuan, tahap perkembangan, faktor emosional, dan faktor spiritual. Tahap perkembangan artinya dukungan dapat ditentukan oleh rentang usia (bayi-lansia) yang memiliki pemahaman dan respon kesehatan yang berbeda-beda.

Pendidikan dan tingkat pengetahuan ialah suatu keyakinan terhadap adanya dukungan yang terbentuk oleh intelektual yang terdiri dari latar belakang pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif seseorang akan membentuk cara berpikir orang tersebut. Cara berpikir seseorang akan membuat orang tersebut mampu untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuannya tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan tubuhnya.

Faktor emosional mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang cenderung mengalami respon stres terhadap perubahan hidupnya misal bereaksi pada berbagai tanda sakit, respon orang tersebut akan cenderung khawatir bahwa penyakit tersebut dapat membahayakan hidupnya. Seseorang yang secara umum sangat tenang sebaliknya akan mempunyai respon emosional yang kecil selama sakit. Seseorang yang tidak mampu untuk melakukan koping secara

emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal bahwa adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau untuk menjalani pengobatan.

Faktor spiritual merupakan bagaimana cara seseorang menjalani kehidupannya. Spiritual ini mencakup keyakinan dan nilai yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan dalam mencari harapan dan arti kehidupan. Kondisi spiritual seseorang akan mempengaruhi bagaimana seseorang dalam mencari dukungan dari orang terdekatnya.

Faktor eksternal yang mempengaruhi dukungan keluarga meliputi praktik di keluarga, faktor sosial ekonomi, dan latar belakang budaya. Praktik di keluarga yaitu bagaimana dukungan yang diberikan keluarga biasanya mempengaruhi penderita dalam melaksanakan tugasnya. Contohnya klien akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal sama. Contoh lainnya yaitu anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan rutin, maka saat dia mempunyai anak dia akan melakukan hal yang sama.

Faktor sosial ekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang dalam mengartikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Adanya kelompok sosial ini akan mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan membuat

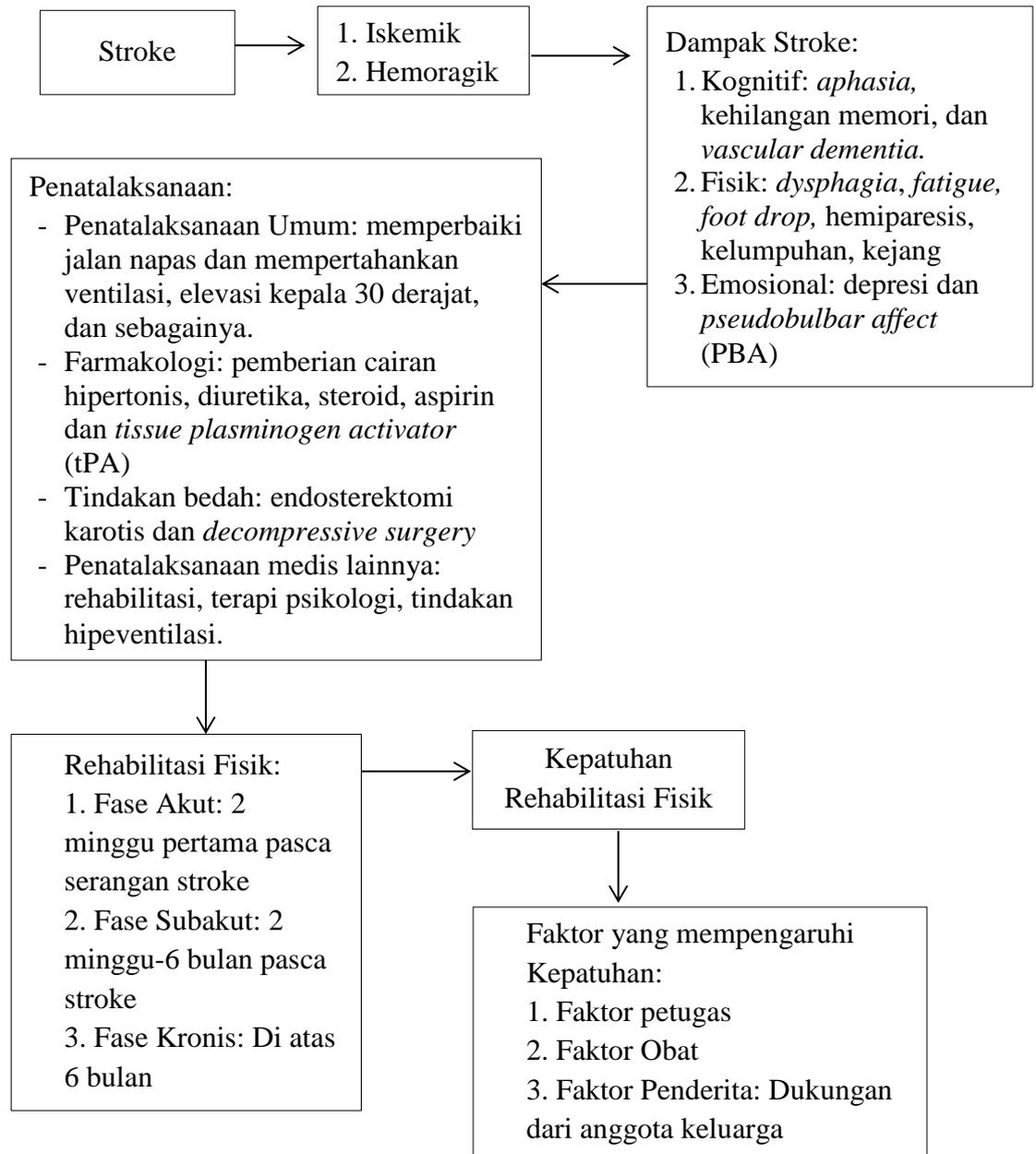
orang tersebut lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, sehingga dia akan segera mencari pertolongan saat merasa ada gangguan dengan kesehatannya. Latar kebudayaan seseorang juga mempengaruhi nilai, keyakinan, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi. Kebudayaan yang masih menganut kepercayaan kepada dukun akan membuat seseorang tersebut untuk meminta pertolongan untuk pengobatan ke seorang dukun.

Nor, dkk. (2014) menjelaskan bahwa faktor lainnya yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain yaitu umur, pendidikan, dan pekerjaan. Semakin seseorang cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam bekerja dan berpikir. Usia dewasa memiliki pemahaman dan respon terhadap dukungan keluarga yang lebih baik yang akan menimbulkan perubahan kesehatan yang optimal terkait pertumbuhan dan perkembangannya. Pendidikan yang rendah akan cenderung membuat bentuk dukungan keluarga yang diberikan rendah pula karena pendidikan mempengaruhi terbentuknya keyakinan seseorang terhadap suatu dukungan.

Faktor pekerjaan biasa dipandang sebagai status sosial di masyarakat, semakin rendah bentuk pekerjaan semakin buruk tingkat perekonomian yang didapat keluarga. Tingkat perekonomian akan mempengaruhi tingkat dukungan yang diberikan keluarga misalnya keluarga yang bekerja sebagai petani. Bekerja sebagai petani akan membuat keluarga tidak bisa maksimal dalam memberikan dukungan karena keluarga yang bekerja sebagai petani

akan terikat oleh waktu dan tanggung jawab atas pekerjaan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

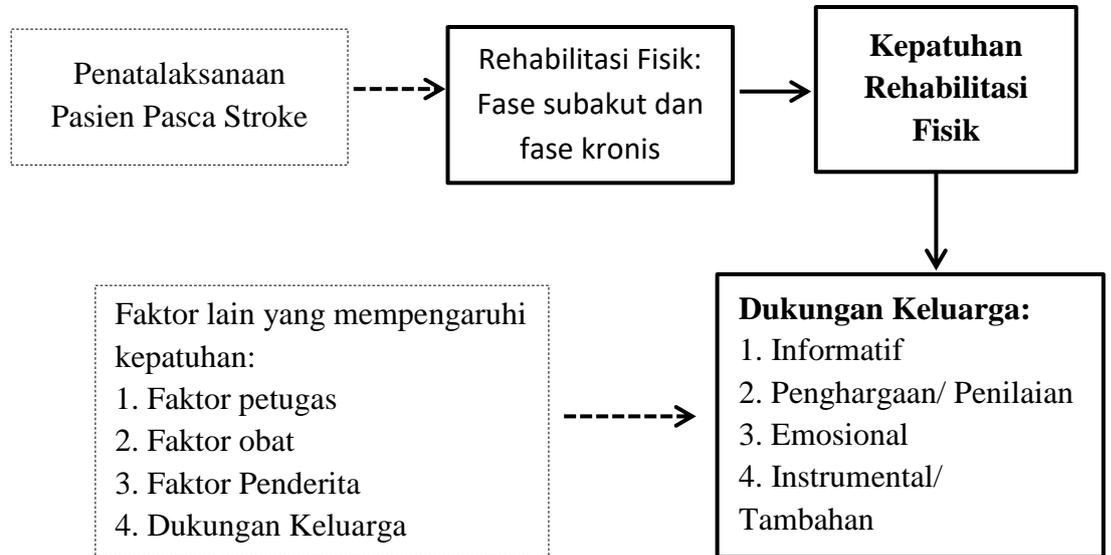
## D. Kerangka Teori



Sumber: Affandi dan Reggy (2016); *National Stroke Association* (2016); *National Medicines Information Centre* (2011); PERDOSSI (2011); *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2008); Wirawan (2009); Tombakan, dkk(2015).

**Gambar 1. Kerangka Teori**

### E. Kerangka Konsep



**Gambar 2 Kerangka Konsep**

#### Keterangan:

-----> : tidak diteliti

————> : diteliti

□ : tidak diteliti

□ : diteliti

### F. Hipotesis

H0: Tidak ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan rehabilitasi fisik pasien stroke.

H1: Ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan rehabilitasi fisik pasien stroke.