

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Stroke

a. Definisi Stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (WHO, 2014). Stroke merupakan suatu keadaan yang muncul karena adanya gangguan vaskularisasi di otak sehingga terjadi kematian jaringan otak yang berdampak kelumpuhan atau kematian (Sobirin, Husna & Sulistyawan, 2015). Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008).

Berdasarkan pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan keadaan klinis terjadi akibat adanya gangguan perdarahan di otak sehingga menyebabkan hilangnya sebagian fungsi otak yang dapat menimbulkan kelumpuhan.

b. Klasifikasi Stroke

Berdasarkan penyebab, stroke diklasifikasikan menjadi :

1) Stroke hemoragi

Stroke hemoragi merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak (AHA, 2015). Perdarahan intra serebral dapat terjadi di jaringan otak yaitu di parenkim, ruang subarahnoid, subdural atau epidural. Stroke jenis ini biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa terjadi saat istirahat (Yuniarsih, 2010).

2) Stroke iskemik

Stroke iskemik sebagian besar merupakan komplikasi dari penyakit vaskuler, yang ditandai dengan gejala penurunan tekanan darah yang mendadak, takikardi, pucat, pernapasan tidak teratur (Sobirin, Husna & Sulistyawan, 2015). Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak dengan adanya sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015).

c. Penyebab Stroke

Menurut Smeltzer dan Bare (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian di bawah ini, yaitu:

- 1) Trombosis yaitu bekuan darah yang terjadi di dalam pembuluh darah otak atau leher. Secara umum penyebab terjadinya stroke yaitu trombosis dan arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama terjadinya trombosis. Biasanya trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba,

dan kehilangan kemampuan berbicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

- 2) Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau benda asing lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri pada otak di bagian tengah atau arteri perifer di otak yang merusak sirkulasi serebral (Valente *et al*, 2015).
- 3) Iskemia yaitu menurunnya laju aliran darah di otak yang menyebabkan bagian otak mengalami penurunan pasokan darah. Iskemia terutama karena terjadi vasokonstriksi pada pembuluh darah arteri yang menyuplai darah ke otak (Valente *et al*, 2015).
- 4) Hemoragi serebral yaitu terjadinya perdarahan di jaringan otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.

d. Faktor Risiko Stroke

Menurut Dinata (2013) faktor resiko terjadinya stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi atau yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi atau tidak dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi usia dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah adalah hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia. Faktor risiko tertinggi terjadi pada hipertensi dengan

kejadian stroke hemoragi sedangkan kejadian stroke iskemik tertinggi berdasarkan faktor risiko pasien dengan kadar gula darah yang meningkat (Dinata, 2013).

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor-faktor tersebut antara lain faktor genetik, ras, usia, jenis kelamin dan riwayat stroke sebelumnya (AHA, 2015). Faktor genetik berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga penderita stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke, ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (AHA, 2015). Jenis kelamin wanita dan berusia di atas 50 tahun memiliki faktor risiko lebih tinggi terjadinya stroke dibandingkan laki-laki (Dinata, 2013).

Wanita berisiko tinggi stroke berhubungan dengan perubahan hormonal yang terjadi saat kehamilan, kelahiran dan menopause. Penggunaan pil KB serta terapi hormonal post-menopause juga dapat meningkatkan risiko tinggi kejadian stroke pada wanita (Gunaratne, 2012). Selain itu menurut Sari (2014), pasien yang menderita stroke sebagian besar berusia 46-65 tahun. Hal ini terjadi karena melemahnya fungsi tubuh secara menyeluruh terutama fleksibilitas pembuluh darah. Proses penuaan sel terjadi bersamaan dengan

pertambahan usia dan riwayat penyakit yang diderita oleh orang tua meningkatkan risiko stroke di masa tua (Lingga, 2013).

2) Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor-faktor tersebut meliputi hipertensi, diabetes mellitus dan dislipidemia (Dinata, 2013). Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak, sedangkan penyempitan pembuluh darah dapat mengurangi suplai darah otak dan menyebabkan kematian sel-sel otak (Junaidi, 2011). Selain itu hipertensi merupakan faktor risiko tertinggi terjadinya stroke (AHA, 2015). Diabetes mellitus atau peningkatan kadar gula dalam darah menyebabkan terjadinya pengentalan pada darah sehingga menghambat aliran darah ke otak (Wang, 2005).

Kolesterol dalam tubuh dibentuk menjadi dua bagian yaitu LDL dan HDL. LDL atau biasa disebut kolesterol jahat yang membawa kolesterol dari hati ke sel, sedangkan HDL biasa disebut kolesterol baik yang membawa kolesterol dari sel ke hati. Jika kadar LDL yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya *atherosclerosis* (pengerasan pada dinding pembuluh darah arteri) yang biasanya organ yang menjadi sasaran dari adanya atherosklerosis adalah organ jantung, ginjal dan otak. Apabila terjadi *atherosclerosis* pada otak dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke. Berbanding terbalik dengan kolesterol LDL, jika kadar HDL rendah dapat meningkatkan risiko penyakit jantung

koroner dan stroke. Selain itu rendahnya kadar HDL dapat memicu terjadinya atherogenik (pembentukan plak di dinding pembuluh darah arteri) yang dapat berakibat terjadinya stroke (Asanti & Pinzon, 2010).

e. Tanda dan Gejala Stroke

Menurut CDC tahun 2015 terdapat tanda pasti serangan stroke akut yang perlu diketahui, antara lain:

- a. Kelemahan dan mati rasa secara mendadak pada wajah dan lengan dan/atau tungkai pada salah satu sisi tubuh.
- b. Sulit berbicara atau kesusahan memahami kata-kata secara mendadak.
- c. Kesulitan melihat pada salah satu atau kedua mata secara mendadak.
- d. Kesulitan saat berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan, dan sulit mengoordinasikan gerakan yang terjadi secara mendadak.
- e. Rasa sakit kepala yang parah yang tidak diketahui penyebabnya.

Pada serangan pertama atau akut perlu adanya pemeriksaan lanjutan dengan menggunakan pemeriksaan *Face, Arms, Speech* dan *Time* (FAST) untuk menegakkan diagnosa stroke (*Stroke Association, 2015*). Hal ini perlu karena setelah serangan pertama, individu tersebut hanya memiliki rentang waktu selama 3 jam agar dapat terdiagnosis stroke (CDC, 2015).

Berikut ini adalah cara melakukan pemeriksaan FAST:

- a. F – *Face* : instruksikan pasien untuk tersenyum. Kaji jika salah satu sisi wajah yang menurun

- b. *A – Arms* : instruksikan pasien untuk mengangkat kedua tangan dan ditahan untuk beberapa saat. Kaji jika pasien hanya mampu mengangkat salah satu tangannya.
 - c. *S – Speech* : instruksikan pasien untuk berbicara dan mengulang kalimat pemeriksa. Kaji jika pasien berbicara seperti orang cadel.
 - d. *T – Time* : catat waktu setiap kali gejala muncul.
- f. Dampak Stroke

Dampak-dampak dari serangan stroke antara lain adalah kelumpuhan, gangguan berkomunikasi, mengalami gangguan emosi, hilangnya indera perasa, nyeri, kehilangan kemampuan dasar, kehilangan sensasi berkemih dan buang air besar, dan kesulitan untuk makan (Lingga, 2013). Selain itu dampak terjadinya stroke yaitu depresi, kepikunan, gangguan gerak, nyeri, epilepsi, tulang kropos, dan gangguan menelan (Asanti & Pinzon, 2010). Dampaknya bahkan dengan ketidakmampuan pemenuhan *self care*.

2. *Self Care*

a. Definisi *Self Care*

Self care (perawatan diri) merupakan suatu upaya kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya (Asmadi, 2008). *Self care* adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh individu untuk berinisiatif dan berperilaku dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan (Irdawati & Muhlisin,

2010). *Self care* terdiri dari aktivitas yang dilakukan oleh individu untuk dirinya sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan.

Kebutuhan perawatan diri sifatnya umum bagi setiap manusia, karena berkaitan dengan proses kehidupan dan pemeliharaan struktur dan fungsi manusia. Kebutuhan perawatan diri jika dapat dilakukan secara efektif dan sesuai maka setiap individu tersebut dapat memberikan kontribusi bagi struktur dan fungsi perkembangan manusia terutama untuk dirinya sendiri.

Kemampuan individu merupakan kemampuan yang berhubungan dengan perkiraan dan tindakan untuk perawatan diri. Kemampuan ini dipengaruhi oleh usia, status perkembangan, pengalaman hidup, orientasi sosial-budaya, kesehatan, dan sumber daya yang tersedia (Asmadi, 2008). Selain itu menurut Irdawati dan Muhlisin (2010) yang mempengaruhi kemampuan individu dalam melakukan *self care* yaitu, sistem perawatan kesehatan, sistem keluarga, pola kehidupan, dan lingkungan.

b. *Komponen Self Care*

Kebutuhan *self care* dibagi menjadi tiga macam yaitu *universal*, *developmental*, dan *health deviation*.

- 1) *Universal* meliputi perawatan diri pada kebutuhan fisiologis dan psikososial (Hernilawati, 2013) seperti; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial,

pengecegan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi, manusia (Irdawati & Muhlisin, 2010).

2) *Development* yaitu perawatan diri untuk pemenuhan kebutuhan perkembangannya (Hernilawati, 2013) seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut (Irdawati & Muhlisin, 2010).

3) *Health deviation* yaitu perawatan diri diperlukan saat individu mengalami gangguan kesehatan (Hernilawati, 2013). Pada pasien stroke yang memiliki dampak yaitu kelumpuhan pada sebagian tubuh serta pada ekstremitas. Hal ini menyebabkan kebutuhan perawatan diri pasien stroke menjadi meningkat seperti kebutuhan toileting, mandi, makan dan sebagainya. Kondisi ini dapat di evaluasi melalui *Barthel Index*. *Barthel Index* memiliki beberapa koomponen *self care* didalamnya yaitu berjalan, berpakaian, berpindah tempat, menaiki dan menuruni tangga, pengontrolan BAB dan BAK, mandi, makan, dan kegiatan didalam kamar mandi. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Vanbelligen dkk (2016) dengan judul *The Responsiveness of the Lucerne ICF-Based Multidisciplinary Obesevation Scale: A Comparison with the Fuctional Independence Measure and the Barthel Index* menyatakan bahwa *Barthel Index* dapat digunakan

untuk mengukur *self care* dan mobility yang berisikan 10 item dalam dua atau empat level interpretasi.

Kebutuhan perawatan diri, menurut Orem yaitu pemeliharaan udara, air atau cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara solitud dan interaksi sosial, pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal (Asmadi, 2008).

c. *Deficit Self Care*

Defisit *self care* merupakan inti dari teori keperawatan yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui ilmu keperawatan serta kapan keperawatan diperlukan. Defisit perawatan diri yaitu suatu kondisi ketika seseorang tidak mampu atau tidak melakukan pemeliharaan terhadap dirinya sendiri sehingga diperlukan adanya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Asmadi, 2008). Selain itu perawat memiliki peran untuk memandirikan pasien sesuai tingkat ketegantungannya tidak untuk menjadikan pasien tidak mandiri. Hal ini sesuai dengan pendapat Orem bahwa *self care* merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari bukan ssuatu proses intuisi (Irdawati & Muhlisin, 2010).

Asuhan keperawatan berlaku pada saat kemampuan seseorang lebih kecil dibandingkan dengan kebutuhannya, maupun saat kebutuhan sebanding dengan kemampuannya tetapi ada kemungkinan terjadi penurunan kemampuan di masa datang yang nantinya tidak sesuai dengan kebutuhannya.

Menurut Orem ada lima metode bantuan dalam mengatasi defisit perawatan diri, yaitu

- 1) Bertindak untuk melakukan suatu untuk orang lain
- 2) Memberikan pengarahan dan petunjuk
- 3) Memberikan dukungan fisik serta psikis
- 4) Membentuk suasana lingkungan yang sesuai
- 5) Meningkatkan kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya saat ini dan masa depan serta mengajarkan.

Berdasarkan lima hal di atas maka diperlukan adanya kemampuan khusus bagi seorang perawat dalam memberikan bantuan perawatan pada klien. Menurut Orem berikut adalah aktivitas perawat dalam praktik keperawatan yang memenuhi lima area diatas, yaitu:

- 1) Membina dan membangun hubungan terapeutik antara perawat dan klien, keluarga maupun kelompok.
- 2) Menentukan kapan seseorang membutuhkan bantuan atau dapat dibantu.

- 3) Memerhatikan dan merespon permintaan, keinginan dan kebutuhan klien untuk mendapatkan bantuan (Asmadi, 2008)
- 4) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dengan keperawatan
- 5) Mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien serta pelayanan sosial dan edukasi sesuai dengan kebutuhan klien (Irdawati & Muhlisin, 2010).

3. Tingkat Kemandirian/kemandirian

Kemandirian adalah suatu keadaan di mana seseorang tidak bergantung pada orang lain dan tidak membutuhkan bantuan serta arahan secara penuh (Parker, 2005 ; Prihati, 2014). Keperawatan mandiri menurut Orem adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang digagas dan dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan demi mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Kemampuan untuk beraktivitas dalam memenuhi kebutuhan individu dengan mempertahankan kesehatan secara holistik yaitu bio, psiko, sosial dan spiritual (Khoiriyati, Muladi & Sagiran, 2016).

Menurut Mahoney dan Barthel dalam jurnal *functional evaluation: the Barthel Index* menjelaskan bahwa pasien dapat dinyatakan mandiri jika penilaian dengan menggunakan Indeks Barthel mendapatkan skor 100 yaitu pasien mampu makan sendiri dengan tanpa bantuan, memakai baju sendiri dengan tanpa bantuan, bangun dari tempat tidur dan kursi pasien

mampu dengan tanpa bantuan, mandi sendiri dengan tanpa bantuan, berjalan dengan tanpa bantuan, dan mampu menaiki maupun menuruni tangga dengan tanpa bantuan. Hal ini bukan berarti pasien boleh untuk tinggal sendiri di rumah namun ia mampu mengerjakan sendiri dengan tanpa adanya bantuan dari orang lain (Barthel & Mahoney, 1965).

4. Dukungan Keluarga

a. Definisi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam Hernilawati (2013) mendefinisikan dukungan sosial keluarga merupakan proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dukungan dari keluarga adalah unsur terpenting bagi seorang individu untuk membantu dalam menyelesaikan masalah, selain itu dukungan keluarga dapat memberikan rasa percaya diri serta memotivasi seseorang dalam menyelesaikan masalahnya (Stuart & Sundeen, 1995 ; Tamher & Noorkasiani, 2009). Dukungan keluarga diberikan sebagai bentuk bantuan dari anggota keluarga dengan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada anggota keluarga lain yang sedang sakit (Friedman, 2014).

b. Bentuk Dukungan Keluarga

Friedman (2014) dalam teorinya tentang dukungan sosial keluarga, ia mengelompokkan dukungan keluarga menjadi empat jenis yaitu:

1) Dukungan Emosional

Dukungan emosional yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga berupa memberikan rasa aman dan nyaman, memberikan dukungan simpatik dan empati, memberikan rasa cinta dan kepercayaan serta penghargaan. Tidak hanya itu memberikan tempat yang layak dan aman untuk istirahat dan pemulihan serta membantu dalam mengontrol emosi. Sehingga seseorang yang sedang mengalami permasalahan tidak merasa sendiri dalam menanggung beban permasalahannya namun masih ada orang lain yang dapat membantu dan meringankan permasalahannya serta mau mendengar tentang keluhannya (Hernilawati, 2013).

2) Dukungan Informasional

Pada dukungan informasional ini keluarga berperan sebagai yang mengumpulkan dan penyebar atau membagi informasi baik berupa informasi tentang kondisi kesehatan anggota keluarga yang sakit terkait perkembangannya, memberikan nasihat, penggarahan dan ide-ide atau informasi lain yang dibutuhkan serta seputar permasalahan dalam keluarga (Hernilawati, 2013).

3) Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan unsur utama dalam memberikan pertolongan praktis dan konkrit terutama pada dukungan instrumental, bantuan ini bertujuan untuk mempermudah dalam melakukan aktivitasnya sesuai

dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya seperti menyediakan sarana dan prasarana (Hernilawati, 2013).

4) Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan yaitu suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang pada pihak lain berdasarkan kondisi yang sebenarnya pada individu yang sakit. Penghargaan yang diberikan dapat berupa penghargaan positif dan negatif yang tentunya penghargaan memiliki nilai yang sangat berpengaruh bagi seseorang. Dukungan penghargaan yang diberikan oleh keluarga memiliki peran sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi dalam menyelesaikan masalah (Hernilawati, 2013).

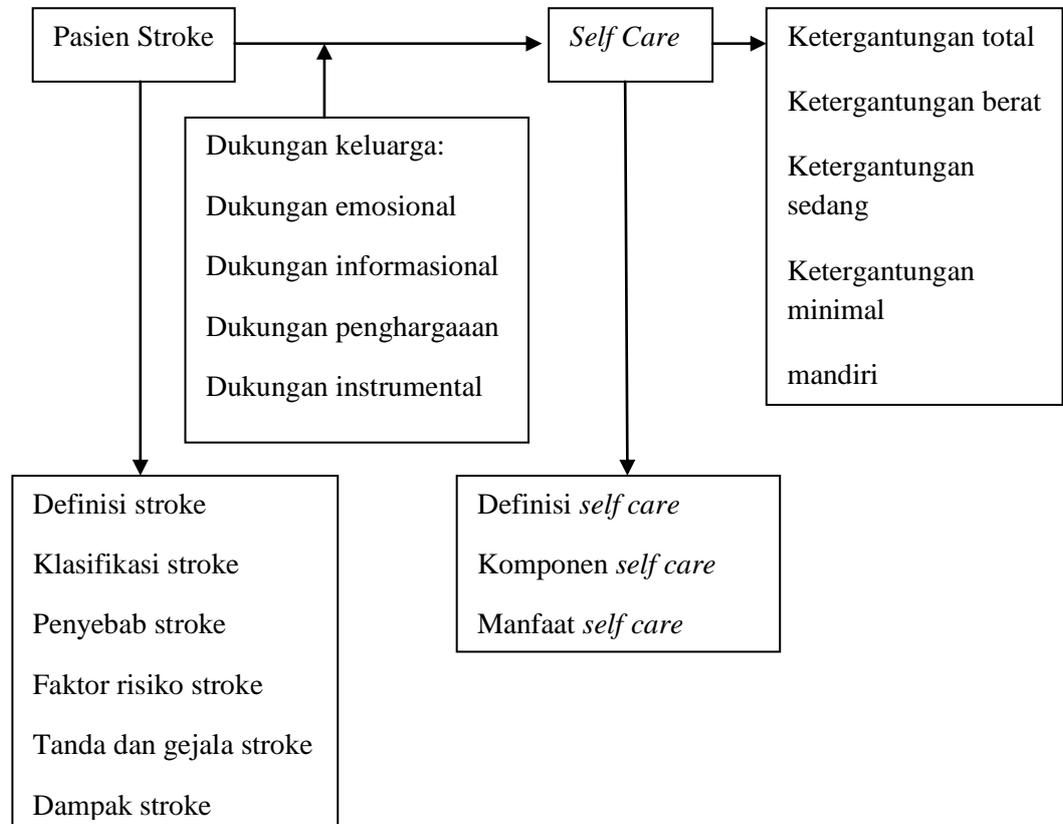
c. Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010). Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi keyakinan dan nilai kesehatan seorang individu, selain itu keluarga juga dapat memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit (Sarafino, 2006 ; Nurmawan, 2016). Manfaat adanya dukungan keluarga yaitu menekan munculnya stressor terutama pada dukungan informasional, ketika keluarga menyampaikan informasi tentang perkembangan penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang sakit

keluarga dapat menyumbangkan rasa kepercayaan diri dan meningkatkan motivasinya untuk menjadi sehat (Nurmawan, 2016).

Besar kecilnya dukungan keluarga yang diberikan pada pasien selama proses penyembuhan memiliki pengaruh yang sebanding terutama dalam hal memotivasi untuk sehat bahkan untuk hidup (Siboro, 2014). Selain itu dukungan keluarga dapat menurunkan gejala depresi pasien, meningkatkan kemampuan adaptasi dari kognitif termasuk meningkatkan optimisme, mengurangi kesepian dan meningkatkan kemampuan diri dalam hal mengelola penyakitnya. Adanya dukungan keluarga secara tidak langsung pasien telah menurunkan resiko terjadinya komplikasi dan meningkatkan kualitas hidupnya (Rahmawati, Setiawan & Solehati, 2015). Menurut Setiadi (2008) dalam Putranti (2016) efek dukungan keluarga yang adekuat berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi serta pasien lebih mudah menerima keadaan sakitnya sehingga menurunkan tingkat stresnya.

B. Kerangka Teori

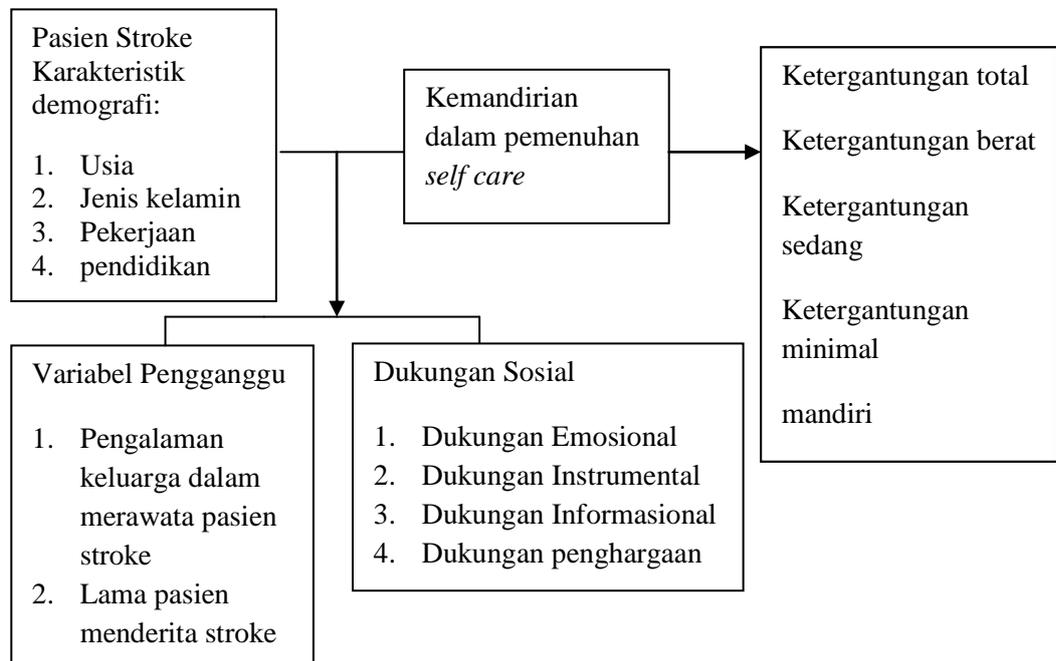


Sumber :

Irdawati & Muhlisin. (2010). *Teori self care dari orem dan pendekatan dalam praktek keperawatan*.

Callaghan, RN. & Donna, M. (2003). *Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency*

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta.
2. Terdapat hubungan dukungan informasional keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.
3. Terdapat hubungan dukungan penghargaan keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.
4. Terdapat hubungan dukungan instrumental keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.

5. Terdapat hubungan dukungan emosional keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.