

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Wilayah Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Yogyakarta atau yang biasa dikenal dengan Rumah Sakit Yogya atau RSUD Wirosaban adalah rumah sakit milik pemerintah Kota Yogyakarta yang berlokasi di Jl. Wirosaban No. 1 Yogyakarta. RSUD Kota Yogyakarta memiliki visi yaitu terwujudnya pelayanan prima dan menjadi pilihan utama masyarakat. Misinya yaitu mewujudkan pelayanan dengan standar profesi tertinggi berbasis keselamatan pasien, sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan; meningkatkan kompetensi dan kinerja pegawai secara berkesinambungan; mewujudkan Rumah Sakit Pendidikan, wahana penelitian, pelatihan dan pengembangan; membangun Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit yang handal; mewujudkan manajemen yang efektif dan efisien dalam iklim kerja yang terintegrasi dan kondusif dan ikut mewujudkan Yogyakarta sebagai kota berwawasan lingkungan sehat.

RSUD Kota Yogyakarta adalah rumah sakit yang memiliki berbagai pelayanan pokok, dua diantaranya yaitu rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan rawat inap dibagi menjadi beberapa ruang sesuai dengan kelas, kebutuhan dan biaya yang dimiliki oleh pasien. Ruangan yang ditawarkan bermacam-macam yaitu kelas VIP, ruang perawatan kelas I, kelas II dan kelas III. Begitu pula dengan rawat jalan, RSUD Kota Yogyakarta

menyediakan beberapa poli untuk rawat jalan yang disesuaikan dengan jenis penyakit yang diderita pasien salah satunya yaitu poli saraf. Poli saraf adalah poli atau klinik yang menyediakan pemeriksaan, diagnosis, observasi, pengobatan serta rehabilitasi untuk pasien yang salah satunya yaitu pasien stroke. RSUD Kota Yogyakarta memiliki pelayanan khusus bagi pasien stroke seperti fisioterapi, terapi wicara, ocupasi terapi dan rehabilitasi pasca stroke. Hasil pengamatan dibangsal rawat inap Dahlia dan Edelwise II serta dirawat jalan poli saraf RSUD Kota Yogyakarta didapatkan bahwa dalam melakukan perawatan pada pasien stroke keluarga sering dilibatkan oleh perawat hal ini ditunjukkan dengan pengetahuan mengenai cara perawatan diri bagi pasien stroke terutama pasien dengan kelemahan.

RSUD Kota Yogyakarta juga merupakan rumah sakit yang memfasilitasi rawat inap dan rawat jalan bagi pasien dengan menggunakan jaminan kesehatan seperti BPJS. Rumah sakit dengan tipe B termasuk dalam kelompok fasilitas kesehatan (FasKes) tingkat 2 dalam sistem rujukan bagi pasien BPJS. Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada Pasal 55 ayat 1 bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama diwajibkan melakukan sistem rujukan berjenjang untuk mendapatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang mengacu pada peraturan pemerintah, pedoman sistem rujukan nasional

dan pedoman administrasi pelayanan BPJS kesehatan. Berdasarkan alur dalam sistem rujukan, fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, klinik, praktek dokter atau rumah sakit tipe D melakukan rujukan pada fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti pada rumah sakit tipe C baru ke tipe B sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Hal ini sesuai dengan jenjang tipe yang rumah sakit miliki, dimana pada RSUD Kota Yogyakarta adalah rumah sakit dengan tipe B, hal inilah menjadi salah satu penyebab adanya penurunan jumlah pasien yang melakukan perawatan terutama pada pasien rawat inap.

Peneliti melakukan penelitian di dua bangsal yaitu bangsal Dahlia dan bangsal Edelwise II serta di poli saraf di RSUD Kota Yogyakarta. Rata-rata perbulan dalam satu tahun pasien stroke rawat jalan berjumlah 378 pasien, dan jumlah keseluruhan dalam satu tahun 4536 pasien pada tahun 2016. Sedangkan untuk rata-rata perbulan dalam satu tahun pasien stroke rawat inap berjumlah 32 pasien serta jumlah keseluruhan dalam satu tahun sebanyak 395 pasien pada tahun 2016.

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik subjek penelitian yaitu pasien dengan diagnosis stroke yang menjalani rawat jalan dan rawat inap di RSUD Kota Yogyakarta selama bulan Juni–Juli 2017 sebagai berikut:

Tabel 8. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan Di RSUD Kota Yogyakarta (n=30) 2017

No	Karakteristik Subyek Penelitian	Frekuensi (n)	Presentasi (%)
1.	Usia		
	45-54	3	10,0
	55-64	14	50,0
	65-74	7	20,0
	>75	6	20,0
	Total	30	100,0
2.	Jenis Kelamin		
	Pria	18	60
	Wanita	12	40
	Total	30	100
3.	Pendidikan		
	Tidak sekolah	2	6,7
	SD	6	20
	SMP	6	20
	SMA	13	43,3
	Sarjana	3	10,0
	Total	30	100,0
4.	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	11	36,7
	PNS, TNI/PORLI	5	16,7
	Wiraswasta	3	10,0
	Karyawan swasta	6	20,0
	Buruh	5	16,7
	Total	30	100,0
5.	Pasien rawat jalan	18	60,0
	Pasien rawat inap	12	40,0
	Total	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan bahwa sebagian besar responden berusia antara 55-64 tahun sebanyak 14 responden (50,0%) dan bejenis kelamin pria sebanyak 18 responden (60%). Pada pendidikan terakhir sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir SMA sebanyak 13 responden (43,3%) dan berdasarkan karakteristik pekerjaan sebagian besar responden tidak memiliki

pekerjaan sebanyak 11 responden (36,7%). Selain itu sebagian besar responden adalah pasien stroke dengan rawat jalan sebanyak 18 responden (60%).

Tabel 9. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kemandirian Dalam Melakukan *Self Care* Di RSUD Kota Yogyakarta (n=30) 2017.

No	Karakteristik subyek penelitian	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Dukungan Keluarga		
	Baik	15	50
	Kurang	15	50
	Total	30	100
2.	Tingkat Kemandirian		
	Ketergantungan Total	7	23,3
	Ketergantungan Berat	3	10,0
	Ketergantungan Sedang	11	36,7
	Ketergantungan Minimal	2	6,7
	Mandiri	7	23,3
	Total	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 9 diketahui bahwa mayoritas responden memiliki tingkat ketergantungan sedang (36,7%) dan hanya sebanyak (23,3%) responden yang mandiri serta berkebutuhan total. Selain itu pada dukungan keluarga prosentase responden yang memiliki dukungan keluarga pada kategori baik dan kurang adalah sama sebanyak 15 responden (50%).

2. Hasil Bivariat

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Dukungan Keluarga				Total	
	Kurang		Baik		n	%
	n	%	n	%		
Kemandirian						
Ketegantungan total	2	13,3	5	33,3	7	23,3
Ketegantungan berat	2	13,3	1	6,7	3	10,0
Ketegantungan sedang	7	46,7	4	26,7	11	36,7
Ketegantungan minimal	0	0,0	2	13,3	2	6,7
Mandiri	4	26,7	3	20,0	7	23,3
Total	15	50,0	15	50,0	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebagian besar responden dengan dukungan keluarga baik memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan total sebanyak 5 responden (33,3%) dan responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan sedang sebanyak 7 responden (46,7%).

Tabel 11. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Tingkat kemandirian dalam melakukan <i>self care</i>			
	Mean	Std. Deviation	<i>p-Value</i>	<i>r</i>
Dukungan Keluarga	57,77	20,599	0,570	-0,108

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*)

sebesar 0,570 ($p>0,005$) dan memiliki nilai korelasi senilai (-0,108) yang menunjukkan bahwa semakin baik dukungan keluarga diberikan maka, semakin kurang tingkat kemandirian yang dimiliki pasien stroke.

Tabel 12. Distribusi Frekuensi Hubungan Dukungan Emosional dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Dukungan Emosional				Total	
	Kurang		Baik		n	%
	n	%	n	%		
Kemandirian						
Ketegantungan total	5	33,3	2	13,3	7	23,3
Ketegantungan berat	1	6,7	2	13,3	3	10,0
Ketegantungan sedang	5	33,3	6	40,0	11	36,7
Ketegantungan minimal	0	0	2	13,3	2	6,7
Mandiri	4	26,7	3	20,0	7	23,3
Total	15	50,0	15	50,0	30	100

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebagian besar responden dengan dukungan emosional baik memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan sedang sebanyak 6 responden (40%) dan responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan total dan sedang masing-masing sebanyak 5 responden (33,3%).

Tabel 13. Analisis Hubungan Dukungan Emosional dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2017 (n=30)

Variabel	Tingkat ketergantungan dalam melakukan <i>self care</i>			
	Median	Std. Deviation	<i>p-Value</i>	<i>r</i>
Dukungan Emosional	11,50	8,904	0,513	0,124

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan dukungan emosional dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,513 ($p > 0,005$). Nilai korelasi senilai 0,124 yang menunjukkan bahwa semakin baik dukungan emosional keluarga diberikan pada pasien stroke maka, semakin baik tingkat kemandirian pasien stroke.

Tabel 14. Distribusi Frekuensi Hubungan Dukungan Informasional dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Dukungan Informasional				Total	
	Kurang		Baik		n	%
	n	%	n	%		
Kemandirian						
Ketegantungan total	4	26,7	3	20,0	7	23,3
Ketegantungan berat	3	20,0	0	0,0	3	10,0
Ketegantungan sedang	4	26,7	7	46,7	11	36,7
Ketegantungan minimal	1	6,7	1	6,7	2	6,7
Mandiri	3	20,0	4	26,7	7	23,3
Total	15	50,0	15	50,0	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebagian besar responden dengan dukungan informasional baik memiliki kemandirian dalam

kategori ketergantungan sedang sebanyak 7 responden (46,7%) dan responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki kemandirian dalam kategori ketergantungan total dan sedang masing-masing sebanyak 4 responden (26,7%).

Tabel 15. Analisis Hubungan Dukungan Informasional dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2017 (n=30)

Variabel	Tingkat kemandirian dalam melakukan <i>self care</i>			
	Median	Std. Deviation	<i>p-Value</i>	<i>r</i>
Dukungan Informasional	16,50	5,623	0,352	0,176

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan dukungan informasional dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,352 ($p > 0,005$). Nilai korelasi senilai 0,176 yang menunjukkan bahwa semakin baik dukungan informasional keluarga diberikan pada pasien stroke, maka semakin baik kemandirian yang dimiliki pasien stroke.

Tabel 16. Distribusi Frekuensi Hubungan Dukungan Instrumental dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Dukungan Instrumental				Total	
	Kurang		Baik		n	%
	n	%	n	%		
Kemandirian						
Ketegantungan total	0	0,0	7	46,7	7	23,4
Ketegantungan berat	0	0,0	3	20,0	3	10,0
Ketegantungan sedang	7	46,	4	26,7	11	36,7
Ketegantungan minimal	2	13,3	0	0,0	2	6,7
Mandiri	6	40,0	1	6,7	7	23,3
Total	15	50,0	15	50,0	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebagian besar responden dengan dukungan instrumental baik memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan total sebanyak 7 responden (46,7%) dan responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan sedang sebanyak 7 responden (26,7%).

Tabel 17. Analisis Hubungan Dukungan Instrumental dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2017 (n=30)

Variabel	Tingkat kemandirian dalam melakukan <i>self care</i>			
	Median	Std. Deviation	<i>p-Value</i>	<i>r</i>
Dukungan Instrumental	12,50	12,044	0,001	-0,693

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa terdapat hubungan dukungan instrumental dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,001

($p < 0,005$). Nilai korelasi senilai $-0,693$ yang menunjukkan bahwa semakin baik dukungan instrumental keluarga diberikan maka semakin kurang kemandirian pasien stroke.

Tabel 18. Distribusi Frekuensi Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta Tahun 2017 (n=30)

Variabel	Dukungan Penghargaan				Total	
	Kurang		Baik		n	%
	n	%	n	%		
Kemandirian						
Ketegantungan total	4	26,7	3	20,0	7	23,3
Ketegantungan berat	2	13,3	1	6,7	3	10,0
Ketegantungan sedang	5	33,3	6	40,0	11	36,7
Ketegantungan minimal	0	0,0	2	13,3	2	6,7
Mandiri	4	26,7	3	20,0	7	23,3
Total	15	50,0	15	50,0	30	100,0

Sumber: Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel di atas didapatkan sebagian besar responden dengan dukungan penghargaan baik memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan sedang sebanyak 6 responden (40%) dan responden dengan dukungan keluarga kurang memiliki kemandirian dalam kategori ketegantungan total dan sedang sebanyak 4 responden (26,7%).

Tabel 19. Analisis Hubungan Dukungan Penghargaan dengan Tingkat Kemandirian dalam Melakukan *Self Care* Pada Pasien Stroke di RSUD Kota Yogyakarta tahun 2017 (n=30)

Variabel	Tingkat kemandirian dalam melakukan <i>self care</i>			
	Mean	Std. Deviation	<i>r</i>	<i>p-Value</i>
Dukungan Penghargaan	14,63	6,625	0,084	0,659

Sumber: Data Primer 2017

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan dukungan penghargaan dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,659 ($p > 0,005$). Nilai korelasi senilai 0,084 yang menunjukkan bahwa semakin baik dukungan penghargaan yang keluarga berikan pada pasien stroke maka, semakin baik tingkat kemandirian pasien stroke.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Usia dalam penelitian ini dibagi menjadi empat kategori usia berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2013 dan diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Putranti (2016) yaitu kategori 45-54 tahun, kategori 55-64 tahun, kategori 65-74, dan kategori >75 tahun.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta didapatkan bahwa usia responden sebagian besar berusia antara 55-64 tahun sebanyak 14 responden (50%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widjajanto (2017) yang berjudul analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian stroke akut pada pasien stroke yang dibawa ke instalasi gawat

darurat RSI Klaten bahwa responden terbanyak pada usia di atas 55 tahun. Data tersebut sesuai dengan data Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2013 yang menyatakan bahwa angka kejadian stroke banyak terjadi pada kelompok usia >55 tahun. Hal ini sejalan dengan pernyataan Mulyatsih dan Ahmad (2010) dalam Wardhani (2015) bahwa semakin bertambahnya usia, semakin meningkatkan resiko terkena stroke, sehingga hal tersebut menyebabkan stroke disebut sebagai penyakit degeneratif. Apabila hal ini dikaitkan dengan tingkat ketergantungan pasien dalam melakukan *self care* sangat mempengaruhi, baik dalam kondisi pasien terdiagnosis dengan penyakit stroke maupun yang tidak karena berdasarkan tingkat usia kejadian stroke termasuk pada penggolongan usia pada fase lansia awal dan lansia akhir (Depkes, 2009).

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta dapat dilihat dalam tabel 8 bahwa jenis kelamin responden mayoritas adalah laki-laki, sebanyak 18 responden (60%). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Wardhani (2014) bahwa kejadian stroke didominasi terjadi pada laki—laki. Laki-laki lebih rentan terkena stroke karena sebagian besar laki-laki memiliki kebiasaan buruk seperti merokok.

Merokok dapat menyebabkan terjadinya aterosklerosis atau penyumbatan pada pembuluh darah, apabila ini terjadi sumbatan tersebut akan mengganggu aliran darah. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ghani (2016) bahwa laki—laki lebih beresiko terkena stroke karena gaya hidup yang kurang baik seperti merokok, mengkonsumsi alcohol dan kurang melakukan aktifitas fisik. Selain itu laki-laki lebih rentan terkena serangan stroke dibandingkan perempuan karena disebabkan faktor hormon (Wardhani, 2014). Hormon tersebut adalah hormon kewanitaan yang tidak dimiliki oleh laki-laki yaitu hormon estrogen dan progesteron. Hormon estrogen memiliki peran dalam sistem kekebalan tubuh selama sebelum terjadinya menopause (Burner, 2014). Selain itu hormone estrogen juga berperan dalam metabolisme lemak yang bersifat melindungi pembuluh darah dari terjadinya arterosklerosis (Widjajanto, 2017). Sedangkan hormon progesterone berperan pada kehamilan wanita (Burner, 2014).

Menurut Gunaratne (2012) bahwa wanita yang menggunakan pil KB dan sedang menjalani atau menggunakan terapi hormonal pasca menopause meningkatkan resiko terjadinya serangan stroke. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Dinata (2013) bahwa wanita diatas usia 50 tahun meningkatkan resiko

kejadian stroke. Berbeda dengan hasil temuan pada penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta.

c. Pendidikan

Berdasarkan tabel 8 dapat diketahui bahwa sebagian responden memiliki pendidikan terakhir SMA (43,3%). Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Irma (2015) bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan terakhir SMA. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustina (2017) bahwa lebih banyak dengan latar belakang pendidikan terakhir SMA. Meskipun tingkat pendidikan tidak berkaitan dengan kejadian stroke, akan tetapi tingkat pendidikan mempengaruhi sikap seseorang dengan gaya hidup sehat (Patricia, 2015). Adanya pendidikan yang tinggi membuat individu tersebut dapat menyerap informasi lebih mudah dan mendalam. Begitupun sebaliknya jika semakin rendah tingkat pendidikan akan semakin sedikit informasi yang dapat dipahami (Achdiat, 2015). Menurut Pidarta (2007) dalam Agustina (2017) pendapatan yang rendah dapat mempengaruhi pendidikan seseorang, seperti menimbulkan putus sekolah karena biaya sarana untuk sekolah.

d. Pekerjaan

Berdasarkan tabel 8 diketahui bahwa sebagian besar responden tidak memiliki pekerjaan sebanyak 11 responden

(36,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Patricia (2015) sebagian besar responden yang mengalami stroke adalah responden yang tidak bekerja sebanyak 30 responden (40,0%). Status sosial ekonomi seseorang dapat ditentukan berdasarkan pekerjaan yang ia miliki. Pekerjaan juga disebutkan sebagai salah satu faktor resiko tidak langsung kejadian stroke (Irma, 2015). Jika seseorang tidak memiliki pekerjaan dapat memicu terjadinya stress. Stress berkepanjangan dapat dan tidak dapat dikelola dengan baik, hal ini dapat menyebabkan seseorang semakin beresiko terkena serangan stroke (Edi, 2017). Menurut Notoatmojo (2010) dalam Edi (2017) bahwa responden tidak bekerja mempengaruhi penghasilan yang dimiliki, dimana penghasilan rendah dapat mempengaruhi dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan karena terhambat dengan masalah biaya.

2. Dukungan Keluarga

Berdasarkan tabel 9 didapatkan bahwa responden yang memiliki dukungan keluarga pada kategori baik dan kurang memiliki jumlah yang sama yaitu sebanyak 15 responden (50%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratikwo, Pietoyo dan Widjanarko, (2006) dan diperkuat oleh penelitian yang dilakukan Sari (2012) dan Irnawati dkk (2016) bahwa responden memiliki dukungan keluarga yang baik dan kurang dengan hasil yang sama. Dukungan keluarga

yang diberikan oleh keluarga memiliki pengaruh yang besar walaupun hanya salah satu komponen dukungan diantara empat komponen dukungan keluarga (Pangastiti, 2011).

Dukungan keluarga diartikan sebagai bagian dari dukungan sosial, merupakan bentuk interaksi antar individu yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis melalui terpenuhinya kebutuhan akan kebutuhan kasih sayang serta keamanan (Rahmawati, Setiawati & Solehati, 2015).

Menurut Koentjoro (2002) dalam Rahmawati Setiawati dan Solehati (2015) dukungan keluarga bukan hanya memberikan bantuan, tetapi yang penting adalah bagaimana persepsi individu yang menerima dukungan tersebut dalam makna bantuan itu. Penderita dengan dukungan keluarga yang baik akan memiliki perasaan aman dan nyaman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melakukan pengelolaan penyakit (Rahmawati, Setiawati & Solehati, 2015). Berbeda dengan rendahnya dukungan keluarga yang dimiliki pada pasien stroke, hal ini akan mempengaruhi kondisi psikologi pasien. Pasien dapat menarik diri dari pergaulan dan merasa lebih sensitif, sehingga pasien lebih mudah tersinggung (Irma, 2015).

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga diantaranya tipe keluarga, pengetahuan, fungsi dan peran keluarga

(Yudiningsih, 2015). Selain itu pergeseran nilai budaya masyarakat akan mengakibatkan berkurangnya kualitas dan kuantitas dukungan keluarga (Pratikwo, Pietojo & Widjanarko, 2006). Hal inilah sehingga ada beberapa pasien stroke yang memiliki dukungan keluarga yang kurang.

3. Tingkat Kemandirian dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat ketergantungan sedang (36,7%) dan hanya sebanyak (23,3%) responden yang mandiri serta berkebutuhan total. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Endriyani (2011) bahwa sebagian responden memiliki ketergantungan sedang dan mandiri. Menurut Mulyatsih dan Ahmad (2008) dalam Endriyani (2011) bahwa stroke dapat menyebabkan kelamahan dan kelumpuhan 90% anggota gerak, hal inilah yang menyebabkan pasien stroke tergantung dengan anggota keluarganya.

Pada umumnya penderita stroke akan mengalami gangguan fungsi gerak, gangguan komunikasi, gangguan persepsi dan gangguan fungsi kognitif. Hal ini lah yang berpengaruh terhadap kemandirian pasien stroke dalam melakukan perawatan diri (*self care*) akan cenderung mengalami ketergantungan (Padila, 2012; Sari, 2014). Adanya keterbatasan fisik sebagian (hamiparase) dimana salah satu tubuh tidak

bisa digerakkan sehingga membuat pasien stroke mengalami kesulitan dalam bergerak terutama dalam melakukan *self care* (Sari, 2014).

Kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri harus tetap dipelihara, karena ketidakmampuan yang dialami pasien stroke bukan berarti menjadikan pasien stroke untuk pasif dan tidak melakukan apapun (Husain, 2014). Menurut Meleis (2007) dalam Arfandi, Susilo dan Widodo (2013) menyatakan bahwa perawatan diri (*self care*) dipengaruhi oleh pengalaman keluarga, budaya, pengetahuan, tumbuh kembang dan pola asuh. Selain itu menurut Barros de Oliveira et al (2008) dalam Syatibi (2014) ada beberapa faktor lain yang mempengaruhi kemandirian pasien stroke yaitu onset stroke, pengulangan serangan stroke, adaptasi diri terhadap kondisi dan kedisiplinan dalam menjalani terapi.

4. Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kemandirian pasien dalam melakukan *self care* pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,570 ($p > 0,005$) serta memiliki nilai korelasi senilai (-0,108). Hal ini yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* dan didapatkan nilai korelasi yang negatif menunjukkan bahwa semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka, semakin berkurang

tingkat kemandirian yang dimiliki oleh pasien stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mare (2015) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*self care*) pasien pasca stroke dengan arah korelasi negatif yaitu semakin tinggi dukungan keluarga maka, semakin rendah tingkan kemampuan perawatan diri (*self care*).

Menurut Lasut, Kiling dan Supit (2016) usia merupakan salah satu faktor alasan mengapa dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke dalam perawatan diri menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan. Dikatakan bahwa rentang usia penderita stroke sebagian besar memasuki fase lansia. Secara umum lansia mengalami perubahan pada sistem fisiologis tubuh yang mengarah kepada kemunduran kesehatan fisik dan psikologis yang pada akhirnya mempengaruhi aktivitas sehari-hari terutama pada perawatan diri (Setiawan, 2009; Lasut, Kiling & Supit, 2016). Perubahan tersebut juga berpengaruh pada kemampuan pasien dalam menerima informasi dan pengetahuan baru, meskipun keluarga sudah menyampaikan informasi baru masih ada kemungkinan pasien tidak dapat menyerap informasi tersebut secara utuh (Endriyani, 2014). Meskipun pendidikan terakhir yang dimiliki sebagian pasien stroke pada penelitian ini berada pada tingkat menengah bukan berarti semua pasien stroke bisa dikatakan dapat menerima informasi dengan baik

tetapi ada kemungkinan pasien mengalami hambatan dalam penerimaan informasi.

5. Hubungan dukungan emosional terhadap tingkat kemandirian dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 13 didapatkan hasil korelasi *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,513 ($p > 0,005$) dengan nilai korelasi senilai (0,124). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan dukungan emosional dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke. Lalu semakin baik dukungan emosional keluarga diberikan pada pasien stroke maka, semakin baik tingkat kemandirian pasien stroke. Dukungan emosional merupakan dukungan yang diberikan keluarga pada individu yang meliputi perasaan empati, kasih sayang, memberikan perasaan aman dan nyaman (Friedman, 2014). Namun, hal ini seringkali disalah artikan oleh keluarga apabila dukungan emosional dikaitkan oleh kemandirian dalam melakukan perawatan diri (*self care*). Dukungan emosional yang diberikan keluarga menjadikan keluarga tidak memandirikan pasien stroke, dengan tidak membiarkan pasien stroke untuk melakukan aktivitasnya sendiri yang sekiranya mampu dilakukan oleh pasien stroke. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian pada tabel 12 bahwa sebagian responden yang memiliki tingkat ketergantungan sedang memiliki dukungan emosional baik sebanyak 6 responden

(40%) dibandingkan dengan responden mandiri dengan dukungan emosional kurang sebanyak 4 responden (26,7%).

6. Hubungan dukungan informasional terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 15 didapatkan hasil korelasi menggunakan uji *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,352 ($p > 0,005$) dan nilai korelasi senilai (0,176). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan informasional dengan tingkat kemandirian pasien dalam melakukan *self care*. Selain itu dengan didapatkannya nilai korelasi positif sehingga, semakin baik dukungan informasional yang diberikan maka, semakin baik juga kemandirian yang dimiliki pasien stroke.

Pada dukungan informasional keluarga memiliki peranan dalam mengumpulkan dan menyampaikan informasi tentang pasien stroke serta memberikan nasihat dan saran yang bersifat membangun pada pasien stroke (Hernilawati, 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Endriyani (2014) menyatakan bahwa dukungan informasional lebih banyak diberikan oleh keluarga dibandingkan dengan dukungan yang lain. Bertolak belakang dengan itu penelitian yang dilakukan oleh Karunia (2016) menyatakan bahwa dukungan informasional tidak banyak diberikan keluarga kepada pasien stroke terutama mengenai penyakit stroke, dengan alasan keluarga takut

informasi ini akan memperberat penyakit dan menghambat pemulihan pasien stroke karena depresi.

Hal ini memperkuat hasil wawancara yang menunjukkan bahwa sebagian keluarga dengan sengaja membatasi informasi pada pasien stroke terutama mengenai masalah kesehatannya karena, pada sebagian pasien mengalami gangguan pada daya konsentrasi dan daya ingatan, hal ini juga dikemukakan langsung oleh pasien stroke yang mengeluhkan adanya gangguan tersebut. Kemudian diperkuat dari hasil penelitian, pada tabel 14 bahwa didapatkan sebagian besar pasien stroke dengan dukungan informasional yang baik memiliki tingkat ketergantungan sedang sebanyak 7 responden (23,3%). Sedangkan sebagian pasien stroke dengan dukungan informasional kurang memiliki tingkat ketergantungan total dan sedang masing-masing sebanyak 4 responden (13,3%). Sehingga dukungan informasional menjadi tidak optimal karena pemahaman keluarga untuk membatasi informasi dari pasien stroke yang menyebabkan penderita tidak memahami mengenai sakit yang ia derita secara menyeluruh.

7. Hubungan dukungan instrumental terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 17 didapatkan nilai korelasi *Spearman Rho* dengan nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,001 ($p < 0,005$) dan nilai korelasi sebesar (-0,693), yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan

yang antara dukungan instrumental dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* pada pasien stroke. Berdasarkan nilai korelasi yang didapatkan yaitu negatif diketahui bahwa semakin baik dukungan instrumental diberikan maka, semakin menurun tingkat kemandirian pasien stroke. Dukungan instrumental adalah dukungan yang diberikan keluarga berupa bantuan bentuk nyata seperti memberikan sarana untuk menunjang kebutuhan pasien stroke, membantu secara fisik pada pasien stroke dalam melakukan perawatan diri (*self care*), membantu biaya pengobatan dan menemani pasien stroke setiap kontrol maupun saat dirawat inap (Herlinawati, 2013). Dampak yang ditimbulkan oleh stroke yaitu kelumpuhan dan kelemahan merupakan salah satu faktor dukungan instrumental lebih mendominasi dibandingkan dengan dukungan lain.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 16 didapatkan pasien stroke dengan dukungan instrumental baik memiliki tingkat kemandirian total sebanyak 7 responden (23,3%) sedangkan, pasien stroke dengan dukungan instrumental kurang memiliki tingkat kemandirian sedang sebanyak 7 responden (23,3%). Kemudian pada hasil wawancara dengan salah satu keluarga pasien dengan rawat inap yang selalu melakukan pendampingan secara penuh bagi pasien stroke, terutama dalam melakukan *self care* tetapi hal ini menyebabkan tingkat ketergantungan pasien meningkat karena keluarga mengeluhkan

kondisi pasien selama perawatan yang tidak mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Hal ini menjelaskan bahwa dukungan instrumental berhubungan dengan kemandirian pasien stroke namun tidak menjadikan pasien mandiri tapi ketergantungan kepada keluarga dalam melakukan perawatan diri (*self care*).

8. Hubungan dukungan penghargaan terhadap tingkat kemandirian pasien dalam pemenuhan *self care* pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 19 didapatkan hasil korelasi dengan menggunakan uji *Spearman Rho* diperoleh nilai signifikansi (*p-Value*) sebesar 0,659 ($p > 0,005$) dan nilai korelasi sebesar 0,084 sehingga diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan penghargaan dengan tingkat kemandirian dalam melakukan *self care* serta semakin baik dukungan penghargaan diberikan keluarga kepada pasien stroke maka, semakin baik tingkat kemandirian pasien stroke. Dukungan penghargaan adalah dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien stroke berupa pemberian penghargaan, memberikan penilaian positif dan menjadi penengah saat pasien stroke mendapatkan masalah (Hernilawati, 2013). Pemberian penghargaan maupun pujian pada pasien stroke merupakan salah satu cara untuk memotivasi pasien sehingga lebih bersemangat (Kurnia, 2016). Menurut Wurtiningsih (2012) dukungan penghargaan merupakan dukungan yang paling jarang diberikan karena, keluarga tidak terbiasa

dalam mengungkapkan penghargaan atau pujian pada pasien stroke. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 18 didapatkan bahwa sebagian besar pasien stroke dengan dukungan penghargaan baik memiliki ketergantungan sedang sebanyak 6 responden (20%) sedangkan, pasien stroke dengan dukungan penghargaan yang kurang memiliki ketergantungan kurang sebanyak 5 responden (16,7%). Pada wawancara yang dilakukan peneliti dengan responden, keluarga dengan sengaja tidak memberikan pujian dan penghargaan karena merasa hal itu bukanlah suatu kebiasaan yang keluarga lakukan dan pasien stroke sendiri tidak mempermasalahkannya namun dijadikan motivasi bagi dirinya sendiri.

A. Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh peneliti ini masih memiliki beberapa keterbatasan. Adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Penelitian ini tidak menjadikan lamanya pasien menderita stroke sebagai kriteria responden karena, sebagian responden pada penelitian ini ada yang baru mengalami serangan pertama pada stroke. Sehingga sulit untuk mengkaji dukungan keluarga terkait kemandirian pasien.
2. Jumlah pasien yang sedikit juga menjadi keterbatasan pada penelitian ini sehingga menyulitkan peneliti dalam pengambilan data yang memerlukan jangka waktu yang lama