

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Kesiapan

a. Pengertian kesiapan

Kesiapan adalah adalah kondisi seseorang atau individu yang membuatnya siap memberikan respon atau jawaban di dalam cara tertentu terhadap suatu situasi. Penyesuaian pada suatu saat akan berpengaruh untuk memberikan suatu respon (Slameto, 2010).

Menurut Holm (2016) kesiapan perawatan didefinisikan sebagai kesiapan yang dirasakan dalam berbagai domain pengasuhan, seperti memberikan perawatan praktis dan dukungan emosional, serta mengelola stres yang berkaitan dengan perawatan. Kesiapan untuk mengasuh memiliki aspek praktis dan emosional; mengetahui apa yang harus dilakukan, tapi juga mengatasi emosi dan stres.

Kedua definisi di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa kesiapan dalam merawat diartikan sebagai suatu kondisi di mana individu yang akan melakukan perawatan (keluarga) memberikan respon siap terhadap situasi yang akan di hadapainya (dalam hal ini adalah kondisi sakit salah satu anggota keluarga yang akan dirawatnya) baik itu untuk perawatan praktis, dukungan emosional serta mengelola emosi dan stress.

Kondisi kesiapan individu mencakup tiga aspek yaitu: kondisi fisik, mental dan emosional; kebutuhan-kebutuhan, motif dan tujuan; dan ketrampilan dan pengetahuan (Slameto, 2010).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Kesiapan merupakan suatu sikap psikologis yang dimiliki seseorang sebelum melakukan sesuatu, dimana kesiapan ini dapat dipengaruhi oleh dirinya sendiri atau oleh pihak luar. Menurut Slameto (2010) faktor yang mempengaruhi kesiapan yaitu:

1) Faktor internal

Faktor yang berasal dari dalam diri seseorang. Faktor ini terdiri dari dua bagian yaitu jasmaniah dan rohaniah (psikologis), dimana keduanya mempengaruhi individu menjadi terampil. Faktor jasmani adalah bagaimana kondisi fisik dan panca indra (kesehatan dan usia), sedangkan kondisi psikologisnya adalah minat, tingkat kecerdasan, motivasi dan kemampuan seseorang (individu).

2) Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang datang dari luar diri seseorang yang meliputi lingkungan dalam, lingkungan luar, dan sistem.

c. Instrumen untuk menilai tingkat kesiapan

Dalam merawat pasien stroke di rumah, keluarga disebut sebagai pengasuh informal, yang memberikan tingkat perawatan di rumah yang seringkali setara dengan perawat profesional,

seperti memantau kondisi akut atau kronis anggota keluarga mereka, mengenali tanda-tanda awal masalah yang akan datang seperti efek samping pengobatan, mengetahui bagaimana dan kapan harus merespon, dan prosedur seperti ganti baju. Keluarga memerlukan tingkat keterampilan dan pengetahuan tinggi di rumah untuk merawat anggota keluarganya yang terkena stroke, namun pada kenyataannya mereka sering merasa tidak siap untuk mengasuh, karena tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan (Schumacher, Beck, & Marren, 2006).

Untuk dapat memastikan pasien dapat dirawat dengan baik oleh keluarga saat berada di rumah, perawat harus menilai tingkat kesiapan keluarga sebelum pasien di pulangkan. Ada beberapa cara yang bisa digunakan :

1). Menurut Zwicker *et al* (2010) skala untuk mengukur kesiapan pengasuh (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990) adalah instrumen *self-rated* pengasuh yang terdiri dari delapan item, yang meminta pengasuh menjawab seberapa siap mereka percaya bahwa mereka dapat melakukan beberapa domain perawatan. Kesiapan yang dimaksudkan adalah kesiapan yang dirasakan dapat dilakukan dalam beberapa domain yaitu peran pengasuhan seperti memberikan perawatan fisik, memberikan dukungan emosional, menyiapkan layanan dukungan internal, dan pengelolaan stres pengasuhan. Jawaban dinilai dari skala 0-4, skor 0 (sama sekali tidak siap) dan skor 4 (sangat dipersiapkan dengan baik). Beberapa peneliti merekomendasikan *screening* kesiapan *caregivers* dalam praktik klinis. Skala untuk

mengukur kesiapan ini sangat mudah dilakukan dan perawat dapat dengan mudah menentukan domain mana yang dianggap belum siap dilakukan. Namun kelemahan dari skala ini adalah Instrumen tidak menanyakan secara spesifik kebutuhan pengetahuan atau keterampilan, sehingga perawat secara khusus harus mengukur sendiri pengetahuan dan skill dari pengasuh.

The Preparedness for Caregiving Scale

YOUR PREPARATION FOR CAREGIVING					
We know that people may feel well prepared for some aspects of giving care to another person, and not as well prepared for other aspects. We would like to know how well prepared you think you are to do each of the following, even if you are not doing that type of care now.					
	Not at all prepared	Not too well prepared	Somewhat well prepared	Pretty well prepared	Very well prepared
1. How well prepared do you think you are to take care of your family member's physical needs?	0	1	2	3	4
2. How well prepared do you think you are to take care of his or her emotional needs?	0	1	2	3	4
3. How well prepared do you think you are to find out about and set up services for him or her?	0	1	2	3	4
4. How well prepared do you think you are for the stress of caregiving?	0	1	2	3	4
5. How well prepared do you think you are to make caregiving activities pleasant for both you and your family member?	0	1	2	3	4
6. How well prepared do you think you are to respond to and handle emergencies that involve him or her?	0	1	2	3	4
7. How well prepared do you think you are to get the help and information you need from the health care system?	0	1	2	3	4
8. Overall, how well prepared do you think you are to care for your family member?	0	1	2	3	4
9. Is there anything specific you would like to be better prepared for? _____ _____ _____					
MEAN SCORE of the number of items answered: _____					

Reprinted with permission from author

Stewart & Archbold (1988, 1994)

Gambar 2.1 Skala Untuk Mengukur Tingkat Kesiapan Pengasuh/Keluarga

Sumber : Archbold *et al*, 1990 dalam Zwicker *et al*, 2010

2). Menurut hasil penelitian Darwiyah (2015), tingkat kesiapan dapat dinilai dari pengetahuan dan skill. Seorang responden dapat dikatakan siap apabila nilai pengetahuan dan ketrampilannya $\geq mean$, dan dikatakan tidak siap jika nilai pengetahuan atau ketrampilannya $< mean$.

2. Konsep Keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, merupakan satu kesatuan rumah tangga; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing suami istri, ibu dan ayah, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara laki-laki dan perempuan; dan menciptakan dan memelihara budaya yang sama (Burgess & Locke, dalam Friedman 2010). Sedangkan Biro Sensus A.S. mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih orang yang hidup bersama yang berhubungan dengan kelahiran, pernikahan, atau

adopsi (Tillman & Nam, 2008). Berdasarkan dua definisi keluarga di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua atau lebih orang yang hidup dalam satu kesatuan rumah tangga yang diikat oleh pernikahan, darah atau adopsi yang berinteraksi dan berkomunikasi satu dengan yang lainnya.

Menurut Kaakinen dan Hanson (2008), tipe keluarga ada 10. Tipe pertama adalah *Nuclear dyad*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari pasangan suami istri yang menikah namun tanpa mempunyai anak. Tipe kedua adalah *Nuclear*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari suami, istri serta anak (mungkin atau mungkin juga tidak menikah secara hukum). Tipe ketiga adalah *Binuclear*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari dua keluarga pasca-perceraian dengan anak-anak sebagai anggota keduanya. Tipe keempat adalah *Extended*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari keluarga inti (*Nuclear*) ditambah dengan saudara sedarah. Tipe kelima adalah

Blended, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari Suami, istri, dan anak dari hubungan sebelumnya. Tipe keenam adalah *Single Parent*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri satu orang tua (bisa ibu saja atau ayah saja) dan anak. Tipe ketujuh adalah *Commune*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari Kelompok pria, wanita, dan anak-anak. Tipe ke delapan adalah *Cohabitation*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari Pria dan wanita yang tidak menikah berbagi rumah tangga. Tipe kesembilan *Homosexual*, ini adalah tipe keluarga yang terdiri dari pasangan sesama jenis (laki-laki dengan laki-laki atau perempuan dengan perempuan). Dan yang terakhir adalah tipe *Single person (adult)*, tipe ini terdiri dari hanya satu orang dalam sebuah rumah tangga.

Sebagai suatu kelompok yang berinteraksi satu sama lain, peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan kesehatan individu untuk mencapai kesehatan keluarga. Menurut Denham (2003)

Kesehatan keluarga dipandang sebagai proses dari waktu ke waktu anggota keluarga interaksi dan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Kesehatan keluarga adalah dijelaskan dalam kaitannya dengan kontekstual, fungsional, dan struktural domain. Rutinitas kesehatan keluarga yang dinamis adalah pola perilaku yang mencerminkan perawatan diri, keselamatan dan pencegahan, kesehatan mental perilaku, perawatan keluarga, perawatan penyakit, dan perawatan keluarga.

Menurut Friedmen (2010) salah satu fungsi keluarga adalah Fungsi perawatan kesehatan, fungsi perawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar keluarga, namun fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Pemenuhan fungsi kesehatan keluarga dapat menjadi sulit, yang bisa dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seperti struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Agar keluarga dapat

menjadi sumber kesehatan primer dan efektif, maka keluarga harus ditingkatkan keterlibatannya dalam tim kesehatan dan proses terapi. Peran partisipasi keluarga ini sangat dibutuhkan baik pada kebutuhan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif.

Pada pasien stroke peran keluarga sangat dibutuhkan, mengingat perawatan yang akan di jalani membutuhkan waktu yang lama dan sebagian akan di lakukan di rumah. Penelitian yang dilakukah Hidayati (2015) menunjukkan bagaimana peran keluarga dalam memotivasi pasien untuk melaksanakan ROM aktif menunjukkan ada korelasi antara peran keluarga dengan motivasi pasien dalam melaksanakan ROM aktif. Peran keluarga yang baik dibutuhkan untuk meningkatkan motivasi pasien dalam melaksanakan ROM aktif. Keluarga memerlukan informasi lengkap dan akurat tentang terapi selama di rumah bagi pasien dengan stroke, dalam hal ini pelaksanaan ROM aktif.

3. Konsep Stroke

a. Pengertian

Menurut WHO stroke adalah terjadinya gangguan fungsi otak fokal ataupun global secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, akibat gangguan aliran darah otak (dalam Junaidi, 2011). Selain itu Rumahorbo *et al* (2014), mendefinisikan stroke sebagai suatu kondisi di mana otak mengalami kekurangan oksigen sehingga sebagian daerah otak mengalami kematian. Kondisi kekurangan oksigen tersebut terjadi secara mendadak dan menetap selama 24 jam atau lebih atau langsung menyebabkan kematian.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan stroke adalah sebuah penyakit yang terjadi karna adanya gangguan pada peredaran darah di otak baik yang di sebabkan oleh adanya sumbatan ataupun perdarahan yang

mengakibatkan suplay oksigen ke otak terganggu sehingga dapat menyebabkan kecacatan ataupun kematian.

b. Klasifikasi

Menurut Junaidi (2011) secara garis besarnya stroke dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu stroke perdarahan (hemoragik) dan stroke non perdarahan (iskemik atau infark).

a) Stroke perdarahan dibagi sebagai berikut

- 1) Perdarahan subarakhnoid (PSA). Darah yang masuk ke selaput otak
- 2) Perdarahan intraserebral (PIS); Intraparenkim atau intraventrikel. Darah yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

b) Stroke nonperdarahan (iskemik/infark)

Penggolongan berdasarkan perjalanan klinisnya dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) *Transient Ischemic Attack (TIA)* : serangan stroke sementara yang langsung kurang dari 24 jam.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*: gejala neurologis akan menghilang antara > 24 jam sampai dengan 21 hari
- 3) *Progressing Stroke* atau *Stroke in evolution*: kelainan atau defisit neurologik berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat.
- 4) *Stroke komplit* atau *Completed Stroke*: kelainan neurologis sudah lengkap menetap dan tidak berkembang lagi.

c. Etiologi

1) Stroke Iskemik

a) Ateroma

Pada stroke iskemik, penyumbatan bisa terjadi di sepanjang jalur arteri yang

menuju otak. Misalnya ateroma (endapan lemak) bisa terbentuk di dalam arteri karotis sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah. Keadaan ini sangat serius karna setiap arteri karotis jalur utama memberikan darah ke sebagian besar otak.

b) Emboli

Endapan lemak juga bisa terlepas dari dinding arteri dan mengalir di dalam darah, kemudian menyumbat arteri yang lebih kecil. Arteri karotis dan arteri vertebralis beserta percabangannya bisa juga tersumbat karena adanya bekuan darah yang berasal dari tempat lain, misalnya dari jantung atau katupnya. Emboli lemak terbentuk jika lemak dari sumsum tulang yang telah pecah dilepaskan kedalam aliran darah dan

akhirnya tersumbat di dalam sebuah arteri (kecil)

c) Infeksi

Stroke juga bisa terjadi bila suatu peradangan atau infeksi menyebabkan menyempinya pembuluh darah yang menuju ke otak. Selain peradangan umum oleh bakteri, peradangan juga bisa dipicu oleh asam urat yang berlebihan dalam darah.

d) Obat-obatan

Obat-obatan pun dapat menyebabkan stroke, seperti kokain, amfetamin, efinefrin, adrenalin dan sebagainya dengan jalan mempersempit diameter pembuluh darah di otak dan menyebabkan stroke. Fungsi obat-obat di atas menyebabkan kontraksi arteri sehingga diameternya mengecil.

e) Hipotensi

Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba bisa menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak, yang biasanya menyebabkan seseorang pingsan. Stroke bisa terjadi jika tekanan darah rendahnya berat dan menahun. Hal ini terjadi jika seseorang mengalami kehilangan darah yang banyak karena cedera atau perdarahan, serta serangan jantung atau irama jantung yang abnormal.

2) Stroke Hemoragik

Terhalangnya suplay darah ke otak pada stroke perdarahan di sebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trama kepala atau

peningkatan tekanan lainnya, seperti menegedan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik.

d. Manifestasi klinis

- 1) Adanya serangan deficit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- 2) Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh. Baal atau mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, rasa terbakar.
- 3) Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan.
- 4) Gangguan menelan : sulit menelan, minum suka keselek.

- 5) Bicara tidak jelas (rero/pelo/cadel), sulit berbicara. Kata yang diucapkan tidak sesuai keinginan atau gangguan bicara berupa sengau, ngaco, dan kata-katanya tidak dapat dimengerti atau tidak dipahami (afasia). Bicara tidak lancar, hanya sepatah-sepatah kata yang terucap.
- 6) Tidak mampu mengenali atau merasakan bagian tubuhnya.
- 7) Hilang kendali terhadap kandung kemih, kencing yang tidak disadari.
- 8) Menjadi pelupa, pikun (dimensia)
- 9) Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, sempoyongan atau terjatuh
- 10) Gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma).

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan secara khusus pada stroke umumnya dikelompokkan menjadi 2 bagian, yaitu:

1) Stroke iskemik

Menurut Junaidi (2011) penanganan dengan obat-obatan harus dilakukan dengan segera, dalam waktu kurang dari 3-5 jam sejak kejadian (onset). Apabila obat diberikan lebih dari 6 jam, maka kemungkinan sembuh sempurna tanpa meninggalkan cacat menjadi kecil.

a) Terapi khusus stroke iskemik :

- i. Terapi obat trombolitik/penghancur thrombus atau sumbatan pembuluh darah
- ii. Obat anti agregasi trombosit/anti pembekuan darah, anti koagulan
- iii. Nueroprotektan/pelindung saraf

2) Stroke hemoragik

Jika pilihan terapinya secara konvensional yaitu dengan menggunakan obat maka waktu yang kita miliki cukup lama sekitar 96 jam (4 hari) sejak terjadinya penyakit. Target pengobatan pada stroke perdarahan adalah untuk mengatasi vasokonstriksi/kontraksi dari pembuluh darah arteri, yang mana vasokonstriksi tersebut timbulnya secara perlahan dan mencapai puncaknya pada hari ke 5 sampai ke 10. Karena itu masih bisa dicegah sebelum hari ke 5.

a) Terapi khusus stroke perdarah :

- i. Tindakan bedah : Hemicraniectomy,
Cerebral angioplasty
- ii. Konvensional atau menggunakan obat.
Dalam hal ini untuk mengatasi kontraksi arteri (vasospasme) sehingga diameter/lumen arteri melebar/terbuka

kembali (vasodilatasi). Selain itu juga mengatasi kondisi yang menyertainya seperti hipertensi, hiperglikemia, hipertermia, kejang dan sebagainya.

f. Perawatan pasien stroke di rumah

Perawatan pasien stroke diruma membutuhkan bantuan dari keluarga. Peran keluarga untuk pasien stroke meliputi membantu aktivitas sehari-hari (ADLs) seperti memindahkan, merawat, memberi makan, mandi, pergerakan, melatih *range of motion* (Bowsher 2013, dalam Sukron 2016).

1) Prinsip perawatan pasien stroke

Menurut Mulyatsih & Ahmad (2008) prinsip perawatan pasien stroke di rumah adalah:

a) Menjaga kesehatan punggung pengasuh atau keluarga

Merawat pasien stroke merupakan suatu proses perawatan jangka panjang yang

memerlukan waktu. Pada waktu mengangkat pasien, keluarga atau pengasuh harus mempertahankan posisi punggung tetap lurus untuk mencegah pengasuh sakit punggung di kemudian hari. Hal-hal yang harus diperhatikan pada waktu mengangkat pasien antara lain : pertahankan punggung tetap lurus, tekuk lutut, reganggangkan kedua kaki, dekatkan badan ke pasien, pegang punggung pasien, serta pastikan pasien mengetahui apa yang akan anda kerjakan dan bila perlu berikan instruksi. Hal yang perlu diperhatikan adalah bila merasa tidak kuat mengangkat sendiri, cari bantuan orang lain.

b) Mencegah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan

Pada waktu pulang ke rumah kadang beberapa pasien pasca stroke belum mampu bergerak sendiri. Pada pasien ini beresiko mengalami luka di kulit akibat tekanan, sehingga peran keluarga sangat penting untuk mencegah terjadinya luka ini. Pengasuh harus merubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam. Perhatikan daerah yang beresiko terjadi luka, seperti tumit, lutut, bokong, siku, punggung khususnya pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Pada saat merubah posisi pasien, cobalah untuk mengangkat pasien dan jangan menggeser untuk menghindari terjadinya luka. Upaya lain adalah oleskan pelembab atau minyak kelapa pada daerah yang tertekan. Bila

pasien masih sering mengompol pengasuh harus memperhatikan kebersihan daerah kemaluan dan mempertankan supaya tetap kering.

- c) Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi

Untuk mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi, keluarga atau pengasuh dapat melakukan latihan gerak sendi lengan dan tungkai secara pasif dan aktif bila memungkinkan minimal 2 kali sehari. Latihan gerak sendi lengan meliputi gerakan sendi bahu, gerakan menekuk dan meluruskan siku dan gerakan memutar pergelangan tangan. Latihan gerak sendi tungkai meliputi gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha, gerakan menekuk dan meluruskan lutut, gerakan

menjauh dan mendekati badan dan gerakan memutar pergelangan kaki.

d) Mencegah terjadinya nyeri bahu (*Shoulder pain*)

Nyeri bahu yang dialami pasien stroke seringkali terjadi akibat kurang tepatnya keluarga atau pengasuh dalam memperlakukan bahu pasien, terutama bahu pada sisi yang lemah. Untuk mencegah terjadinya hal ini, beri perhatian khusus pada bahu pasien setiap kali mengatur posisi atau mengangkat pasien. Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah. Pada saat mengangkat pasien, jangan meletakkan tangan pada ketiak pasien tetapi letakkan kedua tangan penolong pada badan atau punggung pasien.

e) Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau *torso*

Selain berlatih menggerakkan anggota gerak atas dan bawah, pasien harus berlatih menggerakkan batang tubuh, atau dengan kata lain menggerakkan sisi yang lemah dan sisi sehat secara bersamaan, seperti : menekuk kedua lutut dan mengagkat bokong seperti akan melakukan buang air kecil di pot atau *bridging*, menekuk kedua lengan disusul menekuk leher, serta memindahkan berat badan dari kiri ke kanan atau sebaliknya, baik pada saat duduk, berdiri dan berjalan.

2) Perawatan pasien pasca stroke di rumah

Menurut Mulyatsih & Ahmad (2008) perawatan pasca stroke di rumah yang bisa dilakukan oleh keluarga berdasarkan berbagai

masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke :

a) Kelumpuhan/kelemahan

Keluarga dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di rumah sakit. Keluarga juga dapat membantu pasien berlatih berjalan kembali dengan berdiri di sisi yang lemah atau di belakang pasien, hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali bila sangat diperlukan.

Pada pasien yang mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah dengan menganjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain

menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan keluarga.

Menurut Rumoharbo (2014) pada pasien yang mengalami kelemahan badan perlu dilakukan pengaturan atau pergantian posisi tidur setiap 3 jam untuk menghindari luka tekan (dekubitus). Posisi berbaring pasienpun harus di perhatikan.

b) Gangguan sensibilitas

Jika pasien mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa pada sebagian anggota tubuh, keluarga dapat menstimulasi dengan menggosok bagian tangan yang mengalami gangguan sensibilitas. Keluarga juga harus menjauhkan dan menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan pasien, misalnya : nyala api, benda tajam ataupun mengingatkan pasien

untuk tidak mencoba sesuatu, misalnya mencoba air panas menggunakan tangan yang hilang rasa.

c) Gangguan keseimbangan

i) Melatih keseimbangan duduk

Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan mintalah penolong lainnya di sisi yang sehat. Letakkan lengan anda yang dekat dengan pasien di belakang punggung pasien, demikian pula tangan penolong satunya. Tarik bersama-sama pasien ke arah duduk tegak. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah lengan yang lemah.

ii) Melatih keseimbangan berdiri

Untuk melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat menyediakan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah berdirinya sudah tegak atau belum. Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri semaksimal mungkin. Keluarga atau pengasuh dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman.

d) Gangguan berbicara dan komunikasi

Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Bila keluarga mengabaikan pasien stroke yang mengalami afasia, misalnya mendiamkan atau menganggap seolah-olah

pasien tidak memahami pembicaraan keluarga, pasien akan merasa frustrasi dan sakit hati. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain, usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara normal dan jangan berteriak. Gunakan bahasa orang dewasa, kalimat pendek dan berikan rangsangan visual jika memungkinkan.

e) Gangguan menelan

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat serangan stroke. Biasanya pasien menunjukkan gejala tersedak pada saat makan atau minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut, memerlukan waktu yang lama untuk makan, dan tersisa makanan di mulut setelah makan. Untuk mengatasi masalah

ini, bila memungkinkan pasien harus duduk di kursi pada waktu makan atau minum. Bila terpaksa harus makan di tempat tidur, pasien harus didudukkan tegak 60-90 derajat. Ketika pasien menelan, anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan. Pada waktu pasien menelan anjurkan untuk memutar kepala (menengok) ke sisi yang lemah. Pastikan bahwa makanan telah tertelan semua, sebelum memberikan suapan berikutnya. Pertahankan pasien tetap duduk tegak setengah jam setelah makan. Bersihkan gigi dan mulut sebelum dan setelah pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur dan gigi berlubang.

f) Gangguan buang air kecil

Sekitar 80 % pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Tanda dan gejalanya antara lain pasien tidak dapat menahan berkemih, urin keluar tanpa disadari oleh pasien dan frekuensi berkemih yang meningkat. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah dijangkau oleh pasien. Untuk mengantisipasi agar pasien tidak ngompol, keluarga dapat menawarkan untuk berkemih secara teratur atau sesuai dengan pola buang air kecil pasien sebelumnya.

g) Gangguan buang air besar

Masalah buang air besar yang sering ditemukan pada pasien pasca stroke adalah konstipasi. Keluarga dapat membantu

pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari, dan membiasakan diri duduk di kloset secara teratur setiap pagi.

4. Konsep *Discharge Planning*

a. Pengertian

Menurut Kozier (2004) *discharge planning* adalah proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit yang lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum. Sedangkan menurut Jackson (1994, dalam The Royal Marsden Hospital, 2004) *discharge planning* merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi

keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain. Nursalam (2012) menyatakan perencanaan pulang atau *discharge planning* merupakan proses yang dinamis agar tim kesehatan mendapatkan kesempatan yang cukup untuk menyiapkan pasien melakukan perawatan mandiri di rumah. Perencanaan pulang didapatkan dari proses interaksi dimana perawat profesional, pasien, dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan. Perencanaan pulang diperlukan oleh pasien dan harus berpusat pada masalah pasien, yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta perawatan rutin yang sebenarnya. Perencanaan pulang akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang diterima pada waktu dirumah sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang

b. Tujuan

Menurut Nursalam (2012) *discharge planning* bertujuan untuk menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan social; meningkatkan kemandirian klien dan keluarga; meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien; membantu rujukan pasien pada system pelayanan yang lain; membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan ketrampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien; melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.

Menurut Townsend tujuan *discharge planning* adalah untuk meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan dengan mengurangi penundaan pemulangan dari rumah sakit, memfasilitasi transisi pasien dari rumah sakit ke rumah, memberikan informasi kepada pasien

tentang kondisi mereka dan jika diperlukan, perawatan kesehatan setelah mereka pulang. *Discharge planning* dapat mempengaruhi lamanya pasien tinggal di rumah sakit dan menjembatani kesenjangan pola asuhan di masyarakat antara rumah sakit dan rumah (Shepperd *et al*, 2013).

Menurut *National Stroke Assosiaton* Perencanaan pemulangan adalah proses mempersiapkan pasien untuk tinggal mandiri di rumah. Tujuannya adalah untuk membantu menjaga manfaat rehabilitasi setelah pasien di pulangkan. Ini dimulai lebih awal selama rehabilitasi dan melibatkan pasien, keluarga dan tim rehab stroke (Elizabeth, 2010).

c. Manfaat Pelaksanaan *Discharge Planning*

Menurut Nursalam perencanaan pulang mempunyai manfaat antara lain : member kesempatan kepada pasien untuk mendapat penjaran selama di rumah sakit sehingga bisa

dimanfaatkan sewaktu di rumah; tindak lanjut yang sistematis yang digunakan menjamin kontinuitas perawatan pasien; mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan keperawatan baru; membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan perawatan di rumah.

d. Proses Pelaksanaan *Discharge Planning*

Menurut *Agency for Healthcare Research and Quality*, proses pelaksanaan *discharge planning* merujuk pada lima komponen yaitu IDEAL, setiap komponen terdiri dari :

- 1). Menyertakan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan pemulangan yaitu dengan selalu menyertakan pasien dan keluarga dalam rapat tim tentang pemulangan. Ingat bahwa rencana pemulangan tidak hanya satu kali tapi sebuah

proses yang berlangsung selama tinggal di rumah sakit; identifikasi keluarga atau teman mana yang akan memberi perawatan di rumah dan libatkan mereka ke dalam proses perencanaan.

- 2). Diskusikan dengan pasien dan keluarga lima area utama untuk mencegah masalah di rumah yaitu : Jelaskan seperti apa kehidupan di rumah, sertakan lingkungan rumah, dukungan yang dibutuhkan, apa yang pasien bisa atau tidak bisa makan, dan aktivitas yang harus dilakukan atau hindari; Review obat, gunakan daftar obat yang direkonsiliasi untuk membahas tujuan setiap obat, seberapa banyak yang harus dikonsumsi, bagaimana cara membuatnya, dan efek samping potensial; Sorot tanda dan masalah peringatan, identifikasi tanda peringatan atau masalah potensial, tuliskan nama dan

informasi kontak seseorang untuk dihubungi jika ada masalah; Jelaskan hasil tes kepada pasien dan keluarga. Jika hasil tes tidak tersedia saat perawatan, biarkan pasien dan keluarga mengetahui kapan mereka harus mendapatkan hasilnya dan mengidentifikasi siapa yang harus mereka panggil jika mereka belum mendapat hasil pada tanggal tersebut; Buat janji tindak lanjut, tawarkan untuk membuat janji tindak lanjut untuk pasien. Pastikan pasien dan keluarga tahu apa yang dibutuhkan tindak lanjut.

- 3). Mendidik pasien dan keluarga dalam bahasa sederhana tentang kondisi pasien, proses pelepasan, dan langkah selanjutnya pada setiap kesempatan selama tinggal di rumah sakit. Informasi yang harus diberikan pada hari pemulangan sangat banyak, karena itu perencanaan proses pemulangan harus

menjadi proses yang berkelanjutan selama tinggal, bukan hanya sekali dilakukan. Kita bisa: Meminta tujuan pasien dan keluarga saat masuk dan perhatikan kemajuan menuju tujuan tersebut setiap hari; Libatkan pasien dan keluarga dalam laporan shift di samping tempat tidur; Bagikan daftar obat-obatan secara tertulis setiap pagi; mintalah keluarga untuk pergilah ke bagian obat-obatan, lalu jelaskan berapa banyak yang harus diambil, bagaimana cara mengambilnya, dan efek sampingnya; Dorong pasien dan keluarga untuk ikut serta dalam praktik perawatan untuk mendukung kompetensi dan kepercayaan diri mereka dalam perawatan di rumah.

- 4). Kaji seberapa baik dokter dan perawat menjelaskan diagnosis, kondisi, dan langkah selanjutnya dalam perawatan pasien kepada

pasien dan keluarga dan gunakan untuk mengajar kembali, dalam hal ini perawat dapat : Berikan informasi kepada pasien dan keluarga dengan potongan kecil dan ulangi informasi penting selama tinggal di rumah sakit; Mintalah pasien dan keluarga untuk mengulangi apa yang perawat katakan dengan kata-kata mereka sendiri untuk memastikan bahwa Anda telah menjelaskan semuanya dengan baik.

- 5). Dengarkan dan hormati tujuan, preferensi, pengamatan, dan kekhawatiran pasien dan keluarga dengan cara : Mintalah pasien dan keluarga untuk menggunakan papan tulis di kamar mereka untuk menulis pertanyaan atau masalah; Ajukan pertanyaan terbuka untuk mendapatkan pertanyaan dan masalah; Gunakan Disiapkan untuk Memeriksa Daftar Rumah dan Buklet (Alat 2a dan 2b) untuk

memastikan pasien dan keluarga merasa siap untuk pulang; Jadwalkan setidaknya satu pertemuan yang spesifik untuk perencanaan pembuangan dengan pasien dan keluarga.

e. Edukasi pada proses *Discharge Planning* dengan Media Audio Visual

Media Audiovisual yaitu jenis media yang selain mengandung unsur suara juga mengandung unsur gambar yang bisa dilihat, misalnya rekaman video, berbagai ukuran film, slide suara, dan lain sebagainya. (Sudjana & Rivai, 2003).

Karakteristik:

- a) Bersifat linear
- b) Menyajikan visual yang dinamis
- c) Digunakan dengan cara yang telah ditentukan sebelumnya oleh perancang
- d) Merupakan representasi fisik dari gagasan real atau abstrak

- e) Dikembangkan menurut prinsip psikologis behaviorisme dan kognitif
- f) Berorientasi pada guru

Menurut Tuong (2014) Intervensi pendidikan berbasis video telah digunakan untuk penyakit kronis lainnya untuk meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan perilaku kesehatan. Video pendidikan terbukti lebih efektif daripada bahan tertulis untuk meningkatkan pengetahuan dan modifikasi perilaku kesehatan termasuk skrining kanker, kepatuhan terhadap perawatan diri gagal jantung, dan tes HIV. Oleh karena itu, materi pendidikan berbasis video mungkin merupakan alat pendidikan yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawatan diri pada pasien dan keluarga stroke rawat inap.

Hasil penelitian Denny *et al* (2017) menunjukkan penggunaan video untuk memberikan edukasi terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, *self-efficacy* dalam mengenali gejala stroke, dan meningkatkan kepuasan pasien stroke mengenai edukasi yang diberikan rumah sakit sebelum mereka pulang.

5. Model Keperawatan Dorothea Orem

Model konseptual Dorothea Orem (2001, dalam Alligood & Tomey, 2006) terdiri dari tiga teori yang saling berhubungan, yaitu teori perawatan diri yang menggambarkan mengapa dan bagaimana manusia merawat dirinya sendiri, teori defisit perawatan diri yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui keperawatan, dan teori sistem keperawatan yang menggambarkan

dan menjelaskan hubungan yang harus dibawa dan dipertahankan agar keperawatan dapat dihasilkan.

a. Teori Perawatan Diri

Perawatan diri sendiri adalah perilaku yang diperlukan secara pribadi dan berorientasi pada tujuan yang berfokus pada kapasitas individu yang bersangkutan untuk mengatur dirinya dan lingkungan dengan cara sedemikian rupa sehingga ia tetap bisa hidup, menikmati kesehatan dan kesejahteraan, dan berkontribusi dalam perkembangannya sendiri (Orem, 1985 dalam Basford, 2006). Perawatan diri sendiri dibutuhkan oleh setiap manusia, baik laki-laki, perempuan, maupun anak-anak. Ketika perawatan diri tidak dapat dipertahankan, akan terjadi kesakitan atau kematian

b. Teori Defisit Perawatan Diri

Orem (Orem 2001 dalam Alligood & Tomey, 2006) mengatakan bahwa defisiensi perawatan diri adalah kesenjangan antara kebutuhan perawatan diri terapeutik individu dan kekuatan mereka sebagai agen perawat diri yang mana unsur pokok perkembangan kemampuan perawatan diri tidak berjalan atau tidak adekuat untuk mengetahui atau mempertemukan sebagian atau semua komponen yang ada atau membangun kebutuhan perawatan diri terapeutik. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa jika seseorang tidak cukup mampu untuk merawat dirinya sendiri berkaitan dengan kesehatannya maka ia dikatakan menderita deficit perawatan diri (Orem 1985 dalam Basford, 2006).

Oleh karena itu diperlukan perawat yang bertindak sebagai agen keperawatan yang berhak membangun hubungan interpersonal untuk

melakukan, mencari tahu, dan membantu pasien untuk mempertemukan kebutuhan perawatan diri terapeutik mereka dan meregulasi perkembangan atau melatih kemampuan mereka sebagai agen perawatan diri sendiri (Orem, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2006).

c. Teori Sistem Keperawatan

Orem (1985, dalam Basford, 2006) menjelaskan sistem keperawatan sebagai “Serangkaian tindakan kontinu yang dihasilkan ketika perawat menghubungkan satu atau sejumlah cara membantu pasien dengan tindakannya sendiri atau tindakan seseorang di bawah perawatan yang diarahkan untuk memenuhi tuntutan perawatan diri terapeutik orang tersebut atau untuk mengatur perawatan diri mereka”.

Sebagai agen keperawatan, perawat menerapkan sistem keperawatan yang merupakan

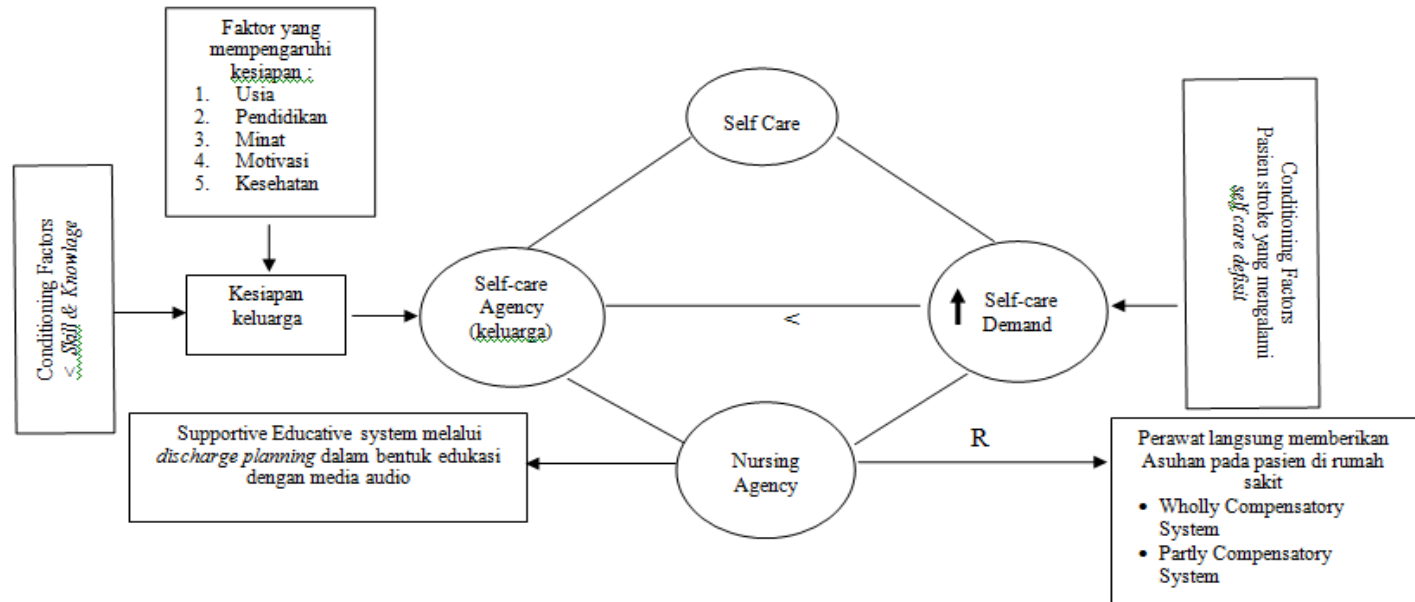
tindakan praktek keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan dan bertahap dengan berkoordinasi dengan pasien untuk mengetahui dan memenuhi komponen kebutuhan perawatan diri terapeutik pasien mereka dan melindungi dan meregulasi latihan atau perkembangan kemampuan pasien sebagai agen perawat diri sendiri (Orem, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2006).

Untuk mengetahui apakah pasien dapat berkontribusi dan kontribusi apa yang harus diberikan perawat, Orem (1985, dalam Basford, 2006) membedakan tiga system keprawatan, yaitu:

- a). Suportif-edukatif, yaitu jika pasien mampu melakukan atau belajar tentang perawatan diri, maka intervensi keperawatan harus dibatasi misalnya hanya pada pemberian dukungan dan pendidikan.

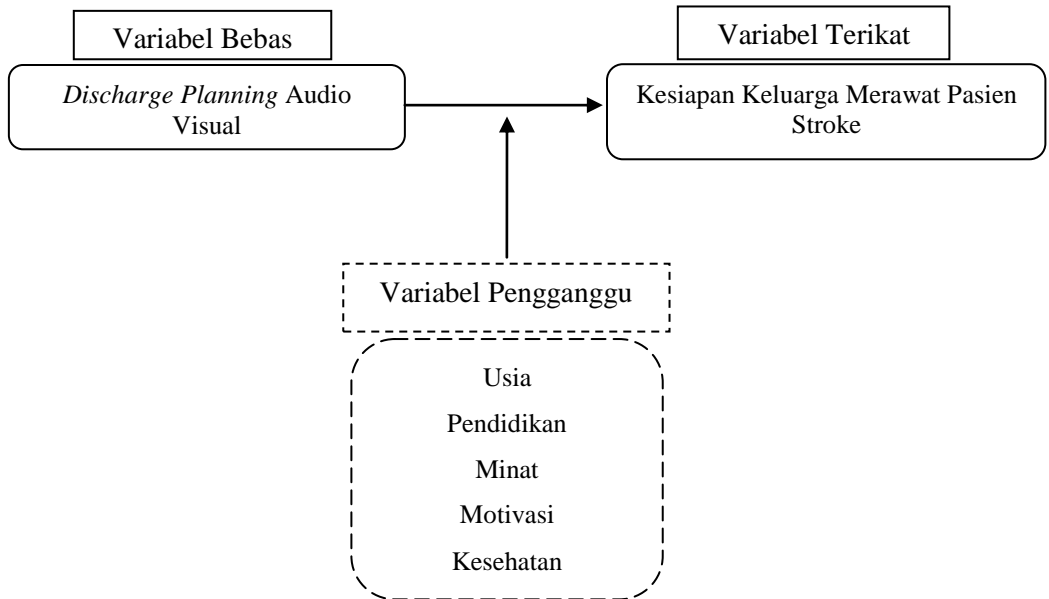
- b). Kompensasi parsial, yaitu pasien memiliki beberapa kemampuan untuk melakukan perawatan diri tetapi tidak dapat mencapai perawatan diri total jika tidak dibantu, dan perawat harus membantu pasien dalam melakukan tugas-tugas tersebut.
- c). Kompensasi total, yaitu jika pasien secara total tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri, dan perawat harus melakukan semua tugas-tugas tersebut untuk pasien, bahkan dalam hal kebutuhan perawatan diri umum seperti memandikan dan memberi makan pasien.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori Penelitian
 Sumber : Slameto, 2010; Alligood and Tomey, 2014

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

- : Diteliti
- : Tidak Diteliti
- : Pengaruh

Gambar 2.4 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

Penerapan *Health Education Video Project* dalam proses *Discharge Planning* dapat Meningkatkan Kesiapan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke.