

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Stroke**

###### **a. Definisi Stroke**

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh pembuluh darah pecah atau terdapat gumpalan dalam pembuluh darah sehingga menghambat suplai darah yang membawa nutrisi dan oksigen yang dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Gejala stroke yang umum ditemukan adalah kelemahan mendadak pada salah satu sisi tubuh. Kelemahan tersebut terdapat pada daerah wajah, lengan atau kaki. Gejala lain yang muncul adalah kebingungan (*delirium*), kesulitan dalam berbicara atau memahami pembicaraan, kesulitan melihat dengan satu atau dua mata, kesulitan berjalan, kehilangan keseimbangan atau koordinasi, atau tidak sadarkan diri. Gejala stroke yang muncul tergantung pada bagian otak yang terluka. Stroke yang sangat parah dapat menyebabkan kematian mendadak (World Health Organization [WHO], 2014).

## **b. Klasifikasi Stroke**

Stroke diklasifikasikan menjadi dua berdasarkan penyebabnya, yaitu:

### 1) Stroke Ischemic

Stroke ischemic adalah penyakit yang terjadi akibat obstruksi didalam pembuluh darah yang memasok darah ke otak. Obstruksi tersebut akibat dari aterosklerosis yaitu endapan lemak yang melapisi dinding pembuluh darah yang dapat menyebabkan obstruksi (AHA 2017). Stroke ischemic terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

#### a) Stroke Thrombosis

Stroke thrombosis adalah stroke yang disebabkan oleh sumbatan yang terjadi akibat pembentukan thrombus (pembekuan darah) di pembuluh darah otak.

#### b) Stroke Emboli

Stroke emboli adalah stroke yang terjadi akibat adanya thrombus (pembekuan darah) yang terjadi dilokasi lain dalam system peredaran darah yaitu jantung dan arteri besar yang berada di dada bagian atas dan leher (AHA, 2017)

*Silent cerebral infarction* (SCI) atau yang sering disebut dengan *silent stroke* adalah cedera otak yang kemungkinan disebabkan karena gumpalan darah yang mengganggu

aliran darah ke otak. SCI merupakan faktor resiko terjadinya stroke yang dapat menyebabkan kerusakan otak progresif (AHA 2017).

## 2) Stroke Hemoragic

Stroke hemoragic adalah stroke yang terjadi akibat melemahnya pembuluh darah (rupture) atau pecah yang menyebabkan perdarahan di sekitar otak sehingga darah akan menumpuk dan menekan jaringan disekitar otak (AHA, 2017).

Stroke hemoragic terbagi menjadi dua jenis yaitu:

### a) Subarachnoid hemorrhage (SAH)

Subarachnoid hemorrhage terjadi ketika pembuluh darah di permukaan otak pecah dan mengeluarkan darah ke ruang antara otak dan tengkorak (AHA, 2017).

### b) Intracerebral hemorrhage (ICH)

Intracerebral hemorrhage sering terjadi akibat peningkatan tekanan darah pada otak. Peningkatan tekanan darah secara mendadak dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah yang akan menyebabkan perdarahan pada otak. Apabila volume perdarahan pada otak luas atau besar dapat menyebabkan kerusakan struktur anatomi otak, destruksi jaringan otak, peningkatan tekanan intracranial (TIK), penurunan perfusi ke otak, gangguan drainase otak, dan

dampak yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak (AHA, 2017).

### 3) TIA

Serangan Iskemik Transien (TIA) atau sering disebut dengan *mini stroke* adalah terhalangnya pembuluh darah dalam waktu yang singkat sehingga aliran darah ke area otak melambat atau terhenti. Kurangnya darah dan oksigen menyebabkan gejala yang bersifat sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam. Serangan iskemik transien (TIA) umumnya tidak menyebabkan kerusakan otak yang permanen melainkan merupakan tanda peringatan terjadinya stroke (AHA, 2017).

### c. Tanda dan Gejala Stroke

Berdasarkan dari Institut Nasional Gangguan Neurologis dan Stroke, mencatat tanda-tanda utama stroke yaitu mati rasa tiba-tiba atau kelemahan pada wajah, lengan atau kaki, kebingungan (*delirium*) yang tiba-tiba, kesulitan berbicara atau memahami orang lain, tiba-tiba kesulitan melihat pada satu atau kedua mata, kesulitan berjalan, pusing, atau kehilangan keseimbangan atau koordinasi, dan sakit kepala berat mendadak tanpa sebab yang diketahui (*Central of Disease Control* (CDC, 2017). Gejala yang paling umum ditemukan pada pasien stroke adalah

ketidakseimbangan gaya berjalan (33%), kelemahan kaki (10%), gangguan penglihatan meliputi kehilangan penglihatan, diplopia, dan pandangan kabur (40%), sakit kepala (16%), dan pusing (8%) (Aroor, Singh, & Goldstein, 2017).

Menurut *National Stroke Association* (2011), Stroke adalah serangan otak yang terjadi ketika gumpalan darah menghalangi arteri atau pembuluh darah pecah yang mengganggu aliran darah ke area otak yang dapat menyebabkan sel-sel otak mulai mati. Misi *National Stroke Association* (NSA) untuk mengurangi kejadian dan dampak stroke dengan mengembangkan pendidikan dan program yang difokuskan pada pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi pada pasien stroke (NSA, 2013), yaitu:

- 1) *F – Face* : Instruksikan pasien untuk tersenyum.  
Observasi apakah terdapat salah satu sisi wajah yang menurun.
- 2) *A – Arms* : Instruksikan pasien untuk mengangkat kedua lengannya. Observasi apakah pasien hanya bisa mengangkat salah satu lengannya.
- 3) *S – Speech* : Instruksikan pasien untuk mengulangi kalimat yang sederhana. Observasi atau

perhatikan apakah pasien berbicara seperti orang cadel atau aneh.

- 4) *T – Time* : Observasi tanda gejala yang muncul. Apabila terdapat salah satu dari tanda-tanda stroke, segera hubungi 9-1-1.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Aroor, Singh, dan Goldstein (2017) menemukan bahwa 14,1% pasien stroke tidak dapat diidentifikasi menggunakan FAST. 14,1% pasien stroke yang tidak dapat diidentifikasi menggunakan FAST dapat menurun menjadi 4,4% dengan menambahkan dua gejala yaitu keseimbangan dan penglihatan menjadi BE-FAST (Balance, Eyes, Face, Arm, Speech, Time).

#### **d. Dampak Stroke**

Stroke yang menyerang sisi otak bagian kiri dapat menyebabkan gejala pada sisi kanan tubuh. Stroke yang menyerang sisi kanan otak juga akan menyebabkan gejala pada sisi kiri tubuh. Dampak umum yang muncul pada individu yang memiliki stroke adalah kelumpuhan (hemiparesis dan hemiplegia), gangguan bicara dan bahasa (seperti disartria (berbicara cadel), disfasia, dan afasia), penurunan keseimbangan tubuh dan kelelahan, kesulitan menelan (disfagia), penglihatan kabur atau hilang penglihatan, masalah

dengan persepsi dan fungsi kognitif, Inkontinensia, dan masalah emosional (*Reinsurance Group of America (RGA)*, 2012).

#### 1) Kelumpuhan

Stroke lacunar menyebabkan lesi yang kecil pada otak dan mengakibatkan serabut saraf saling menumpuk. Serabut saraf yang menurun membawa informasi dari korteks motorik ke sumsum tulang belakang berkumpul di suatu tempat yang disebut dengan kapsul internal. Di dalam kapsul internal, serat yang membawa informasi motorik ke otot-otot pada satu sisi wajah berada di sebelah serat yang membawa informasi motorik lengan yang kemudian membawa informasi ke kaki. Lacunar dalam lesi kecil biasanya menyebabkan stroke yang mempengaruhi ketiga traktus, sehingga menyebabkan hemiparesis (kelemahan pada wajah, lengan, dan kaki) (Lindley, 2017). *Hiperemesis* yaitu kelemahan pada salah satu sisi tubuh yang biasanya kelemahan terjadi pada lengan, tangan, kaki, dan otot wajah yang bersifat ringan dan masih bisa digerakkan (Khairunnisa, 2014). Selain *hemiparesis*, Kelumpuhan yang terjadi pada pasien stroke adalah *hemiplegia*. *Hemiplegia* adalah kelemahan pada anggota gerak yang bersifat berat atau kelumpuhan total dan anggota tubuh

tidak dapat digerakkan (Mohar et al, 2018; National Institute of Health, 2014).

## 2) Gangguan Bicara dan Bahasa

Stroke TACI (*Total Anterior Circulation Infarct*) menyebabkan masalah produksi bahasa dan pemahaman yang disebut aphasia. Kehilangan kemampuan bahasa sepenuhnya disebut dengan aphasia dan kehilangan sebagian kemampuan bahasa disebut dengan dysphasia. Aphasia terbagi menjadi dua yaitu Broca's aphasia atau yang disebut dengan aphasia expressif (produksi kata dan bahasa yang benar terganggu) dan Wernicke's aphasia atau disebut dengan aphasia reseptif (masalah pemahaman bahasa).

Pada pasien aphasia expressif akibat lesi pada lobus frontal dominan yang ditanda bahwa pasien mengerti mengenai pembicaraan tetapi tidak dapat merespon dengan kata-kata yang benar. Pasien dengan aphasia reseptif terjadi akibat lesi pada lobus temporal dominan yang ditandai dengan pasien mengetahui adanya percakapan antara dua orang atau lebih tetapi tidak memahami topik yang sedang dibicarakan (Lindley, 2017).

Pasien stroke akan mengalami kesulitan menelan makanan atau minuman dalam beberapa hari dan minggu



pertama setelah stroke terjadi, masalah tersebut disebut dengan disfagia. Sebagian besar pasien stroke dengan gangguan menelan akan kembali fungsi menelannya selama fase rehabilitasi awal (Lindley, 2017).

### 3) Masalah Emosional

Depresi adalah komplikasi utama stroke dan mempengaruhi sekitar seperlima dari penderita stroke pada tahun pertama setelah stroke. Ketika depresi muncul pada fase awal pemulihan pasca stroke, hal tersebut dapat bermanifestasi konsentrasi yang buruk, kurangnya kemajuan dalam pemulihan, kesulitan berkomunikasi, pola tidur berubah, dan sering menangis (Lindley, 2017).

### 4) Gangguan Kognitif

Stroke ditandai oleh kerusakan pada bagian otak dan tidak dapat dihindari bahwa stroke tertentu akan menyebabkan kerusakan pada memori dan aspek kognisi lainnya. Gangguan kognisi adalah gangguan pada fungsi mental, termasuk pemahaman dan penggunaan ucapan, persepsi visual dan konstruksi, kemampuan menghitung, perhatian (pemrosesan informasi), memori, dan fungsi eksekutif seperti perencanaan, pemecahan masalah, dan pemantauan diri (Lindley, 2017).

#### 5) Inkontinensia

Inkontinensia urin atau feses sering terjadi setelah stroke. Sehingga dibutuhkan perawatan yang khusus pada pasien stroke yang menimbulkan inkontinensia. Pemasangan kateter dihindari kecuali benar-benar diperlukan (Lindley, 2017).

#### 6) Penurunan keseimbangan

Kerusakan korteks motorik akibat stroke mengakibatkan munculnya masalah fisik yang parah. Otot-otot melemah, ada kurangnya kontrol, tonus meningkat dan bisa menjadi sangat merepotkan bagi beberapa pasien, dan refleks lengan dan kaki menjadi cepat (Lindley, 2017).

### e. Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya stroke dibedakan menjadi dua yaitu faktor yang dapat di ubah dan faktor resiko yang tidak dapat di diubah (AHA, 2017).

#### 1) Faktor yang tidak dapat di ubah

##### 1. Usia dan Jenis Kelamin

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sofyan, Sihombing, dan Hamra (2013), menunjukkan bahwa umur yang beresiko tinggi terkena stroke adalah umur > 55

tahun dan umur yang beresiko rendah terkena stroke terdapat pada umur 40-55 tahun. Stroke dapat terjadi pada semua umur. Tetapi semakin bertambah tua maka semakin tinggi resiko terkena stroke (AHA, 2017).

laki-laki (51,9%) lebih banyak mengalami stroke namun tidak jauh berbeda dengan perempuan (48,1%) (Sofyan, Sihombing, dan Hamra 2013). Hubungan antara jenis kelamin dengan risiko terjadinya stroke tergantung pada usia (Arboix 2015). Pada usia muda, wanita memiliki risiko stroke yang lebih tinggi daripada laki-laki, tetapi laki-laki relatif sedikit lebih tinggi terkena stroke pada usia yang lebih tua (Boehme, Esenwa, dan Elkind 2017). Perempuan dapat beresiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan laki-laki. Penggunaan pil KB dan kehamilan yang menimbulkan resiko stroke khusus untuk wanita (AHA, 2017).

## 2. Ras dan Herediter

Orang dengan kulit hitam memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan dengan orang kulit putih karena memiliki tekanan darah tinggi lebih sering

pada orang dengan kulit hitam. Orang Amerika Hispanik juga berisiko lebih tinggi terkena stroke (AHA, 2017).

World Journal of Clinical Cases menunjukkan bahwa pasien berkulit hitam memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dibandingkan pasien kulit putih. Penyakit aterosklerotik intrakranial lebih sering terjadi pada orang Asia (Arboix, 2015).

### 3. Riwayat stroke sebelumnya

Seseorang yang memiliki stroke berisiko lebih tinggi mengalami stroke berulang (AHA, 2017). Stroke berulang terjadi hampir 25% dari kejadian 800.000 stroke yang terjadi setiap tahun di Amerika Serikat dan 691.000 adalah kejadian stroke iskemik, dan 185.000 orang adalah kejadian stroke yang berulang. Stroke berulang terjadi akibat faktor risiko yang tidak ditangani dengan tepat (Oza, Rundell, dan Garcellano, 2017). Pencegahan stroke berulang dapat dilakukan dengan pengobatan yang tepat dan rutin serta memodifikasi gaya hidup menjadi lebih sehat (Lambert 2011).

## 2) Faktor yang dapat diubah

### 1. Hipertensi

Tekanan darah adalah suatu ukuran seberapa kuat tekanan darah terhadap dinding arteri. Apabila tekanan darah tinggi dan tidak diobati atau dikendalikan resiko terjadinya stroke akan lebih tinggi dan dapat menyebabkan 50% stroke karena penyumbatan (stroke iskemik), dan akan meningkatkan risiko pendarahan di otak (disebut stroke haemorrhagic) (Stroke Association, 2012). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Arboix, 2015) Tekanan darah yang tinggi (Hipertensi) dapat meningkatkan resiko stroke sebanyak empat kali lipat. Resiko perdarahan otak pada pasien dengan hipertensi 3,9 kali lebih tinggi daripada individu yang tidak memiliki hipertensi. Pada perdarahan subarachnoid aneurisma, risiko relatif adalah 2,8 lebih tinggi.

**Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah**

Klasifikasi TD	TD Sistolik (mmHg)	TD Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-129	< 80
Hipertensi Stage 1	130-139	80-89
Hipertensi Stage 2	> 40	> 90
Hipertensi Stage 3	> 180	> 120

(“New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension - American College of Cardiology” n.d.)

## 2. Disfungsi Metabolik

Sindroma metabolik adalah gangguan metabolik yang merupakan faktor risiko terjadinya penyakit kardiovaskuler, salah satunya adalah stroke. Pasien stroke dengan sindroma metabolik kriteria pertama yaitu obesitas abdominal, kadar trigliserida, dan kadar kolesterol HDL, dalam penelitian Chrisna dan Martini (2016) memiliki persentase sebesar 31,2% dan Individu yang memiliki sindroma metabolik berisiko terkena stroke 6,82 kali lebih besar dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki kriteria sindroma metabolik.

## 3. Merokok

Perokok memiliki resiko stroke ischemic relative 1.92 kali lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak merokok. Merokok dapat meningkatkan resiko pembentukan thrombus di pembuluh darah arteri yang sempit dan berkontribusi terjadinya peningkatan plak aterosklerosis. Merokok juga dapat meningkatkan viskositas darah, fibrinogen dan agregasi trombosit, dan menurunkan kolesterol high density lipoprotein (HDL),

yang menyebabkan kerusakan langsung pada endotelium dan peningkatan tekanan darah (Arboix, 2015).

#### 4. Hyperlipidemia

Hubungan antara dyslipidemia dan stroke belum secara konsisten dijelaskan. Tetapi lipid plasma dan lipoprotein (total kolesterol, trigliserida, LDL, dan HDL) memiliki pengaruh pada resiko infark serebral. Data dari studi prospektif pada pasien laki-laki menunjukkan bahwa di hadapan total nilai kolesterol serum > 240 hingga 270 mg / dL, ada peningkatan tingkat stroke iskemik. Secara umum, faktor stroke ischemic pada pria dan perempuan jelas ada hubungan dengan dyslipidemia. Pada pria, level LDL yang rendah merupakan faktor risiko untuk terjadinya iskemia serebral tetapi data pada wanita tidak dapat disimpulkan. Karena kadar LDL yang tinggi jelas terkait dengan risiko kardiovaskular yang lebih tinggi. (Arboix, 2015).

#### 5. Mengonsumsi Alkohol

Penelitian yang dilakukan oleh Arboix (2015) mengatakan bahwa, mengonsumsi alcohol dapat meningkatkan tekanan darah sehingga menjadi faktor

resiko terjadinya stroke. Dan meminum alcohol berlebihan dapat menyebabkan perdarahan pada intraserebral otak. Mengonsumsi alcohol yang berlebihan (>60 g/d) dapat meningkatkan risiko stroke dengan rasio risiko iskemia serebral 1.69 dan rasio risiko perdarahan otak 2.18. Alkohol mengandung etanol yang bersifat direct neurotoxin dan penyalahgunaan etanol menyebabkan perbedaan proses neurodegenerative, termasuk demensia. Konsumsi alkohol 20-30 g/d atau setara dengan 1 atau 2 minuman per hari berisiko terkena stroke lebih rendah.

#### 6. Obesitas

Obesitas adalah berat badan yang berlebih dengan kisaran  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Orang dengan indeks massa tubuh (BMI)  $<18,5 \text{ kg/m}^2$  diklasifikasikan sebagai kurus, antara 18,5 dan 25,9  $\text{kg/m}^2$  sebagai kisaran berat badan yang sehat, antara 26 dan 29,9  $\text{kg/m}^2$  obesitas. Obesitas ada kaitannya dengan masalah adipositas. Adipositas adalah ketidakseimbangan energi antara asupan energi (kalori) dan pengeluaran energi (aktivitas fisik dan proses metabolisme). Ambang batas ideal atau normal untuk



adipositas belum ditetapkan. Peningkatan jaringan lemak dikaitkan dengan risiko resistensi insulin yang lebih tinggi, diabetes, hipertensi, dislipidemia, penyakit pembuluh darah dan kondisi lainnya (Arboix, 2015).

#### **f. Komplikasi Stroke**

Komplikasi yang muncul akibat stroke menurut Bhalla dan Birns (2015) yaitu:

##### **1. Infark miokard**

Terdapat sejumlah mekanisme stroke akut dapat menyebabkan cedera miokard yaitu karena disfungsi jantung yang disebabkan oleh katekolamin, di mana perubahan neurohumoral pasca stroke dapat berkontribusi terhadap kematian sel, vasospasme arteri koroner, dan aritmia jantung. Terdapat hubungan antara peningkatan kadar troponin dan tingkat keparahan stroke. Peningkatan kadar troponin terlihat di antara 5 dan 34% pasien dengan stroke iskemik akut, kelainan kardiovaskular (termasuk disfungsi ventrikel kiri, hipotensi, dan edema paru), keterlibatan kortikal insular kanan, dan hasil jangka pendek dan panjang yang tidak menguntungkan.

## 2. Gagal Jantung

Menurut (Bhalla and Birns 2015), menunjukkan bahwa resiko stroke ischemic dua sampai tiga kali lebih tinggi untuk pasien dengan gagal jantung kronik daripada pasien tanpa gagal jantung kronik.

## 3. Aritmia Jantung

Difungsi jantung setelah stroke dimanifestasikan oleh berbagai macam aritmia, perubahan ECG, elevasi jantung meningkat, dan ketidakstabilan hemodinamik, yang dapat menyebabkan syok kardiogenik dan bahkan kematian. Aritmia pasca stroke dilaporkan 51% pasien setelah stroke iskemik dan 78% pasien setelah stroke hemoragik dan dengan demikian umum terjadi (Bhalla and Birns 2015).

## 4. Kejang post stroke

Kejang adalah kejadian sementara tanda atau gejala akibat aktivitas neuronal abnormal yang berlebihan atau sinkron di otak. Kejang secara tradisional telah diklasifikasikan menjadi "umum" dan "fokus". Kejang dapat mempengaruhi 4 dan 6% pasien dalam satu minggu stroke, dan antara 2,5 dan 6,5% pasien akan mengalami epilepsi pasca stroke (Bhalla and Birns 2015).

## 2. Keluarga

### a. Definisi Keluarga

Keluarga adalah kelompok terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dibawah satu atap dalam keadaan saling bergantung. Keluarga adalah kelompok terpenting yang mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarganya dan sebagian besar status kesehatan keluarga dipengaruhi oleh kondisi keluarga itu sendiri. Peran keluarga dapat mengalami perubahan apabila terdapat salah satu anggota keluarga yang sakit (Friedman dalam buku (Ali 2010). Tugas keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit bersifat mendukung selama masa penyembuhan, pemulihan, dan menjaga pasien (Kaakinen et al, 2015).

### b. Keluarga sebagai *Caregiver*

Pengasuh keluarga (*family caregiver*) adalah seseorang yang bertanggungjawab untuk memperhatikan kebutuhan anggota keluarganya sehari-hari yang tidak mampu merawat dirinya sendiri akibat sakit, cedera atau cacat. Pengasuh keluarga bertanggungjawab atas dukungan fisik, emotional, dan dukungan keuangan. Seseorang yang merawat pasien bisa dilakukan baik anggota keluarga, pasangan hidup atau teman. Pengasuh atau sering disebut *caregiver* terbagi

menjadi yaitu informal dan formal. *Caregiver* formal, termasuk penyedia perawatan kesehatan di rumah dan profesional kesehatan lainnya yang telah terlatih, memiliki pengetahuan dalam perawatan, dan membayar layanan kesehatan yang telah diberikan. Sedangkan *Caregiver* informal ditujukan kepada pengasuh keluarga (*family as caregiver*) yang menggambarkan bahwa keluarga adalah seseorang yang merawat anggota keluarga yang sakit tanpa bayaran (National Alliance for Caregiving, 2010).

### c. **Kebutuhan Keluarga**

Kebutuhan keluarga sebagai caregiver untuk merawat pasien stroke terdiri dari 6 kebutuhan (Lou et al, 2016; Kumar et al, 2015; Kreutzer et al, 1996) yaitu:

#### 1) *Informational needs*

Informasi yang dibutuhkan oleh keluarga adalah kondisi pasien, cara merawat pasien selama stroke terjadi, dan pengobatan pasien (Fateel and O'Neill, 2016). Informasi yang sering di tanyakan oleh keluarga adalah cara pemindahan dan pengangkatan pasien, olahraga, perubahan psikologis dan masalah gizi (Hafsteinsdóttir et al. 2011). Dalam penelitian yang dilakukan Fateel dan O'Neill (2016), Keluarga yang mendapatkan informasi yang akurat dari perawat mengenai

kondisi terbaru pasien dan cara merawat pasien dapat menurunkan rasa stress dan takut pada keluarga sebagai caregiver dan proses rehabilitasi pasien stroke mengalami perbaikan atau berhasil.

2) *Emotional needs*

*Emotional need* meliputi bantuan dari orang terdekat untuk tetap berharap yang terbaik untuk pasien, berfikir positif, meminta bantuan orang lain tanpa merasa segan atau takut, dapat berbagi pengalaman, memiliki waktu untuk mengikuti kegiatan keagamaan atau perkumpulan di tempat tinggalnya, dan keluarga dapat mengatasi keraguan yang dirasakan keluarga. Keluarga sebagai caregiver harus diperhatikan. Peran perawat sangat dibutuhkan. Perawat harus mempertimbangkan secara menyeluruh mengenai dampak emosional yang dialami keluarga sehingga perawat dapat memahami kebutuhan keluarga dan dapat memberikan informasi yang sesuai kondisi pasien.

3) *Instrumental need*

*Instrumental need* meliputi *Physical needs*, waktu istirahat yang cukup, bantuan dalam biaya pengobatan pasien, ingin memiliki waktu untuk melakukan kegiatan yang disukai, berkumpul dengan teman dekat, bantuan dalam mengurus

pekerjaan rumah, dan keterlibatan anggota keluarga lain untuk merawat pasien. Keluarga adalah orang yang selalu berada disamping pasien yang dapat berdampak kelelahan, kehilangan energi, dan beresiko tinggi mengalami penurunan kesehatan fisik selama merawat pasien sehingga *physical needs* keluarga sebagai caregiver harus diperhatikan yaitu tidur yang cukup dan intake nutrisi yang cukup (Agianto and Setiawan 2017).

4) *Professional need*

*Professional need* meliputi *Supportive care needs*, penjelasan dari tenaga kesehatan tentang cara menangani keadaan darurat pasien, cara menangani kondisi pasien yang berubah emosional dan perilaku, serta membutuhkan informasi tentang rehabilitasi dan terapi fisik, dan kegiatan atau aktivitas yang dapat dilakukan pasien secara mandiri. Dukungan dari pelayanan kesehatan dalam membantu keluarga dalam meningkatkan proses penyembuhan pasien dengan membuat kerjasama dari rumah sakit ke puskesmas dengan sistem home visit (Agianto & Setiawan, 2017).

5) *Community support network*

Komponen yang dibutuhkan keluarga pada *community support network* meliputi *Psychosocial needs*, anggota keluarga dan teman dekat memahami masalah yang dialami pasien,

mengungkapkan perasaan yang dialami keluarga kepada orang terdekat, dan dapat melakukan pekerjaan atau aktivitas yang disukai walaupun sedang merawat pasien, dukungan dari masyarakat, dukungan dari orang terdekat, penerimaan pasien, dan keluarga mampu membuat sebuah keputusan yang terbaik untuk merawat pasien dan selalu berfikir positif (Agianto & Setiawan, 2017).

6) *Involvement with patient care*

Kebutuhan *involvement with patient care* meliputi kemauan keluarga dalam memberikan perawatan yang terbaik untuk pasien, kemauan untuk terlibat dalam proses rehabilitasi pasien, kemauan dalam membantu memberikan perawatan, nutrisi, serta perawatan fisik pasien.

**d. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga**

Dalam memenuhi kebutuhan keluarga sebagai caregiver dalam merawat pasien stroke terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga yaitu tenaga dan fisik, perubahan struktur dan fungsi keluarga, finansial, Informasi kesehatan yang tidak mencukupi, komunikasi antara keluarga dan pelayanan kesehatan yang belum maksimal serta dukungan dari teman dan anggota keluarga yang lainnya.

Faktor pertama adalah tenaga dan kesehatan fisik. Pasien stroke membutuhkan waktu penyembuhan yang cukup lama sehingga keluarga selalu selalu membantu dalam memenuhi kebutuhan pasien. Sehingga keluarga mengalami kekurangan energi, merasa kelelahan, dan kurang tidur selama merawat pasien stroke yang dapat mengganggu ketahanan fisik atau kesehatan keluarga. Jika masalah ini tidak ditangani maka keluarga beresiko tinggi mengalami penurunan kesehatan (Agianto & Setiawan, 2017).

Faktor kedua adalah perubahan struktur dan fungsi keluarga. Stroke merupakan salah satu penyakit kronis yang proses penyembuhannya cukup lama sehingga dapat mempengaruhi fungsi, kekuatan, dan kerentanan keluarga (Kaakinen et al. 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Golics, et al (2013) didapatkan bahwa kesulitan yang dihadapi oleh keluarga yang merawat pasien stroke adalah perubahan peran dalam keluarga.

Faktor ketiga yang mempengaruhi kebutuhan keluarga adalah finansial dan pekerjaan. Pasien yang mengalami stroke membutuhkan pengobatan yang tepat agar proses penyembuhan dapat berjalan dengan baik dan berkonsultasi dengan dokter. Oleh sebab itu, masalah biaya atau finansial menjadi masalah atau konflik di dalam keluarga (51,79%). Dampak finansial dan



pekerjaan keluarga adalah masalah besar. Sekitar 52% keluarga mengatakan bahwa stroke atau penyakit kronis mempengaruhi pekerjaannya. Keluarga harus mengambil hari libur kerja untuk merawat pasien dan 9 % kasus bahwa pasien atau anggota keluarga berhenti bekerja akibat dampak dari stroke (Golics C. Jane, et al, 2013).

Faktor keempat adalah Kurangnya informasi. Kurangnya informasi mengenai kondisi, pengobatan atau terapi yang akan diberikan, dan perawatan pasien stroke juga dapat berpengaruh dalam memenuhi kebutuhan keluarga sebagai caregiver dan jika kebutuhan informasi tidak didapatkan keluarga, maka dapat mempengaruhi emosional atau stress pada keluarga sebagai *caregiver* (Fateel & O'Neill, 2015).

Faktor kelima adalah kurangnya dukungan teman dan anggota keluarga lainnya dan komunikasi antara perawat dan keluarga. Komunikasi antara perawat dan keluarga sangatlah penting untuk meningkatkan perawatan pada pasien stroke, tetapi informasi antara pelayanan kesehatan dan keluarga kurang atau belum cukup sehingga keluarga merasa tidak mendapatkan informasi yang lengkap yang menyebabkan keluarga mencari informasi di luar pelayanan kesehatan (Fateel & O'Neill, 2015). Sekitar 61 % melaporkan bahwa kurangnya dukungan dari teman

dan anggota keluarga lainnya serta merasa orang lain tidak mengerti dengan kondisi yang di alami dan merasa sulit untuk berbicara tentang penyakit pasien, merasa malu karena keluarga yang merawat kurang pengetahuan tentang merawat pasien (Golics C. Jane, et al, 2013).

**e. Alat Pengukuran *Family Need Questionnaire* (FNQ)**

Kuesioner *family need* dikembangkan oleh Kreutzer dan Marwitz yang bertujuan untuk memberikan informasi tentang kebutuhan unik anggota keluarga setelah cedera trauma otak. Informasi dikumpulkan mengenai persepsi keluarga tentang pentingnya kebutuhan dan sejauh mana setiap kebutuhan telah terpenuhi. Kuesioner FNQ mencakup 40 item yang mewakili beragam kebutuhan yang mungkin timbul selama rehabilitasi akut, segera setelah dipulangkan, dan dalam jangka panjang. Faktor skala analitis meliputi: Informasi Kesehatan, Dukungan Emosional, Dukungan Instrumental, Dukungan Profesional, Jaringan Dukungan Masyarakat, dan Keterlibatan dengan Perawatan. Anggota keluarga diminta untuk menunjukkan pentingnya setiap kebutuhan yang dirasakan dan kemudian menilai sejauh mana kebutuhan tersebut telah terpenuhi. Indikasi pentingnya setiap kebutuhan yang dirasakan dinilai pada skala empat poin mulai dari "tidak penting" hingga "sangat

penting." Anggota keluarga menilai sejauh mana setiap kebutuhan telah terpenuhi (Marwitz J, 2000).

**Tabel 3.** Kisi-kisi soal *family need questionnaire*

Aspek	Jumlah soal	Nomor soal
<i>Informational need</i>	11	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
<i>Emotional need</i>	10	12,13,14,15,16,17,18,19,20,21
<i>Instrumental support need</i>	6	22,23,24,25,26,27
<i>Professional support need</i>	6	28,29,30,31,32,33
<i>Community support network</i>	5	34,35,36,37,38
<i>Involvement with Patient Care</i>	2	39,40

### 3. Tugas Kesehatan Keluarga

#### a. Definisi Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga adalah suatu kegiatan yang bersifat wajib yang dilaksanakan oleh keluarga untuk mengoptimalkan kesehatan setiap anggota keluarganya. Dalam mengoptimalkan kesehatan keluarga, keluarga harus menjalani fungsi utama keluarga yaitu salah satunya adalah fungsi perawatan keluarga. Fungsi perawatan keluarga meliputi perawatan kesehatan yang diberikan keluarga yang bersifat preventif dan berpartisipasi dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang telah diterapkan (Mubaraq, Chayatin, & Santoso, 2010).

## **b. Tugas Kesehatan Keluarga**

Tugas kesehatan keluarga terdiri dari Lima jenis (Pradini, 2017), yaitu sebagai berikut:

### 1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarga

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mengenal dan menemukan setiap masalah kesehatan dalam keluarga. Mengenal dan menemukan masalah kesehatan keluarga dapat membantu keluarga untuk mengantisipasi atau mencegah masalah kesehatan dan dapat menjaga kesehatan keluarga.

Stroke adalah penyakit yang terjadi akibat penurunan fungsi neurologis yang disebabkan oleh gangguan pada pembuluh darah menuju ke otak yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba. Oleh karena itu, keluarga perlu mengetahui pengertian stroke, faktor resiko terjadinya stroke, tanda dan gejala yang ditimbulkan, serta dampak stroke. Apabila keluarga dapat mengenal dan memahami stroke dengan baik maka keluarga mampu memperbaiki dan mencegah masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit.

### 2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat

Mengambil atau membuat suatu keputusan termasuk keputusan terkait masalah kesehatan keluarga adalah tugas penting

yang dilakukan oleh keluarga. Tugas keluarga tersebut merupakan upaya utama keluarga dalam mencari pertolongan tepat dan sesuai dengan kondisi keluarga dan mempertimbangkan bahwa anggota keluarga memiliki kemampuan untuk memutuskan atau menentukan tindakan yang tepat di dalam keluarga.

3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit dapat dilakukan baik di pelayanan kesehatan maupun di rumah. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami stroke memerlukan perawatan terhadap dampak akibat stroke seperti ketidakmampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan. Keluarga diharapkan membantu atau menjadi bagian dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

4) Memodifikasi lingkungan untuk mempertahankan kondisi kesehatan keluarga

Memodifikasi lingkungan merupakan tugas kesehatan keluarga yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang aman untuk pasien serta mempertahankan kesehatan setiap anggota keluarga. Stroke menyebabkan pasien mengalami berbagai perubahan. Perubahan tersebut meliputi perubahan motorik, mental, gangguan komunikasi, serta gangguan emosional.

Sehingga pasien stroke membutuhkan perawatan dan lingkungan yang aman dan nyaman serta dukungan dari anggota keluarga yang lain untuk menurunkan stres yang dirasakan oleh pasien stroke.

5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada

Kemampuan keluarga dalam memahami keuntungan yang didapatkan dari fasilitas kesehatan, kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan, memiliki pengalaman yang baik terhadap petugas kesehatan serta memilih fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau. Hubungan yang bersifat positif akan menghasilkan pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan agar dapat merubah perilaku setiap anggota keluarga mengenai sehat sakit. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami stroke mampu dan harus melakukan kontrol kesehatan secara rutin untuk menghindari resiko stroke berulang.

**c. Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga**

Faktor yang mempengaruhi tugas kesehatan keluarga terdiri dari dua faktor (Susanti, 2013; Rini Suharni, 2010), yaitu:

- 1) Faktor Internal
  - a) Usia

Usia berpengaruh dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga karena setiap usia memiliki pemahaman dan respon yang berbeda terhadap kesehatan.

b) Pendidikan

Kemampuan kognitif yang membentuk cara berfikir seseorang terkait faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dikarenakan setiap individu memiliki pemahan yang berbeda untuk menjaga kesehatan keluarga, sehingga tingkat pengetahuan berpengaruh pada tugas kesehatan keluarga.

c) Emosi

Keluarga yang memiliki emosional yang tidak stabil akan cenderung merasa cemas dan khawatir terhadap masalah kesehatan dalam keluarga sedangkan keluarga yang bersikap lebih tenang ketika salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga yang merawat akan lebih sabar dalam memberikan dukungan kepada pasien. Apabila keluarga yang merawat pasien tidak mampu melakukan coping emosional yang baik dapat mempengaruhi proses kesembuhan pasien.

d) Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dimiliki oleh keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam menjalani cobaan hidup, mencari harapan serta arti kehidupan.

2) Faktor Eksternal

a) Praktik di keluarga

Dukungan yang diberikan oleh keluarga biasanya mempengaruhi motivasi pasien terhadap kesehatannya. Apabila keluarga tidak memperdulikan pasien maka pasien akan cenderung menambah dan menjadi pencetus terjadinya stress pada pasien.

b) Sosial dan psikososial

Faktor sosial dan psikososial dapat mempengaruhi seseorang dalam respon terhadap penyakitnya. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosial dan lingkungan kerjanya untuk meningkatkan status kesehatannya.

c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan keluarga dalam memberikan dukungan termaksud

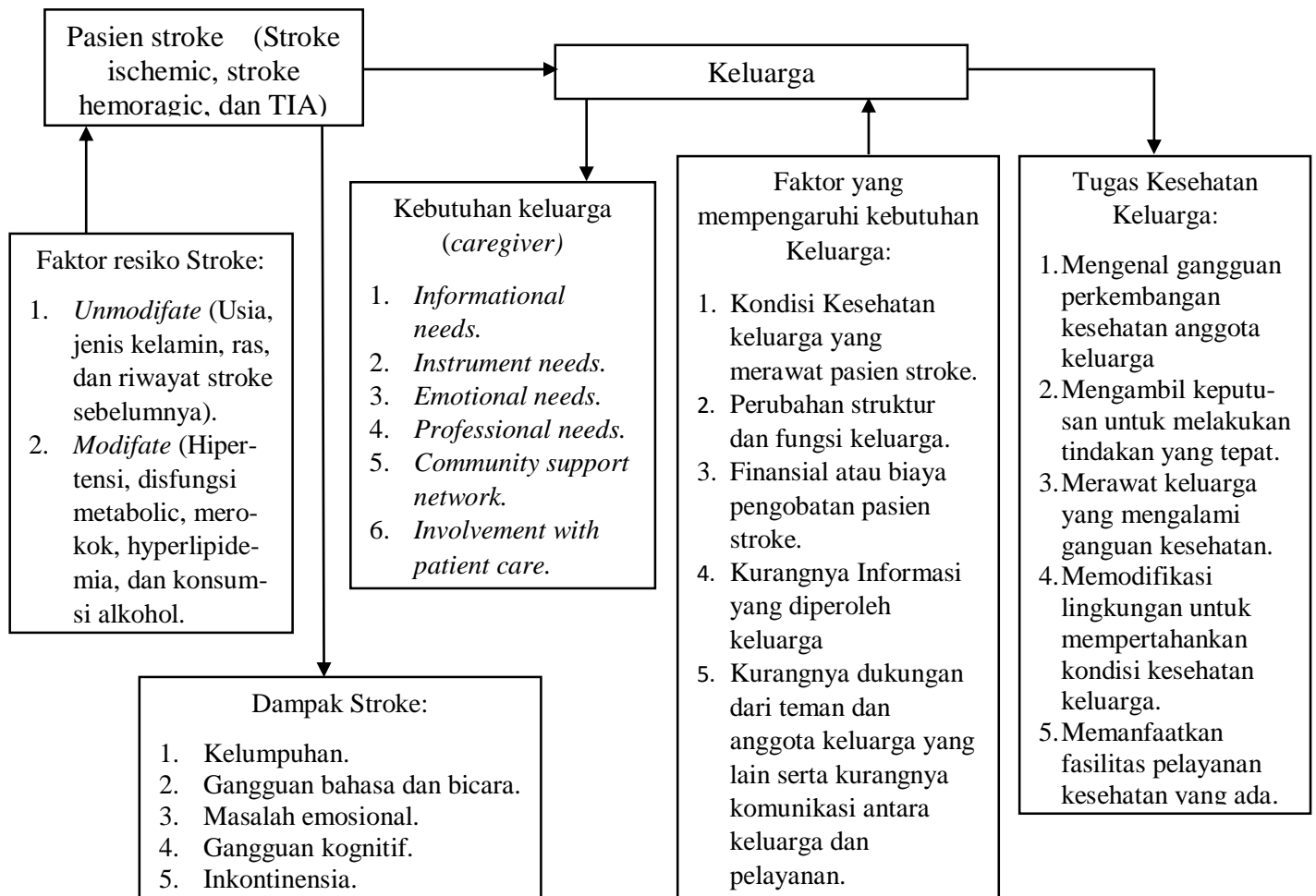


cara penatalaksanaan terhadap penyakit yang sedang diderita oleh salah satu anggota keluarga yang sakit.

d) Status ekonomi

Stroke merupakan penyakit yang membutuhkan pengobatan yang lama sehingga status ekonomi keluarga mempengaruhi dalam menjalankan tugas keluarga. Status ekonomi rendah pada umumnya lebih jarang mempunyai kesempatan untuk menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan ekonomi atau finansial yang kurang serta biaya pengobatan yang mahal.

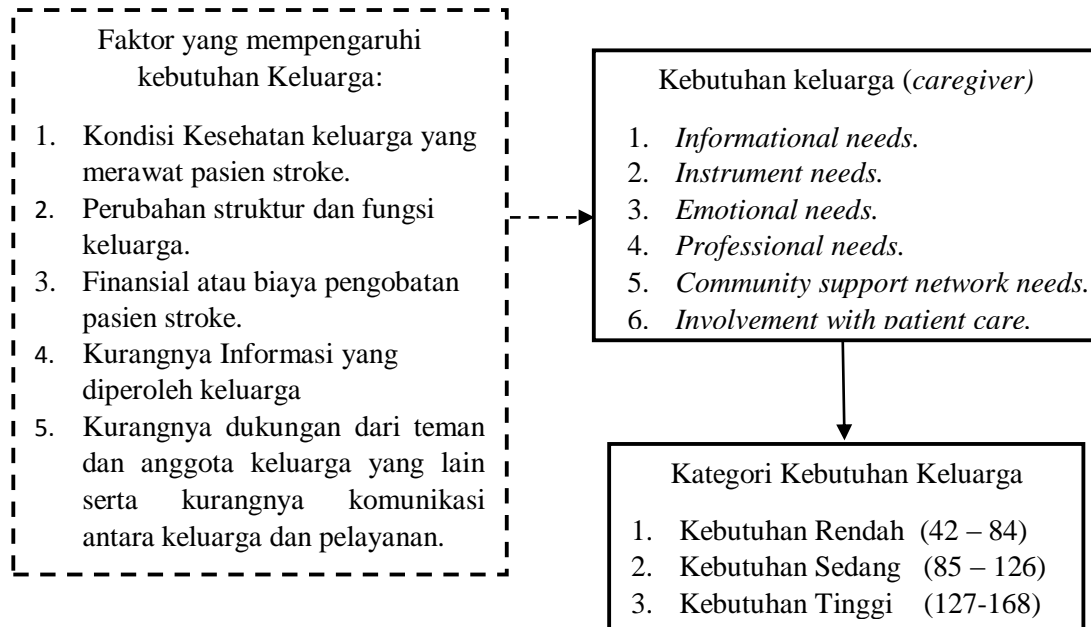
## B. Kerangka Teori



**Gambar 1.** Kerangka Teori Penelitian

(World Health Organization [WHO], 2014); (AHA 2017); (Aroor, Singh, & Goldstein, 2017); (*National Stroke Association*, 2011); (Reinsurance Group of America (RGA), 2012); (Lindley, 2017); (Bhalla dan Birns, 2015); (Friedman dalam buku Ali, 2010); (Fateel and O'Neill 2015); (Agianto and Setiawan 2017); (Hafsteinsdóttir et al. 2011); (Arboix, 2015); (*Central of Disease Control* (CDC), 2017); (Sofyan, Sihombing, dan Hamra, 2013); (World Journal of Clinical Cases, 2015); Chrisna dan Martini (2016); Marwitz, J (2000); Kreutzer et al (1996); Kaakinen et al (2015); ("New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension - American College of Cardiology" n.d.); (WHO Western Pasific Region, 2000); (Oza, Rundell, dan Garcellano, 2017); (Oza, Rundell, dan Garcellano, 2017); (Lambert 2011); (NAC, 2010); Golics, et all (2013)).

### C. Kerangka Konsep



#### Keterangan:

- : Variabel yang diteliti       : Hubungan yang diteliti  
 : Variabel yang tidak diteliti       : Hubungan yang tidak diteliti

**Gambar 2.** Kerangka Konsep Penelitian