

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KEMANDIRIAN *ACTIVITIES OF DAILY LIVING*
PADA KLIEN PASCA STROKE**

LITERATURE REVIEW



Oleh
Ervien Mardijati
NIM. 20010182

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2022**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KEMANDIRIAN *ACTIVITIES OF DAILY LIVING*
PADA KLIEN PASCA STROKE**

LITERATURE REVIEW

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan (S.Kep)



Oleh
Ervien Mardijati
NIM. 20010182

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar
proposal pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas dr. Soebandi

Jember, 11 April 2022

Pembimbing I



Dr. Nikmatur Rohmah, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP.19720626 200501 2001

Pembimbing II



Ns. Anita Fatarona, S.Kep., M.Kep
NIDN. 0716088702

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ervien Mardijati

Tempat, tanggal lahir : Magetan, 05 Oktober 1979

NIM : 20010182

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa *literature review* ini adalah asli dan belum pernah diajukan sebagai syarat penelitian, baik di Universitas dr. Soebandi Jember maupun di perguruan tinggi lain. *literature review* ini murni gagasan dan rumusan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing. Dalam perumusan *literature review* ini tidak terdapat karya atau pendapat orang lain yang telah ditulis serta dipublikasikan, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan atau sanksi lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku dalam perguruan tinggi ini.

Jember, 30 Juni 2022

Yang menyatakan,



Ervien Mardijati
NIM. 20010182

LEMBAR PENGESAHAN

Literatur Review yang berjudul **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke** telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 23 Agustus 2022
Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi
Jember

Tim Penguji
Ketua,



Dr. M. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., MM.
NIDN. 4021046801

Penguji I,



Dr. Nikmatur Rohmah, S.Kep.Ns., M.Kes.
NIP.19720626 200501 2001

Penguji II,



Ns. Anita Fatarona, S.Kep., M.Kep.
NIDN: 0716088702

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas dr. Soebandi



Hella Meldy Tursina, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0706109104

PERSEMBAHAN

Skripsi ini ku persembahkan bagi:

1. Kedua orang tua ku, yang telah dengan rela hati, berkorban jiwa dan raga dalam membesarkanku, mendidikku hingga menjadi seperti saat ini, terimakasih yang tak terhingga
2. Suamiku tercinta Muhammad Gufron dan kedua anakku tersayang Bima ,Prita yang dengan setia mendampingi, dan memberikan semangat dan motivasi hingga aku mampu melewati masa- masa ini.
3. Keluarga ku sebagai penyemangat dan obat hati.

MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri.

(QS Ar Rad:11)

Orang yang hebat adalah orang yang memiliki kemampuan menyembunyikan kesusahan, sehingga orang lain mengira bahwa ia selalu senang.

(Imam Syafi'I)

ABSTRAK

Mardijati, Ervien* Rohmah, Nikmatur** Fatarona, Anita***.2022. **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke**. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember

Pendahuluan: Stroke memiliki beban kesehatan besar yang berdampak pada menurunnya status fungsional jangka panjang sehingga berimplikasi pada rendahnya kemandirian pasien dalam *activities of daily living*. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke. **Metode:** Desain penelitian adalah *Literature review*. Database menggunakan *google scholar, PubMed, Elsevier* dengan pendekatan *PEOS framework*. Lima artikel teridentifikasi sesuai kriteria. **Hasil:** kelima artikel mengungkapkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga pada klien pasca stroke berada pada kategori tinggi yakni mencapai 50,3% - 87,72%. Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke sebagian besar adalah pada kategori sedang yang mencapai 38,5%-71,9%. **Analisis:** kelima artikel menyatakan bahwa adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke. **Diskusi:** dukungan keluarga merupakan tindakan langsung asuhan keperawatan dengan mendorong anggota keluarga untuk berpartisipasi merawat pasien stroke. Oleh karenanya dengan adanya dukungan keluarga yang tinggi secara progresif akan meningkatkan dan mengembalikan fungsi tubuh utamanya dalam memenuhi *activities of daily living* secara mandiri.

Kata Kunci : *Activities of Daily Living, Dukungan Keluarga, Pasien Stroke*

*Peneliti

** Pembimbing 1

***Pembimbing 2

ABSTRACT

Mardijati, Ervien* Rohmah, Nikmatur** Fatarona, Anita***.2022. **Relationship between Family Support and Independent Activities of Daily Life in Post-Stroke Clients.** *Undergraduated Thesis. Nursing Science Study Program, dr. Soebandi University*

Introduction: Stroke has a large health burden that has an impact on decreasing long-term functional status so that it has implications for the patient's low independence in activities of daily living. This study aims to explain the relationship between family support and independent activities of daily living in Post-Stroke Clients. **Methods:** The research design was a literature review. The database uses Google Scholar, PubMed, Elsevier with the PEOS framework approach. Five articles were identified according to the criteria. **Results:** the five articles revealed that most of the family support for post-stroke clients was in the high category, reaching 50.3% - 87.72%. The independence of Activities of Daily Living in Post-Stroke Clients is mostly in the moderate category which reaches 38.5%-71.9%. **Analysis:** the five articles state that there is a relationship between family support and independent activities of daily living in post-stroke clients. **Discussion:** family support is a direct action of nursing care by encouraging family members to participate in caring for stroke patients. Therefore, with high family support, it will progressively improve and restore its main body functions in fulfilling activities of daily living independently.

Keywords : Activities of Daily Living, Family Support, Post-Stroke Clients

* *Researcher*

** *Adviser 1st*

*** *Adviser 2nd*

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan *literature review* ini dapat terselesaikan. *Literature review* ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi dengan judul “**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke**”. Selama proses penyusunan *literatur review* ini peneliti dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Drs. H. Said Mardijanto, S.Kep., Ns., MM selaku Rektor Universitas dr. Soebandi yang telah membantu dengan memberikan berbagai macam fasilitas serta berbagai kemudahan lainnya.
2. Hella Meldy Tursina, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr. Soebandi yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh Pendidikan
3. Dr. Nikmatur Rohmah, S.Kep., Ns., M.Kes selaku pembimbing I di Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan bimbingan dan masukan dan saran demi kesempurnaan *literatur review* ini
4. Ns. Anita Fatarona, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing II di Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan bimbingan dan masukan dan saran demi kesempurnaan *literature review* ini
5. Dr. Moch. Wildan, A.Per. Pen., M.Pd., MM., selaku penguji yang memberikan masukan, saran, dan kritik demi kesempurnaan dalam penyusunan *literature review* ini

6. dr. Hendro Soelistijono, MM., M.Kes., selaku direktur RSD. Dr Soebandi Jember yang tekah memberikan ijin kepada penulis untuk menempuh pendidikan alih jenjang.

Dalam penyusunan *literature review* ini peneliti menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 30 Juni 2022

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul Depan	i
Halaman Judul Dalam	ii
Lembar Persetujuan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Lembar Pengesahan	v
Persembahan	vi
Motto	vii
Abstrak	viii
Abstract	ix
Kata Pengantar	x
Daftar isi	xiii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvi
Daftar Lampiran	xvii
Daftar Singkatan dan Lambang	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Penyakit Stroke.....	6
2.2 Konsep Dukungan Keluarga	23
2.3 Konsep <i>Activities of Daily Living</i>	34
2.4 Kerangka Teori	41
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	42
3.1 Desain Penelitian	42
3.2 Strategi Pencarian Literatur	42
3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	44
BAB 4 HASIL DAN ANALISIS	49
4.1 Hasil Seleksi Studu Berdasarkan Karakteristik Umum Studi ..	49

4.2	Hasil Identifikasi Dukungan Keluarga Pada klien Pasca Stroke	52
4.3	Hasil Identifikasi Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i> Pada Klien Pasca Stroke	53
4.4	Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i> Pada Klien Pasca Stroke	53
BAB 5 KESIMPULAN		56
5.1	Interpretasi Hasil Review	56
5.2	Keterbatasan Penelitian	62
BAB 6 HASIL DAN ANALISIS		64
6.1	Kesimpulan	64
5.1	Saran	62
DAFTAR PUSTAKA		66
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat <i>Activities of Daily Living</i>	37
Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian	44
Tabel 3.2 Tabel PEOS.....	46
Tabel 4.1 Karakteristik Artikel Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Tahun Publikasi (n=5)	49
Tabel 4.2 Karakteristik Artikel Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Jenis Publikasi (n=5)	49
Tabel 4.3 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Jenis Kelamin Responden (n=5)	50
Tabel 4.4 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Tingkat Pendidikan Responden (n=5)	50
Tabel 4.5 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Marital Responden (n=5)	51
Tabel 4.6 Hasil Identifikasi Berdasarkan Dimensi Dukungan Keluarga pada Klien Pasca Stroke	52
Tabel 4.7 Hasil Identifikasi Tingkat Dukungan Keluarga pada Klien Pasca Stroke	52
Tabel 4.8 Hasil Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i> Pada Klien Pasca Stroke	53
Tabel 4.9 Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i> Pada Klien Pasca Stroke.....	53

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teoritis Dukungan Keluarga	32
Bagan 2.2 Kerangka Teoritis <i>Activities of Daily Living</i>	40
Bagan 2.3 Kerangka Konseptual.....	41
Bagan 3.1 Diagram <i>Flow</i> Penelitian <i>Literature Review</i> Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i> Pada Klien Pasca Stroke	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Matrix Penelitian

Lampiran 2 Bukti Screen Data Base

Lampiran 3 Hasil Critical Apraisal (*Cross sectional study*)

Lampiran 4 Jurnal yang di Review

Lampiran 5 Lembar Konsul

DAFTAR SINGKATAN DAN SIMBOL

ADL	:	<i>Activities Of Daily Living</i>
AADLs	:	<i>Advanced Activity of Daily Living</i>
AIS	:	<i>Acute Ischemic Stroke</i>
BADLs	:	<i>Basic Activity of Daily Living</i>
AHA	:	<i>American Heart Association</i>
CBF	:	<i>Cerebral Blood Flow</i>
CAD	:	<i>Coronary Artery Disease</i>
EEG	:	<i>Electro Encephalografi</i>
ICH	:	<i>Intracerebral Hemorrhage</i>
IADLs	:	<i>Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living</i>
LDL	:	<i>Low Density Lipoprotein</i>
MRI	:	<i>Magnetic Resonance Imaging</i>
NEJM	:	<i>New England Journal Of Medicine</i>
MRA	:	<i>Magnetic Resonance Angiography</i>
PEOS	:	<i>Population, Exposure, Outcome, Study design</i>
rtPA	:	<i>Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator</i>
TIA	:	<i>Transient Ischaemic Attack</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke memiliki beban kesehatan yang besar terus mengalami peningkatan selama beberapa dekade karena transisi demografi populasi, terutama di negara berkembang. Hal tersebut menempatkan stroke pada agenda masalah kesehatan di abad ke-21 dan merupakan bidang penting untuk penelitian kesehatan di dunia (Donkor, 2018). Selain mortalitas yang tinggi, kecacatan akibat stroke juga merupakan beban kesehatan yang berat (Dhamoon *et al.*, 2015). Kecacatan pasca stroke secara signifikan mengarah pada penderitaan pribadi dan beban pada keluarga penderita. Hal tersebut diakibatkan oleh menurunnya status fungsional jangka panjang, yang diukur dengan aktivitas hidup sehari-hari atau *activities of daily living* (ADL) (Yang *et al.*, 2016).

American Heart Association (2021) hingga 2020 stroke merupakan penyebab kematian paling umum kedua (11,8% dari semua kematian [95% CI, 10,9-13,0%]) di seluruh dunia, setelah penyakit jantung iskemik (14,8% dari semua kematian [95% CI, 13,4-15,8]), dan penyebab kecacatan ketiga yang paling umum (4,5% DALYs dari semua penyebab [95% CI, 4,1-5,2]) setelah penyakit jantung iskemik (6,1% [95% CI, 5,5-6,8]). Studi oleh Wafa *et al.* (2020) memperkirakan bahwa sekitar 2,31 juta penderita stroke hidup dalam kecacatan dengan tingkat ketergantungan total (33%). Stroke di Indonesia merupakan 15,4% dari semua kematian. Prevalensi stroke secara

nasional adalah 17% di pedesaan Indonesia dan 22% di perkotaan Indonesia, 0,5% di antara orang dewasa perkotaan Jakarta, dan 0,8% secara keseluruhan. Faktor risiko yang sering termasuk hipertensi, merokok dan hiperkolesterolemia. Rata-rata usia penderita stroke adalah 58 tahun. Perdarahan subarachnoid ditemukan pada 1,4% pasien, perdarahan intraserebral pada 18,5%, dan stroke iskemik pada 42,9% (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Menurunnya status fungsional jangka panjang yang berimplikasi pada rendahnya kemandirian pasien dalam *activities of daily living* secara signifikan meningkatkan risiko hasil yang merugikan, seperti stroke berulang dan peningkatan mortalitas (Park & Ovbiagele, 2016). Studi longitudinal oleh Magalhaes *et al* (2014) menemukan bahwa kemandirian pasien stroke dalam *activities of daily living* berimplikasi secara positif terhadap perbaikan prognosis. Namun Rejano *et al* (2019) mengemukakan bahwa tingkat kemandirian pasien stroke dimoderasi oleh beberapa hal diantaranya yaitu dukungan keluarga dan pengetahuan.

Berdasarkan pendekatan *family support theory*, dukungan keluarga yang mencakup dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasional akan membentuk resiliensi keluarga dan pada penderita (Kaakinen, Coehlo, Steele, *et al.*, 2015). Resiliensi keluarga berfokus pada kekuatan keluarga dan sumberdaya yang tersedia serta penerimaan positif keluarga, kemampuan menyelesaikan masalah, komunikasi efektif dan terbuka, kedekatan dan kebersamaan dalam keluarga. (Power., *et al* 2016). Balasuriya *et al.*, (2021) menjelaskan bahwa keluarga merupakan agen

penerima informasi dan pengirim pesan terpercaya yang konsisten, transparan dan berkelanjutan dimana hal tersebut berdampak pada kesediaan pasien untuk melaksanakan praktik kesehatan (*willingness to acceptance*).

Kesenjangan dukungan keluarga sehubungan dengan hasil fungsional jangka panjang pasca stroke merupakan hambatan untuk memberikan perawatan yang memadai kepada penderita stroke. Kemandirian fungsional pasien pasca stroke dapat dimodifikasi. Dengan demikian, pengetahuan yang lebih baik dan dukungan keluarga tentang pasca stroke sangat penting untuk dikembangkan sehingga diperoleh intervensi tepat yang pada akhirnya para penderita mampu memenuhi kebutuhan secara mandiri (Ullberg & Pettersson, 2016).

Berdasarkan hal tersebut perlu sebuah studi dengan menggunakan kajian *literature review* berupa hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* (ADL) pada Klien Pasca Stroke

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan sebuah pertanyaan penelitian berupa “Bagaimanakah hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke berdasarkan *literature review*?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Berdasarkan pendekatan *literature review* maka tujuan umum dari penelitian ini yaitu untuk menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada Klien Pasca Stroke berdasarkan *literature review*
- b. Mengidentifikasi kemandirian *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke berdasarkan *literature review*
- c. Menjelaskan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke berdasarkan *literature review*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan landasan dasar bagi penelitian *original research* dalam membentuk konstruksi teoritis yang kaitanya dengan dukungan keluarga dan *activities of daily living* pada Klien Pasca Stroke
2. Memberikan referensi tambahan bagi perkembangan ilmu keperawatan khususnya terkait dengan pengelolaan klien dengan stroke

1.4.2 Praktis

1. Memberikan bahan informasi dan masukan bagi keluarga bahwa keluarga memiliki peran dan arti penting dalam pengelolaan kemandirian klien stroke sehingga pada akhirnya nanti klien stroke secara mandiri mampu melaksanakan *activities of daily living* secara mandiri
2. Memberikan informasi bagi petugas kesehatan yang berguna dalam memberikan asuhan kepada penderita stroke berdasarkan pendekatan keluarga dan juga sebagai bahan acuan dalam melaksanakan promosi kesehatan
3. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan guna pengembangan pengelolaan klien stroke berbasis keluarga

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke adalah penyakit pembuluh darah otak di mana terjadi kegagalan suplai oksigen ke sel-sel otak sehingga paling rentan terhadap kerusakan dan menyebabkan kematian. Penyebab sindrom stroke terdiri dari dua kategori besar yaitu iskemik dan hemoragik. Stroke iskemik menyumbang sekitar 80% dari stroke, dan stroke hemoragik menyumbang 20% sisanya (Glen & Gillen, 2018).

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang termasuk dalam penyakit gawat darurat dan membutuhkan pertolongan cepat. Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal, munculnya mendadak, progresif, dan cepat (Norrving, 2014).

Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan, tidak lancar dalam berbicara, perubahan kesadaran, gangguan penglihatan dan lain-lain. Stroke terjadi ketika pasokan darah ke otak terputus akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi kematian sel-sel pada sebagian area di otak. Stroke disebabkan oleh gangguan pasokan darah ke otak, biasanya karena pembuluh darah pecah atau tersumbat oleh gumpalan. Hal tersebut memotong pasokan

oksigen dan nutrisi sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Stroke dapat menyerang siapa saja terutama yang memiliki riwayat penyakit kronis, seperti tekanan darah tinggi, diabetes, kadar kolesterol tinggi, trigleserida tinggi, pengerasan pembuluh darah, penyempitan pembuluh darah, penebalan pembuluh darah, obesitas dan lainnya (Caplan, 2019).

2.1.2 Klasifikasi

Norrving (2014) menjelaskan bahwa stroke di klasifikasikan berdasarkan beberapa kategori yaitu: berdasarkan patofisiologi dan penyebab berdasarkan stadium atau waktu dan berdasarkan onset. Adapun penjabarannya sebagai berikut:

a. Berdasarkan patofisiologi dan penyebab

Berdasarkan patofisiologi dan penyebab stroke dikategorikan dalam dua kategori utama yaitu:

1) Stroke iskemi

Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat adanya oklusi aliran darah otak sehingga menyebabkan infark pada bagian otak, dengan dampak sindroma neurologis yang dihasilkan sesuai dengan bagian otak yang diperdarahi oleh satu atau beberapa pembuluh darah tersebut (Simon *et al.*, 2018).

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan ke dalam jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematom intraserebrum) atau kedalam ruang

subaraknoid, yaitu ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak (disebut hemoragia subaraknoid) (Simon *et al.*, 2018).

b. Berdasarkan stadium atau waktu

Berdasarkan stadium atau waktu stroke dikategorikan dalam empat kategori utama yaitu (Caplan, 2019):

1) *Trans Ischemic Attack*

Stroke yang terjadi dengan gejala neurologis timbul dan menghilang kurang dari 24 jam. Disebabkan oleh gangguan akut fungsi fokal serebral, emboli maupun trombosis

2) *Reversible Ischemic Neurological Deficit*

Stroke yang terjadi dengan gejala neurologis timbul lebih dari 24 jam namun kurang dari 21 hari

3) *Progressing Stroke* atau *Stroke in Evolution*

Stroke yang terjadi dengan progresifitas yang berjalan dengan bertambah parahnya gejala dari waktu ke waktu

4) *Completed Stroke*

Stroke yang terjadi dengan gangguan neurologis menetap dan tidak berkembang lagi.

c. Berdasarkan fase atau onset

Berdasarkan fase atau onset, stroke diklasifikasikan dalam empat kategori utama yaitu (Greene & Bone, 2017):

1) Fase akut

Merupakan fase dimulainya onset serangan hari 1 hingga hari ke 7

2) Fase *early sub-acute*

Merupakan onset stroke lebih dari hari 1 hingga 4 minggu

3) Fase *late sub-acute*

Merupakan fase stroke dari hari ke 1 hingga 7 bulan

4) Fase kronis

Merupakan fase stroke lebih dari 6 bulan.

2.1.3 Patofisiologi Stroke

Stroke terjadi ketika aliran darah ke area otak terganggu, mengakibatkan beberapa tingkat kerusakan neurologis permanen. Dua kategori utama stroke adalah stroke iskemik (kekurangan darah dan karenanya oksigen ke area otak) dan hemoragik (pendarahan dari pecah atau bocornya pembuluh darah di otak) (Hammer & McPhee, 2019). Adapun mekanisme patofisiologinya adalah sebagai berikut:

1. Patofisiologi stroke iskemik

Infark serebri diawali dengan terjadinya penurunan *Cerebral Blood Flow* (CBF) yang menyebabkan suplai oksigen ke otak akan berkurang. Nilai kritis CBF adalah 23 ml/100 gr/menit, dengan nilai normal 50 ml/100 gr/menit. Penurunan CBF di bawah nilai

normal dapat menyebabkan infark. Suatu penelitian menyebutkan bahwa nilai CBF pada pasien dengan infark adalah 4,8-8,4 ml/100 gr/menit (Wafa *et al.*, 2020).

Mekanisme stroke iskemik dibagi menjadi dua bagian yaitu vaskular dan metabolisme (Hammer & McPhee, 2019). Iskemia disebabkan karena terjadi oklusi vaskular. Oklusi vaskular yang menyebabkan iskemia ini dapat disebabkan oleh emboli, thrombus, plak, dan penyebab lainnya. Iskemia menyebabkan hipoksia dan akhirnya kematian jaringan otak. Oklusi vaskular yang terjadi menyebabkan terjadinya tanda dan gejala pada stroke iskemik yang muncul berdasarkan lokasi terjadinya iskemia. Sel-sel pada otak akan mati dalam hitungan menit dari awal terjadinya oklusi hal ini berujung pada onset stroke yang tiba-tiba (Splittgerber, 2019).

Gangguan metabolisme terjadi pada tingkat selular, berupa kerusakan pompa natrium kalium yang meningkatkan kadar natrium dalam sel. Hal ini menyebabkan air tertarik masuk ke dalam sel dan berujung pada kematian sel akibat edema sitotoksik. Selain pompa natrium-kalium, pertukaran natrium dan kalsium juga terganggu. Gangguan ini menyebabkan influks kalsium yang melepaskan berbagai neurotransmitter dan pelepasan glutamat yang memperparah iskemia serta mengaktifasi enzim degradatif (Norrving, 2014).

Kerusakan sawar darah otak (membran pemisah sirkulasi darah dari cairan ekstraselular otak) juga terjadi, disebabkan oleh

kerusakan pembuluh darah oleh proses di atas, yang menyebabkan masuknya air ke dalam rongga ekstraselular yang berujung pada edema. Hal ini terus berlanjut hingga 3-5 hari dan sembuh beberapa minggu kemudian. Setelah beberapa jam, sitokin terbentuk dan terjadi inflamasi akumulasi asam laktat pada jaringan otak bersifat neurotoksik dan berperan dalam perluasan kerusakan sel. Hal ini terjadi apabila kadar glukosa darah otak tinggi sehingga terjadi peningkatan glikolisis dalam keadaan iskemia. Stroke iskemik dapat berubah menjadi stroke hemoragik. Pendarahan yang terjadi tidak selalu menyebabkan defisit neurologis. Defisit neurologis terjadi apabila perdarahan yang terjadi luas. Hal ini dapat disebabkan oleh rusaknya sawara darah otak, sehingga sel darah merah terekstrasvasasi dari dinding kapiler yang lemah (Wooddruff *et al.*, 2011).

Mekanisme terakhir dari stroke iskemik adalah hipoperfusi sistemik yang umumnya terjadi karena hilangnya tekanan arteri. Beberapa hal yang dapat menyebabkan hipoperfusi sistemik adalah infark miokard dan/atau aritmia. Area otak di tepi distal dari cabang arteri yang biasa disebut batas antara daerah arteri serebral inti, cenderung terganggu. Hipotensi berat dapat menimbulkan efek yang sama dengan iskemik, terutama dalam konteks stenosis yang signifikan dari arteri karotid dan dapat memicu batas unilateral iskemia (Halnes & Mihailoff, 2018).

2. Patofisiologi stroke hemoragik

Stroke Hemoragik merupakan akibat dari pembuluh darah yang melemah kemudian pecah dan menyebabkan pendarahan di sekitar otak. Darah yang keluar kemudian terakumulasi dan menekan jaringan sekitar otak. Hal ini disebabkan karena dua hal, yaitu aneurisma dan *arteriovenous malformation*. Aneurisma merupakan pembuluh darah lemah yang membentuk balon yang jika dibiarkan akan menyebabkan ruptur dan berdarah hingga ke otak. Sedangkan *arteriovenous malformation* merupakan sekelompok pembuluh darah yang terbentuk secara abnormal dan salah satu dari pembuluh darah itu dapat mengalami ruptur dan menyebabkan darah masuk ke otak, biasanya terjadi karena hipertensi, aterosklerosis, kebiasaan merokok dan faktor usia (Lee & Kang, 2018).

Terdapat dua tipe stroke hemoragik, yaitu *intracerebral hemorrhage* dan *subarachnoid hemorrhage*. *Intracerebral hemorrhage* (ICH) umumnya disebabkan oleh hipertensi yang menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah, disfungsi autoregulatori dengan aliran otak yang berlebihan, arteriopati, aneurisma intracranial (biasanya juga terjadi pada pendarahan subarachnoid), *arteriovenous malformation*. Trombosis vena sinus serebral dan infark vena, tumor otak dan penyalahan penggunaan obat. *Subarachnoid hemorrhage* disebabkan karena aneurisma intrakranial, kemudian diikuti oleh *arteriovenous malformation*

sebagai sebab kedua karena angioma, tumor, dan trombosis kortikal(Caplan, 2019).

Selama perdarahan intraserebral, terjadi akumulasi darah yang cepat dalam parenkim otak yang menyebabkan gangguan anatomi normal dan peningkatan tekanan lokal. Tergantung pada dinamika ekspansi hematoma (pertumbuhan), kerusakan primer terjadi dalam waktu beberapa menit hingga jam setelah onset pendarahan (Aiyagari & Gorelick, 2016).

Kerusakan sekunder sebagian besar disebabkan karena adanya darah dalam parenkim dan juga tergantung pada volume hematoma, usia dan volume ventricular. Hal ini dapat terjadi melalui jalur sitotoksitas darah, hipermetabolisme, eksitotoksitas, depresi serta stress oksidatif dan peradangan. Pada akhirnya proses ini menyebabkan gangguan *irreversible* komponen unit neurovascular dan diikuti oleh gangguan pada *blood brain barrier* dan edema otak mematikan dengan kematian sel otak besar. Sementara mediator inflamasi yang dihasilkan secara lokal untuk merespon kematian otak atau cedera otak memiliki kapasitas untuk menambah kerusakan yang disebabkan oleh cedera sekunder, keterlibatan sel-sel inflamasi (mikroglia/makrofag) sangat penting untuk menghilangkan pecahan sel dari hematoma yang merupakan sumber peradangan (Norrving, 2014).

2.1.4 Diagnosis

1. Pemeriksaan Fisik dan Neurologis

a. Perubahan tingkat kesadaran

Penurunan kesadaran merupakan tanda pertama pada gangguan neurologis karena dua alasan yaitu (Simon *et al.*, 2018):

- 1) sel khusus dari korteks serebral paling sensitif terhadap penurunan suplai oksigen yang terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial karena adanya edema serebral pada pasien stroke
- 2) penurunan kesadaran akibat peningkatan tekanan intrakranial terjadi karena korteks serebral dipasok oleh arteri terminal, sehingga suplai oksigen ke sel sensitif korteks serebral berkurang

b. Perubahan tanda vital

- 1) Perubahan suhu tubuh Kebanyakan pasien stroke dengan hipertermi memiliki suhu hingga 39°C dalam waktu 1 hingga 7 hari, namun kejadian ini tidak terus-menerus terjadi dan akan mereda dalam waktu 96 jam pada 90% pasien stroke. Penyebab terbesar hipertermi pada pasien stroke hemoragik akut adalah infeksi yaitu 58% dan sebanyak 42% disebabkan oleh nekrosis jaringan atau oleh perubahan mekanisme termoregulasi yang terjadi jika lesi mengenai daerah hipotalamus. Selama fase akut stroke juga terjadi pengurangan aliran darah otak yang menyebabkan iskemik

serebri. Iskemik serebri ini yang akan memicu respon inflamasi. Mediator neuroinflamasi umumnya adalah sitokin, dapat menimbulkan efek yang merusak perkembangan jaringan. Sitokin adalah kelompok glikoprotein yang memainkan peran penting sebagai aktivator adhesi molekul. Dalam beberapa jam setelah iskemik serebri, akan terjadi peningkatan kadar sitokin dan kemokin yang akan meningkatkan ekskresi molekul adhesi pada sel endotel otak, meningkatkan adhesi dan migrasi neutrofil dan *monosit transendothelial* (Splittgerber, 2019).

2) Perubahan pernapasan

Gangguan kontrol respirasi sentral memiliki peranan langsung pada gangguan respirasi akibat penyakit saraf pusat misalnya stroke. Pusat kontrol pernafasan yang berada pada pons dan medulla oblongata dapat mengalami penekanan. Aktivitas pusat pernafasan dapat ditekan atau bahkan dinaktifkan oleh edema serebri akut yang timbul akibat stroke. Edema serebri yang muncul pada pasien stroke akan menekan arteri serebral pada ruang kranial sehingga akan menghambat suplai darah serebral secara parsial. Selain itu, adanya edema serebri akibat stroke juga akan mengakibatkan depresi pusat pernafasan (pons dan *medulla oblongata*) (Glen & Gillen, 2018).

3) Perubahan tekanan darah

Gangguan pada susunan saraf pusat dan tekanan intrakranial mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak dan menyebabkan gangguan fungsi otak. Pada kondisi iskemia serebral akibat edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial akan terjadi perubahan-perubahan pada sifat kimia darah. Dimana akibat iskemia serebral akan menyebabkan metabolisme anaerob yang menghasilkan penimbunan asam laktat pada otak. Hal ini akan mengakibatkan perubahan pH darah menjadi asam dan merangsang kemoreseptor sentral untuk menghambat area vasomotor dengan hasil akhir peningkatan keluaran simpatis dan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah (Caplan, 2019)

c. Perubahan abnormalitas Pupil

Pada pasien yang mengalami peningkatan tekanan intrakranial akibat edema serebri, akan terjadi kompresi saraf okulomotor (saraf kranial III) mengakibatkan dilatasi pupil ipsilateral, lamban atau tidak berespon terhadap cahaya, ketidakmampuan untuk menggerakkan mata ke atas dan kelopak mata ptosis. Tanda-tanda ini dapat diakibatkan oleh pergeseran otak dari garis tengah (*midline*), sebuah proses kompresi saraf kranial III, paralisis spinkter pupil (Biller *et al.*, 2017).

d. Penurunan Fungsi Motorik

Perubahan kemampuan motorik akan terjadi apabila peningkatan tekanan intrakranial terus meningkat. Beberapa gerakan agresif dan terarah dalam menanggapi rasa sakit atau rangsangan dapat menyebabkan kekakuan dan postur tubuh yang abnormal jika saluran motor terganggu pada tingkat tertentu. Respon terhadap rangsangan dapat berupa gerakan defensif atau gerakan menarik (*purposeful*). Tidak adanya gerakan ini menandakan kerusakan yang meluas di seluruh sistem kortikospinalis. Sedangkan gerakan nonpurposeful adalah berup ameringis, mengerang dan postur tubuh (posturing), gerakan ini menandakan kerusakan pada sistem kortikospinal(Alpert, 2019).

2. Pemeriksaan Penunjang

a. CT-Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia dan adanya infark (Jordan *et al.*, 2017).

b. Pemeriksaan *magnetic resonance imaging* (MRI)

Pemeriksaan MRI menunjukkan daerah yang mengalami infark atau hemoragik. MRI mempunyai banyak keunggulan dibanding CT dalam mengevaluasi stroke, MRI lebih sensitif dalam mendeteksi infark, terutama yang berlokasi di batang otak dan serebelum (Mattle & Mumethaler, 2017).

c. Pemeriksaan *magnetic resonance angiography* (MRA)

Merupakan metode non-invasif yang memperlihatkan arteri karotis dan sirkulasi serebral serta dapat menunjukkan adanya oklusi. Angiografi serebral merupakan prosedur invasif yang menggunakan media kontras untuk menunjukkan pembuluh darah serebral, kepatenan, dan lokasi stenosis, oklusi atau aneurisma. Pemeriksaan aliran darah serebral membantu menentukan derajat vasospasme (Mattle & Mumethaler, 2017).

d. Pemeriksaan ultrasonografi karotis dan dopler transkraniyal

Mengukur aliran darah serebral dan mendeteksi penurunan aliran darah stenosis di dalam arteri karotis dan arteri vetebrobasilaris selain menunjukkan luasnya sirkulasi kolateral. Kedua pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mengkaji perburukkan penyakit vaskular dan mengevaluasi efek terapi yang ditimbulkan pada vasospasme, seperti yang terjadi pada perdarahan subaraknoid (Mattle & Mumethaler, 2017).

e. Pemeriksaan lumbal pungsi

Pemeriksaan fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan. Tekanan normal biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid atau intrakraniyal (Mattle & Mumethaler, 2017).

f. Pemeriksaan EKG

Dapat membantu mengidentifikasi penyebab kardiak jika stroke emboli dicurigai terjadi (Mattle & Mumethaler, 2017)

g. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan elektrolit, fungsi ginjal, kadar glukosa, lipid, kolestrol, dan trigliserida dilakukan untuk membantu menegakan diagnose (Mattle & Mumethaler, 2017)

h. EEG (*Electro Encephalografi*)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik (Mattle & Mumethaler, 2017)

i. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada perdarahan sub arachnoid(Mattle & Mumethaler, 2017)

j. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderita stroke, menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah berlawanan dari masa yang meluas(Mattle & Mumethaler, 2017).

2.1.5 Faktor Risiko Stroke

Simon *et al* (2018) menjelaskan bahwa secara umum terdapat dua faktor utama stroke, yakni faktor yang dapat dikendalikan dan faktor yang tidak dapat dikendalikan:

a. Faktor yang tidak dapat dikendalikan

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko penting pada stroke. Menurut AHA, rata-rata 10 tahun setelah seseorang mencapai usia 55 tahun, risiko terkena stroke lebih tinggi 2 kali lipat

2) Jenis kelamin

Gender/sex merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat diubah pada stroke iskemik. Menurut grafik yang dimuat AHA 2015 terhadap prevalensi jenis kelamin dari tahun 2009-2012 oleh *National Health and Nutrition Survey Examination*, ditemukan bahwa terjadi peningkatan prevalensi stroke pada pria seiring dengan terdapatnya peningkatan usia

3) Ras

Populasi berkulit hitam dan populasi yang berasal dari Asia Selatan cenderung memiliki risiko terkena stroke lebih tinggi jika dibandingkan dengan populasi berkulit putih. Populasi berkulit hitam memiliki risiko 2 kali lipat menderita stroke dan pada usia muda, jika dibandingkan dengan kulit putih, hal ini disebabkan karena tingginya prevalensi hipertensi, diabetes dan *sickle cell diseases*

b. Faktor yang dapat dikendalikan

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan keadaan paling umum yang ditemui pada pelayanan primer dan penyebab infark miokard, stroke, gagal ginjal serta kematian jika tidak ditangani secara langsung. Hipertensi meningkatkan risiko terjadinya *transient ischaemic attack* (TIA), dan juga insidensi jenis stroke lainnya seperti stroke iskemik dan perdarahan fokal intraserebral. Data *Framingham Heart Study* menunjukkan bahwa subjek dengan hipertensi memiliki risiko stroke tiga kali lebih besar dibandingkan normotensi, dan subjek dengan *borderline hypertension* memiliki risiko sebanyak 50% (Simon *et al.*, 2018).

2) Diabetes mellitus

Diabetes merupakan faktor risiko yang jelas pada stroke, terutama stroke iskemik. Pada studi prospektif yang dicatat pada *International Journal of Stroke* dilaporkan bahwa terjadi peningkatan risiko relatif dari 1,5 sampai 3 pada beberapa populasi. Pada studi Framingham yang dilakukan, insidensi stroke non-hemoragik ditemukan 2,5-3,5 kali lebih tinggi pada subjek penderita diabetes dibandingkan dengan subjek tanpa diabetes (Splittgerber, 2019).

3) Kolesterol

Hiperlipidemia atau hiperkolestrolema merupakan istilah yang digunakan dalam terjadinya peningkatan kadar kolesterol dalam

darah. Kadar kolestrol mencakup kadar LDL, HDL, trigliserida dan total kolestrol darah. Beberapa penelitian menyatakan bahwa terdapat penurunan angka kejadian stroke dengan melakukan penurunan kadar LDL. *Low Density Lipoprotein* (LDL) merupakan lipoprotein yang membawa kolestrol ke sel-sel tubuh, dimana dalam proses normalnya, kolestrol ini juga berperan penting bagi tubuh untuk pembentukan hormon. Namun pada kadar yang melebihi normal (>200 mg/dl), kolestrol dapat menjadi salah satu faktor risiko dalam terjadinya aterosklerosis (Aiyagari & Gorelick, 2016)

4) Atrial fibrilasi

Atrial fibrilasi mungkin asimtomatik dan karena itu menjadi subklinis. Berdasarkan sebuah studi epidemiologi yang ditulis pada *New England Journal of Medicine* (NEJM), dinyatakan bahwa banyak pasien dengan atrial fibrilasi yang melakukan skrining elektrokardiogram, sebelumnya tidak mendapatkan diagnosa atrial fibrilasi pada pemeriksaan tersebut (Aiyagari & Gorelick, 2016).

5) Rokok

Merokok merupakan Riwaya risiko mayor dari penyakit atherosclerotic. Sesuai dengan risiko ini, pasien dengan riwayat merokok dalam 1 tahun sebelum kejadian *Coronary Artery Disease* (CAD) atau *Acute Ischemic Stroke* (AIS), ternyata menderita CAD ataupun AIS pada usia lebih muda dibandingkan dengan pasien tanpa riwayat merokok 1 tahun sebelumnya. Pada studi lain

sebelumnya, dinyatakan bahwa usia yang lebih tua merupakan riwayat penting yang mempengaruhi prognosis awal terjadinya CAD maupun AIS, setelah kejadian *atherosclerotic mayor*. Namun pada studi cohort yang dilakukan ini, ditemukan bahwa pasien-pasien dengan riwayat merokok, mendapat CAD dan AIS pada rata-rata usia 10 tahun lebih muda dibandingkan dengan pasien non-merokok (Splittgerber, 2019).

2.1.6 Tatalaksana Stroke

Tujuan terapi utama pada stroke adalah memulihkan perfusi ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah serangan stroke berulang. Secara umum terapi pada stroke mencakup penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis. Secara farmakologis terapi dapat menggunakan *intravenous recombinant tissue plasminogen activator* (rtPA) yang merupakan bukti efektivitas dari trombolisis, obat antiplatelet dan antikoagulan untuk mencegah referfusi pada pasien stroke iskemik. Secara non farmakologis terapi yang digunakan meliputi terapi wicara, fisioterapi, akupunktur, *sonolysis therapy*, senam, terapi modalitas (Glen & Gillen, 2018).

2.2 Konsep Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi

Dukungan keluarga diartikan sebagai bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga akan memberikan kenyamanan fisik dan psikologis pada orang yang dihadapkan pada situasi stres

(Kaakinen *et al.*, 2015). Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Siregar & Manurung, 2020)

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai (Ayuni, 2020). Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah. Apabila ada dukungan, rasa percaya diri akan bertambah dan motivasi untuk menghadapi masalah yang terjadi akan meningkat (Goldenberg & Stanton, 2016).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan atau tidak adanya hubungan darah, pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

U.S Bureau of the Consus menggunakan definisi keluarga yang berorientasi tradisional, yaitu keluarga terdiri atas individu yang

bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah tangga yang sama. Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kelompok individu yang tinggal bersama dalam suatu rumah tangga dimana hubungan terjalin karena kedekatan emosional diantara masing-masing anggotanya dengan atau tanpa adanya hubungan darah, pernikahan, dan adopsi (Friedman, 2010)

2.2.2 Tipe Keluarga

Menurut (Friedman, 2010) tipe keluarga terdiri atas :

- a. Keluarga inti (terkait dengan pernikahan) adalah keluarga yang terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orangtua atau kelahiran: terdiri atas suami, istri dan anak-anak mereka baik secara biologis maupun adaptasi.
- b. Keluarga orientasi (keluarga asal) adalah unit keluarga tempat seseorang dilahirkan.
- c. *Extended family*, keluarga inti dan individu terkait lainnya (oleh hubungan darah), yang biasanya merupakan anggota keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga ini terdiri atas “sanak saudara” dan dapat mencakup nenek/ kakek, bibi, paman dan sepupu

2.2.3 Fungsi Keluarga

Menurut Siregar & Manurung (2020) terdapat 5 fungsi dasar keluarga:

a. Fungsi afektif

Fungsi mempertahankan kepribadian memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.

b. Fungsi sosial

Memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga.

c. Fungsi reproduksi

Mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk kelangsungan hidup masyarakat.

d. Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian dan tempat tinggal serta perawatan kesehatan.

2.2.4 Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

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 (Friedman, 2010).

Peran partisipasi keluarga ini sangat dibutuhkan baik pada kebutuhan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif. Ketika mengkaji sebuah keluarga, khususnya ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, perawat harus mengkaji kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan diri, motivasi keluarga, dan kompetensi aktual dalam menangani masalah kesehatan. Keluarga perlu memiliki pemahaman mengenai status kesehatan, dan atau masalah kesehatannya sendiri serta langkah-langkah khusus yang diperlukan untuk memperbaiki atau memelihara kesehatan keluarga dalam upaya tanggung jawab terhadap perawatan dirinya sendiri (Siregar & Manurung, 2020)

Pengkajian mengenai kemampuan perawatan diri keluarga, yang berfokus pada pengetahuan motivasi dan kekuatan atau koordinasi keterampilan motorik yang diperlukan untuk melakukan tugas perawatan fisik, memberikan landasan untuk evaluasi kebutuhan akan intervensi keperawatan. Keluarga yang mengemban tanggung jawab perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang lemah atau yang mengalami masalah kesehatan yang berat dapat mengalami tingkat ketegangan fisik dan emosional yang tinggi (Hernilawati, 2013)

2.2.5 Dimensi Dukungan Keluarga

Dimensi dukungan keluarga meliputi(Friedman, 2010):

a. Dimensi emosional/empati

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres. Dimensi ini memperlihatkan adanya dukungan dari keluarga, adanya pengertian dari anggota keluarga yang lain terhadap anggota keluarga yang sakit. Dimensi ini didapatkan dengan mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain.

b. Dimensi penghargaan

Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu. Perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu. Bentuk dukungan penghargaan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan dan prestasi yang dimiliki seseorang. Dukungan ini juga muncul dari penerimaan dan penghargaan terhadap keberadaan seseorang secara total meliputi kelebihan dan kekurangan yang dimiliki.

c. Dimensi instrumental

Friedman (2010) menyampaikan bahwa dukungan instrumental yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental juga termasuk ke dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi yang diterapkan terhadap keluarga yang sakit. Fungsi perawatan kesehatan seperti dalam menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya dan fungsi ekonomi berupa penyediaan sumber daya yang cukup seperti finansial dan ruang.

d. Dimensi informasi

Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu, misalnya ketika seseorang mengalami kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Dimensi ini menyatakan dukungan keluarga yang diberikan bisa membantu pasien dalam mengambil keputusan dan menolong pasien dari hari ke hari dalam manajemen penyakitnya.

2.2.6 Faktor yang Memengaruhi Dukungan Keluarga

Terdapat beberapa hal yang memengaruhi dukungan keluarga diantaranya yaitu:

a. Usia

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan

keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Dukungan keluarga dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda (Allender & Rector, 2010).

b. Jenis kelamin

Tingkat stres keluarga lebih tinggi jika penderita adalah laki-laki. Dimana laki-laki merupakan salah satu tulang punggung pada keluarga, apabila berperan sebagai suami atau bapak, ini akan berdampak pada beban ekonomi keluarga apabila peran sebagai pencari nafkah tidak lagi produktif akibat mengalami penyakit yang parah (Siregar & Manurung, 2020).

c. Sosial ekonomi

Faktor sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan keluarga klien, semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga akan lebih memberikan dukungan dan pengambilan keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Selain itu keluarga dengan kelas sosial ekonomi yang berlebih secara finansial mempunyai tingkat dukungan keluarga, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada keluarga dengan kelas sosial ekonomi kurang secara finansial (Kaakinen *et al.*, 2015)

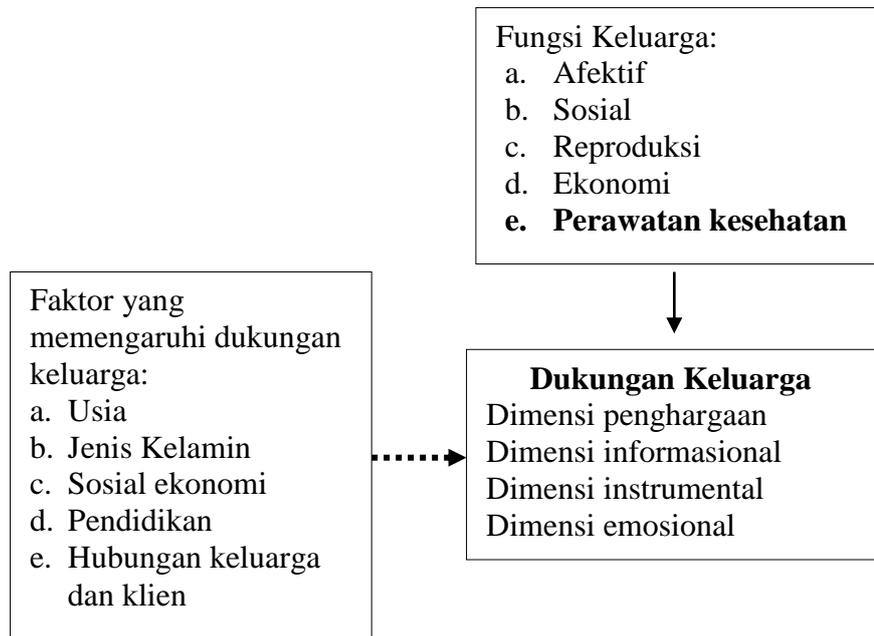
d. Pendidikan

Salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga terbentuk oleh variabel pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah mencapai jenjang pendidikan formal tertentu, seseorang dengan pendidikan yang baik akan memiliki pemahaman yang baik terhadap suatu permasalahan, sehingga akan lebih mudah untuk menerima pengaruh dari luar baik yang positif maupun negatif, obyektif dan lebih terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi kesehatan dalam memberikan dukungan keluarga (Notoadmodjo, 2014)

e. Hubungan keluarga dengan klien

Faktor dukungan keluarga dipengaruhi oleh hubungan klien dengan keluarga, keluarga inti akan memberikan dukungan terhadap anggota keluarga. Salah satu fungsi keluarga adalah memberikan pelayanan kesehatan didalam keluarganya, sehingga keluarga akan memberikan dukungan dalam menangani perawatan anggota keluarganya dengan penderita (Edelman & Connelly, 2018).

2.2.7 Kerangka Teoritis Dukungan Keluarga



Sumber: Friedman (2010); Allender & Rector (2010); Hernilawati, (2013); Siregar & Manurung (2020); Edelman & Connelly (2018); Kaakinen *et al.*, (2015)

Bagan 2.1 Kerangka Teoritis Dukungan Keluarga

2.3 Konsep *Activities of Daily Living*

2.3.1 Definisi

Activity of Daily Living (ADL) adalah kegiatan melakukan aktivitas sehari-hari secara rutin. ADL merupakan aktivitas perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup individu (Brunner & Suddarth, 2017). ADL adalah aktifitas yang berhubungan dengan rutinitas kehidupan sehari-hari meliputi perawatan diri secara mandiri dan pemenuhan kebutuhan dasar. ADL terdiri dari basic ADL atau tugas dasar dan instrumental kehidupan sehari-hari. Pada *basic ADL* atau tugas dasar mencakup mobilitas dan perawatan diri meliputi makan, mandi, berpakaian, berhias, berpindah, ke toilet,

buang air kecil atau besar, aktivitas naik turun dari tempat tidur atau kursi, dan menggunakan toilet. Kondisi yang memerlukan bantuan dalam pemenuhan ADL bersifat akut, kronis, temporer, dan permanen

2.3.2 Konseptualisasi *Activities of Daily Living*

Brunner & Suddarth (2017) menjelaskan bahwa *activities of daily living* merupakan aktivitas perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup individu. Secara teoritis konstruksi tersebut merupakan konseptualisasi dari Teori *self care*. Teori *self care* dalam keperawatan yang dikemukakan oleh Dorothea Orem, bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien sehingga klien dapat berfungsi secara optimal. Menurut Orem asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga dapat membantu individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan. Orang dewasa dapat merawat diri mereka sendiri, sedangkan orang sakit membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas *self care* mereka (DeLaune & Ledner, 2019).

Orem menjelaskan bahwa asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga dapat membantu individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan. Orang dewasa dapat merawat diri mereka sendiri, sedangkan orang sakit membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas *self care* mereka (*self care deficit*). Orem berpandangan bahwa semua manusia itu

mempunyai kebutuhan-kebutuhan *self care* dan mereka mempunyai hak untuk mendapatkan kebutuhan itu sendiri, kecuali bila tidak mampu (Mckenna *et al.*, 2014).

Salah satu bagian dari teori *self care* Orem adalah *self care requisites* yang dapat didefinisikan sebagai suatu wawasan yang dirumuskan tentang suatu tindakan diperlukan dalam pengaturan beberapa aspek fungsional dan pengembangan manusia, secara terus-menerus dalam suatu kondisi tertentu. Orem melakukan pembagian *self care requisites* menjadi tiga, yaitu *universal self care requisites* (kebutuhan perawatan diri meliputi berbagai aspek dan tahap manusia), *developmental self care requisites* (kebutuhan yang berhubungan dengan perkembangan diri) dan *health deviation self care requisites* (kebutuhan yang terjadi akibat dari keadaan dialami pasien). Salah satu dari ketiga pembagian dilakukan Orem yang merupakan bagian penting pada pasien adalah *universal self care requisites* (Kozier & Barbara, 2017).

2.3.3 Klasifikasi

Brunner & Suddarth (2017) menjelaskan bahwa terdapat empat klasifikasi dalam *activity of daily living* (ADL) yaitu:

- a. ADL dasar adalah kemampuan yang dimiliki individu untuk merawat diri sendiri meliputi mandi, makan, berpakaian, berhias, buang air kecil atau besar, dan kemampuan mobilitas.
- b. ADL Instrumental adalah pemenuhan ADL yang berkaitan dengan penggunaan alat untuk menunjang aktivitas sehari-hari meliputi

- menulis, menggunakan telepon, menyiapkan makanan, mengelola uang.
- c. ADL vokasional adalah pemenuhan ADL untuk kepentingan pekerjaan seseorang.
- d. ADL non vokasional adalah pemenuhan ADL yang sifat rekreasional untuk mengisi waktu luang misalnya hobi.

2.3.4 Penilaian *Activities of Daily Living*

Activity of daily living adalah pengukuran terhadap aktivitas yang dilakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi. Skala *Activity of Daily Living* terdiri atas skala *Activity of Daily Living* dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs) *Instrumental or Intermediate Activity of Daily Living* (IADLs), dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan dasar seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*). Penilaian dalam melakukan *activity of daily living* sebagai berikut (Kozier & Barbara, 2017):

a. Mandi

- 1) Mandiri: bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.

- 2) Bergantung: bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri

b. Berpakaian

- 1) Mandiri: mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing / mengikat pakaian.
- 2) Bergantung: tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.

c. Toileting

- 1) Mandiri: masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri.
- 2) Bergantung: menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.

d. Berpindah

- 1) Mandiri: berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiri.
- 2) Bergantung: bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan sesuatu atau perpindahan.

e. Kontinen

- 1) Mandiri: BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri.
- 2) Bergantung: inkontinesia persial atau total yaitu menggunakan kateter dan pispot, enema dan pembalut/pampers.

f. Makanan

- 1) Mandiri: mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri.

- 2) Bergantung: bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral atau melalui *Naso Gastrointestinal Tube* (NGT).

2.3.5 Derajat *Activities of Daily Living*

Katz dalam Caplan (2019) menjelaskan bahwa derajat dari *activities of daily living* terdiri dari beberapa tingkatan ketergantungan.

Adapaun tingkatannya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Derajat *Activities of Daily Living*

Derajat	Interpretasi	Kriteria
6	Mandiri	Mandiri dalam mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah, kontinen dan makan.
5	Tergantung sangat ringan	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali salah satu dari fungsi di atas
4	Tergantung ringan	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi dan satu fungsi lainnya
3	Tergantung sedang	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi lainnya
2	Tergantung berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, dan satu fungsi lainnya
1	Tergantung sangat berat	Mandiri pada semua fungsi di atas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi lainnya
0	Tergantung total	Tergantung pada 6 fungsi di atas

2.3.6 Faktor yang memengaruhi *Activities of Daily Living*

a. Usia

Usia akan mempengaruhi kemauan dan kemampuan individu untuk melakukan ADL. Pasien yang berumur semakin tua akan memiliki perawatan ketergantungan yang tinggi (Kozier *et al.*, 2018).

b. Jenis kelamin

Melakukan ADL baik pria dan wanita tidak berbeda dalam kemampuan motorik ADL. Tetapi, ada usia yang signifikan berdasarkan efek interaksi jenis kelamin untuk kemampuan proses ADL. Wanita yang memiliki usia lebih muda memperoleh kemampuan proses ADL yang lebih tinggi daripada pria yang memiliki usia lebih muda. Kemungkinan ini terjadi karena wanita sebenarnya lebih terampil dalam melakukan keterampilan proses ADL atau mereka lebih mengenal dengan kegiatan instrumental dari kehidupan sehari-hari (IADL) (Murphy, 2019).

c. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis berpengaruh terhadap partisipasi individu dalam pemenuhan ADL. Contohnya pada sistem muskuloskeletal akan berkoordinasi dengan sistem nervous agar dapat melakukan gerakan-gerakan, apabila sistem tersebut terganggu dapat mempengaruhi individu dalam melakukan ADL (Murphy, 2019).

d. Kemampuan kognitif

Kemampuan manusia untuk melakukan aktivitas dasar dan berperan penting dalam menjaga kemandirian dalam kehidupan sehari-hari. Kemampuan kognitif adalah orientasi utama, perhatian dan ingatan sebagian besar mencerminkan integritas neuroanatomis dan fisiologis otak. Fungsi Kognitif dan motivasi merupakan prediktor kuat fungsional hasil dalam hal kegiatan kehidupan sehari-hari (Murphy, 2019).

e. Kemampuan motorik

Keterbatasan gerak yang disebabkan oleh kelemahan anggota gerak. Perubahan fungsi fisik, emosional dan kemampuan fungsional juga mempengaruhi kualitas hidup misalnya pada pasien stroke yang menjalani perawatan. Keterampilan motorik dan kognitif berkontribusi dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupan sehari-hari dan berhubungan langsung dengan kualitas hidup (Murphy, 2019).

f. Kemampuan persepsi

Rasa ketakutan akan cedera jatuh dapat membatasi mobilitas setelah stroke memicu pasien cenderung untuk berbaring, mempertahankan seluruh tubuh kaku dan mengabaikan daerah yang mengalami kelemahan berkurangnya aktivitas (Murphy, 2019).

g. Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistis. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Murphy, 2019).

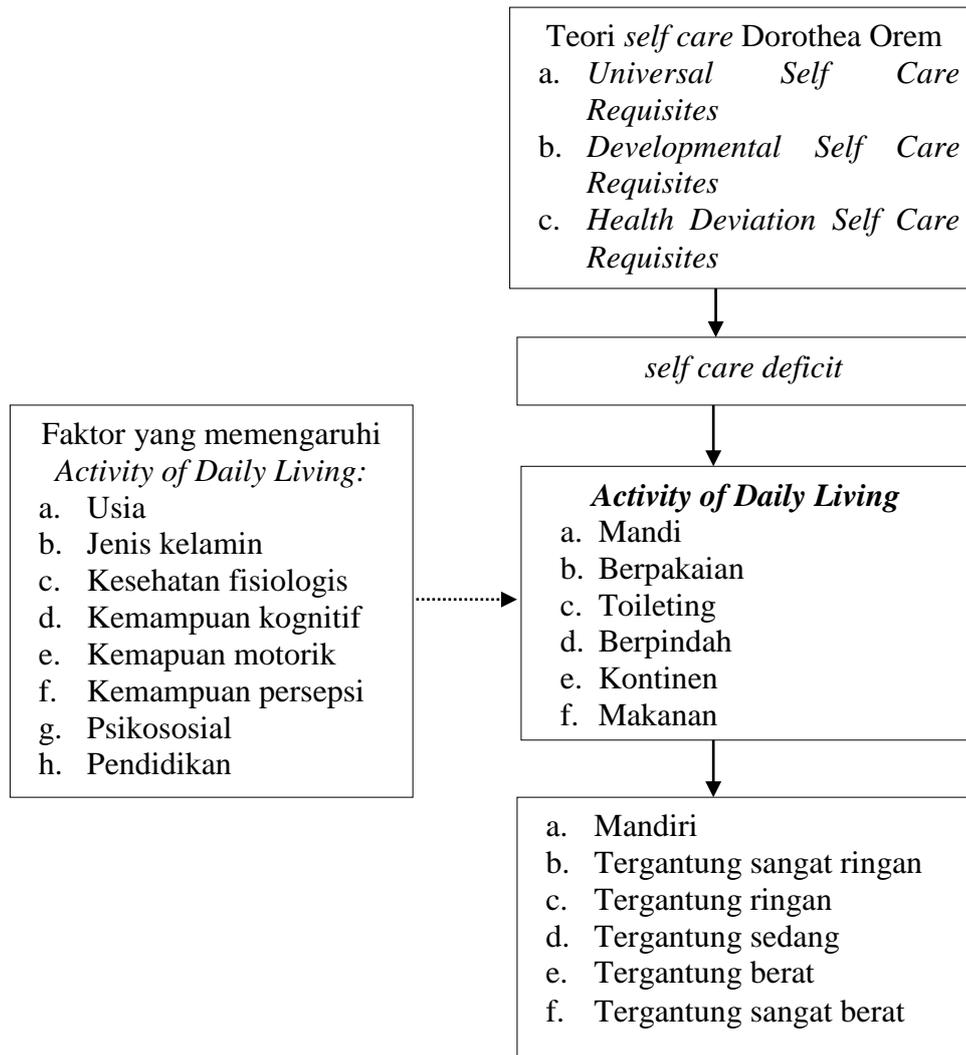
h. Pendidikan

Tingkat pendidikan akan menentukan perilaku individu untuk memahami mengenai pengetahuan. Dalam membentuk tindakan seseorang dibutuhkan adanya pengetahuan sedangkan perilaku didasari oleh pengetahuan dan kesadaran (Murphy, 2019).

2.3.7 Pengukuran *Activities of Daily Living* pada Pasien Stroke berdasarkan Indeks Barthel

Barthel Index (BI) adalah ukuran kemandirian yang sering digunakan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari (ADLs). Fungsi item dari berbagai versi BI telah diperiksa menggunakan analisis Rasch. Model teori respons item (IRT) untuk respons politomus yang dipersen dapat memberikan lebih banyak wawasan tentang fungsi item di seluruh tingkat independensi dalam ADL. Penilaian menggunakan BI harus menggambarkan hanya apa yang dapat dilakukan pasien pada saat penilaian. Ketika BI dinilai menggunakan wawancara, pewawancara mungkin seorang dokter, perawat, terapis, atau peneliti profesional. Ada beberapa data yang menunjukkan bahwa profesi dapat mempengaruhi penilaian yang lebih penting mungkin adalah pilihan subjek wawancara, yang sekali lagi mungkin termasuk perawat, pemberi perawatan, keluarga, atau terapis. BI terdiri atas komponen kemandirian fungsional yang mencakup kognisi, ekspresi, interaksi sosial, dan penglihatan masuk akal secara intuitif. Versi singkat dari BI, yang terdiri dari skala 3, 4-, dan 5-item (Simon *et al.*, 2018).

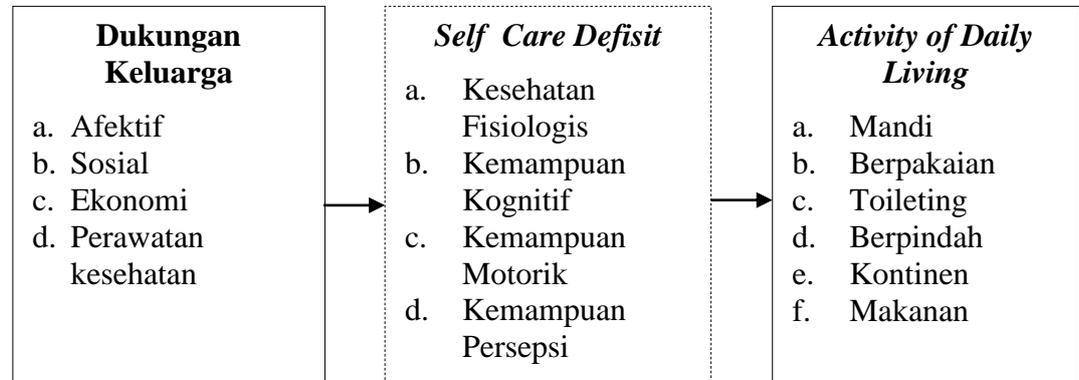
2.3.8 Kerangka Teoritis *Activities of Daily Living*



Sumber: Brunner & Suddarth (2017); DeLaune & Ledner (2019); Mckenna *et al* (2014); Kozier & Barbara (2017);
Bagan 2.2 Kerangka Teoritis *Activities of Daily Living*

Bagan 2.2 Kerangka Teoritis *Activities of Daily Living*

2.4 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* pada Klien Pasca Stroke



Bagan 2.3 Kerangka Konseptual Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* pada Klien Pasca Stroke

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Sugiyono (2017) menjelaskan bahwa desain penelitian adalah strategi yang dipilih oleh peneliti untuk mengintegrasikan secara menyeluruh komponen riset dengan cara logis dan sistematis untuk membahas dan menganalisis apa yang menjadi fokus penelitian. Penelitian ini menggunakan desain *literature review*. Nursalam (2020) menjelaskan bahwa *Literature review* adalah analisis terintegrasi tulisan ilmiah yang terkait langsung dengan pertanyaan penelitian. *Literature review* dapat menjelaskan latar belakang penelitian tentang suatu topik, menunjukkan mengapa suatu topik penting untuk diteliti, menemukan hubungan antara studi/ide penelitian, mengidentifikasi tema, konsep, dan peneliti utama pada suatu topik, mengidentifikasi kesenjangan utama dan membahas pertanyaan penelitian lebih lanjut berdasarkan studi sebelumnya. Studi literatur pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke

3.2 Strategi Pencarian Literatur

3.2.1 Protokol dan Registrasi

Studi ini merupakan kajian literatur (*literature review, literature research*) atau penelitian kepustakaan (*library research*) yaitu serangkaian penelitian yang berkenaan dengan metode pengumpulan

data pustaka, atau penelitian yang obyek penelitiannya digali melalui beragam informasi kepustakaan (buku, ensiklopedi, jurnal ilmiah, koran, majalah, dan dokumen). Studi ini berisi rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke. Adapun metode registrasi dalam pencarian literatur berupa *framework* yang digunakan, kata kunci, database atau *search engine*

3.2.2 Database Pencarian

Literature review ini merupakan kajian dari beberapa hasil studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema penelitian. Tema utama pada penelitian ini adalah terkait dengan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke. Pencarian literatur dilakukan pada bulan Januari 2022. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti- peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapatkan berupa artikel dari jurnal ilmiah yang bereputasi baik sesuai dengan tema yang ditentukan. Pencarian literatur dalam *literature review* ini menggunakan database yaitu *google scholar*, *PubMed*, *Portal Garuda*, *Elsevier*.

3.2.3 Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean operator* (dan, dan atau, *and*, *or*, *and not*) yang digunakan untuk

memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan sebagai berikut:

Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian

Dukungan Keluarga	Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i>	Pasca Stroke
DAN	DAN	DAN
Dukungan keluarga	Aktifitas harian	fungsiional Klien stroke
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
<i>Family support</i>	<i>Activities of Daily Living</i>	<i>Post stroke</i>
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
<i>Family social support</i>	<i>ADL</i>	<i>Cerebrovasculare accident</i>
<i>OR</i>	<i>OR</i>	<i>OR</i>
	<i>Improving Independence of Daily living</i>	<i>Stroke patien</i>
	<i>Fungcional outcome</i>	<i>Stroke survivor</i>

3.3 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.3.1 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

Setelah dilakukan penetapan topik *review* maka seluruh kata kunci dimasukkan dalam database yaitu *google scholar*, *PubMed*, *Elsevier* setelah itu dilakukan pembatasan pencarian dengan membatasi tahun yaitu artikel bertahun 2017-2021. Setelah mendapatkan artikel sesuai topik dilakukan identifikasi abstrak dan selanjutnya di telaah naskah lengkapnya (*fulltext*) selanjutnya dilakukan matrik sebagai bagian untuk melakukan analisis. Setelah dilakukan matrix dari artikel maka dilakukan sintesis berupa menyusun hasil matrix dalam bentuk naratif.

Strategi yang digunakan untuk mencari artikel menggunakan PEOS *framework* yaitu:

a. *Population/problem*

Populasi atau masalah yang akan di analisis. Pada *literature review* ini masalah yang diangkat atau menjadi topik utama adalah kemandirian *activities of daily living*. Dan populasi utama pada penelitian ini adalah klien pasca stroke

b. *Exposure*

Merupakan variabel yang diduga sebagai variabel penyebab atau variabel pajanan terhadap variabel *out come*. Pada *literature review* ini variabel *exposure* adalah dukungan keluarga pada klien pasca stroke

c. *Outcome*

Hasil atau luaran yang diperoleh pada penelitian. Pada *literature review* ini artikel dengan hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke

d. *Study design*

Desain penelitian yang digunakan oleh jurnal yang akan di *review*. Desain dari *literature review* adalah seluruhnya berjenis kuantitatif.

Adapun format PEOS dalam *literature review* ini diuraikan berdasarkan tabel sebagai berikut:

Tabel 3.2 Tabel PEOS

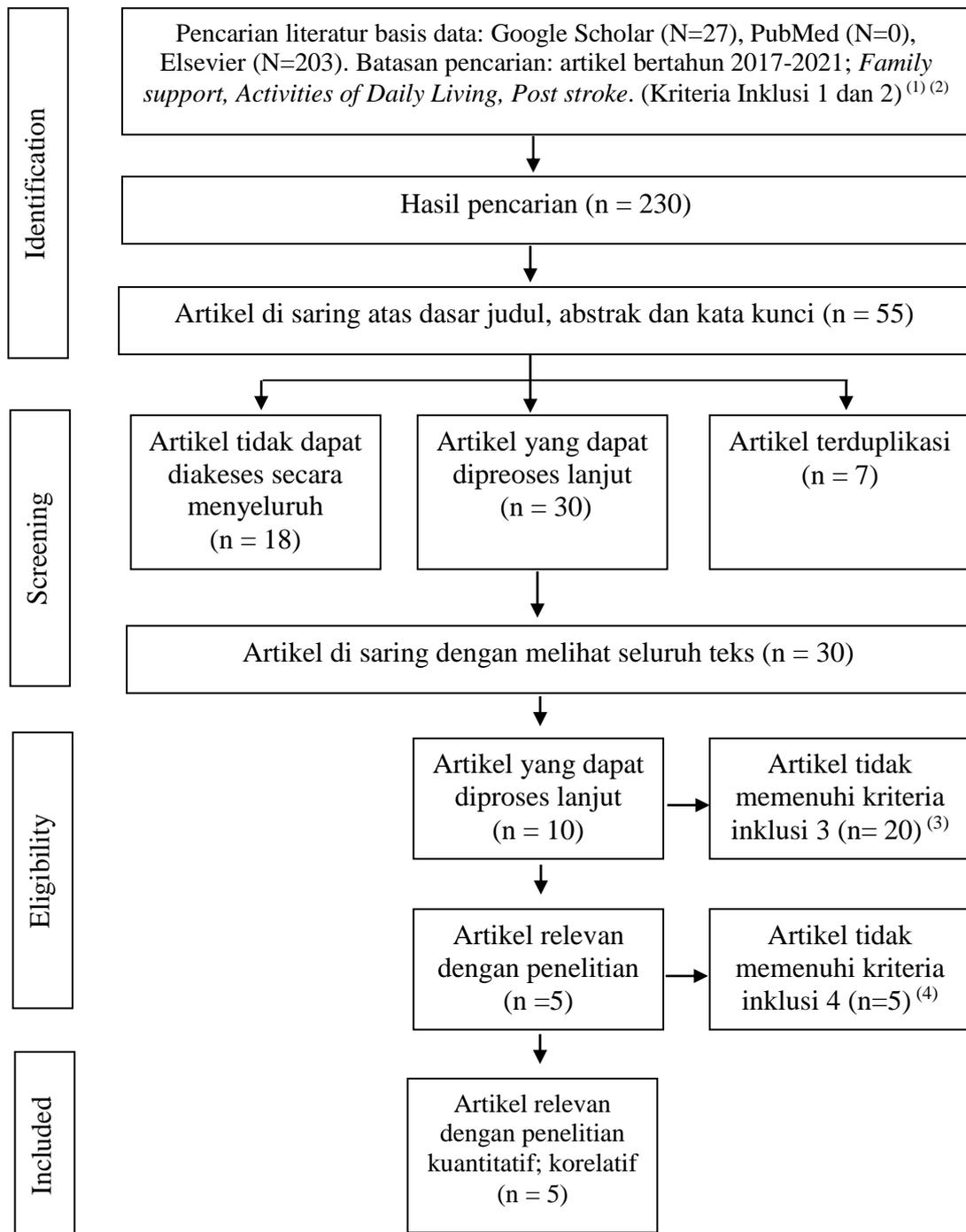
Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population/ Problem</i>	Kemandirian <i>activities of daily living</i> pada klien pasca stroke ⁽¹⁾	Pasien stroke dengan disabilitas total (tetraplegia); hendaya kognitif berat
<i>Exposure</i>	dukungan keluarga ⁽²⁾	Dukungan tenaga kesehatan
<i>Outcome</i>	Adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian <i>activities of daily living</i> pada klien pasca stroke ⁽³⁾	1. Artikel tidak memuat proporsi masing-masing variabel 2. Artikel tidak memuat nilai <i>Odd Ratio</i> 3. Artikel yang tidak memuat hasil statistic (hanya dekriptif) 4. Artikel tidak dapat diakses seluruhnya
<i>Study design</i>	<i>Korelatif, crosssectional,</i> ⁽⁴⁾	<i>Literature review, qualitative study, mixstudy,</i>

⁽¹⁾Kriteria inklusi 1; ⁽²⁾Kriteria inklusi 2; ⁽³⁾Kriteria inklusi 3; ⁽⁴⁾Kriteria inklusi 4

3.3.2 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian literatur melalui publikasi dan menggunakan kata kunci sesuai dengan *boolean operator* didapatkan melalui *google scholar* sebanyak 27 artikel terkait dengan identifikasi awal terdapat 5 artikel yang relevan dengan tema. Melalui *PubMed* tidak didapatkan artikel terkait *Family support, Activities of Daily Living, Post stroke*. Melalui *Elsevier* didapatkan 203 artikel terkait dengan *Family support, Activities of Daily Living, Post stroke*, berdasarkan identifikasi awal hanya terdapat 50 artikel yang relevan dengan tema. Berdasarkan identifikasi abstrak pada hasil pencarian artikel melalui database *google scholar, PubMed, Elsevier*, diperoleh

sebanyak 55 artikel. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam diagram *flow* dibawah ini:



Bagan 3.1 Diagram *Flow* Penelitian *Literature Review* Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke

BAB 4

HASIL DAN ANALISA

4.1 Hasil Seleksi Studi Berdasarkan Karakteristik Umum Studi

a. Tahun Publikasi

Tabel 4.1 Karakteristik Artikel Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Tahun Publikasi (n=5)

Kategori	n	%
Tahun 2018	2	40
Tahun 2019	2	40
Tahun 2020	1	20
Tahun 2021	0	0
Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa mayoritas artikel yang digunakan pada *Literature Review* artikel yang publikasi adalah artikel tahun 2018 hingga 2019.

b. Jenis Publikasi

Tabel 4.2 Karakteristik Artikel Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Jenis Publikasi (n=5)

Kategori	n	%
Internasional	1	20
Lokal/Nasional	4	80
Total	5	100

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar artikel yang digunakan dalam *Literature Review* adalah artikel Lokal/Nasional.

c. Karakteristik Jenis Kelamin Responden

Tabel 4.3 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Jenis Kelamin Responden (n=5)

Sumber Emperis Utama	Frekuensi	Persentase
Setyoadi et al., (2018)		
Laki- Laki	35	61,4
Perempuan	22	38,6
Tatali et al., (2018)		
Laki- Laki	36	55,4
Perempuan	29	44,6
Mayasari et al., (2019)		
Laki- Laki	23	53,48
Perempuan	20	46,51
Harmayetty et al., (2020)		
Laki- Laki	44	60,3
Perempuan	29	39,7
Nipaporn et al., (2019)		
Laki- Laki	179	50
Perempuan	179	50

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan responden yang paling banyak adalah responden berjenis kelamin laki-laki. Selisih antara laki-laki dan perempuan adalah sebesar 6,38 %.

d. Karakteristik Pendidikan Responden

Tabel 4.4 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Tingkat Pendidikan Responden (n=5)

Sumber Emperis Utama	Frekuensi	Persentase
Setyoadi et al., (2018)		
Pendidikan dasar	n/a	n/a
Pendidikan menengah		
Pendidikan menengah atas		
Pendidikan tinggi		
Tatali et al., (2018)		
Pendidikan dasar	14	21,5
Pendidikan menengah	12	18,5
Pendidikan menengah atas	25	38,5
Pendidikan tinggi	14	21,5
Mayasari et al., (2019)		
Pendidikan dasar	15	34,88
Pendidikan menengah	0	0
Pendidikan menengah atas	18	41,86

Pendidikan tinggi	10	23,25
Harmayetty et al., (2020)		
Pendidikan dasar	15	20,5
Pendidikan menengah	3	4,1
Pendidikan menengah atas	34	46,6
Pendidikan tinggi	21	28,8
Nipaporn et al., (2019)		
Pendidikan dasar	16	4,5
Pendidikan menengah	0	0
Pendidikan menengah atas	170	47,5
Pendidikan tinggi	66	18,4

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan setingkat sekolah menengah atas.

e. Karakteristik Marital Responden

Tabel 4.5 Karakteristik Hasil Penyeleksian Studi Berdasarkan Proporsi Marital Responden (n=5)

Sumber Emperis Utama	Frekuensi	Persentase
Setyoadi et al., (2018)		
Menikah	51	89,48
Tidak menikah/cerai	6	10,52
Tatali et al., (2018)		
Menikah	n/a	n/a
Tidak menikah/cerai		
Mayasari et al., (2019)		
Menikah	n/a	n/a
Tidak menikah/cerai		
Harmayetty et al., (2020)		
Menikah	n/a	n/a
Tidak menikah/cerai		
Nipaporn et al., (2019)		
Menikah	227	63,4
Tidak menikah/cerai	131	36,6

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa karakteristik paling banyak responden memiliki status marital menikah dan tinggal dengan pasanganya.

Tiga artikel tidak memuat karakteristik status marital responden

4.2 Hasil Identifikasi Dukungan Keluarga Pada Klien Pasca Stroke

Tabel 4.6 Hasil Identifikasi Berdasarkan Dimensi Dukungan Keluarga pada Klien Pasca Stroke

Sumber Emperis Utama	Dimensi Dukungan Keluarga			
	Emosional	Penghargaan	Instrumental	Informasional
Setyoadi <i>et al.</i> , (2018)				
Baik	89,47	77,2	87,72	89,47
Cukup	10,53	17,54	12,28	10,53
Kurang	0	5,26	0	0
Tatali <i>et al.</i> , (2018)	n/a	n/a	n/a	n/a
Mayasari <i>et al.</i> , (2019)	n/a	n/a	n/a	n/a
Harmayetty <i>et al.</i> , (2020)	n/a	n/a	n/a	n/a
Nipaporn <i>et al.</i> , (2019)	n/a	n/a	n/a	n/a

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa hanya terdapat satu artikel yang memuat hasil identifikasi terkait dimensi dukungan keluarga yaitu Setyoadi *et al.*, (2018) selanjutnya dilakukan review terhadap tingkat dukungan, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.7 Hasil Identifikasi Tingkat Dukungan Keluarga pada Klien Pasca Stroke

Sumber Emperis Utama	Dukungan keluarga			
	Tinggi	Sedang	Rendah	Total
Setyoadi <i>et al.</i> , (2018)	50(87,72%)	7 (12,28%)	0(0%)	57(100%)
Tatali <i>et al.</i> , (2018)	45(69,2%)	0 (0%)	20(30,8%)	65(100%)
Mayasari <i>et al.</i> , (2019)	33(77%)	0(0%)	10(23%)	43(100%)
Harmayetty <i>et al.</i> , (2020)	55 (75,3%)	0(0%)	18(24,78%)	73(100%)
Nipaporn <i>et al.</i> , (2019)	180(50,3%)	92(25,7%)	86 (12,28%)	358(100%)

Berdasarkan tabel 4.7 menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga berada pada kategori tinggi atau baik.

4.3 Hasil Identifikasi Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca

Stroke

Tabel 4.8 Hasil Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke

Sumber Emperis Utama	Kemandirian <i>Activities of Daily Living</i>			
	Mandiri	Sedang	Berat	Sangat berat
Setyoadi <i>et al.</i> , (2018)	4(7,2%)	41 (71,9%)	7(12,28%)	1(1,75%)
Tatali <i>et al.</i> , (2018)	29(44,6%)	25(38,5%)	0(0%)	11(16,9%)
Mayasari <i>et al.</i> , (2019)	20(47%)	21(49%)	2(4%)	0(0%)
Harmayetty <i>et al.</i> , (2020)	14(19,2%)	33(45,2%)	20(27,4%)	6(8,2%)
Nipaporn <i>et al.</i> , (2019)	109 (30,4%)	230(64,2%)	15(4,2%)	4(1,1%)

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan empat dari lima artikel bahwa kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke berada pada tingkat sedang, satu artikel memuat adanya kemandirian pada penderita stroke.

4.4 Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian

Activities of Daily Living Pada Klien Pasca Stroke

Tabel 4.9 Hasil Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke

Sumber Emperis Utama	Hasil	Nilai statistik
Setyoadi <i>et al.</i> , (2018)	Rerata skor dukungan keluarga adalah 87,84 yang berarti dukungan baik, serta kemandirian pasien stroke menunjukkan nilai 81,75 yang berarti kemandirian pada tingkat sedang. Hasil uji korelasi pearson menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke dengan korelasi positif kuat	r: 0,737 p-value: 0,00
Tatali <i>et al.</i> , (2018)	Pasien pasca stroke yang memiliki dukungan keluarga tinggi terdapat 18 orang (40%) yang tingkat kemandirian <i>Activity Daily Living</i> termasuk dalam kategori mandiri. Dukungan keluarga rendah dengan kemandirian ADL mandiri berjumlah 11 orang (55%). Hasil uji <i>Chi Square</i> menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian <i>Activity Daily Living</i> pada pasien pasca Stroke	p-value: 0,021
Mayasari <i>et al.</i> , (2019)	Sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik mengalami kemandirian (48,5%) dalam melakukan aktivitas sehari-hari, lalu paling banyak diikuti oleh tingkat ketergantungan ringan (42,4%).	p-value: 0,023

	Untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik paling banyak mengalami ketergantungan sedang (40%). Hasil uji <i>Chi Square</i> menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL) pada pasien pasca stroke	
Harmayetty <i>et al.</i> , (2020)	Pasien yang mendapatkan dukungan positif dan dialami oleh responden yang mengalami ketergantungan sedang, yaitu sebanyak 28 orang (50.9%). Sedangkan, untuk 18 orang responden dengan dukungan keluarga negatif di antaranya mengalami ketergantungan parah dengan jumlah sebanyak 8 orang (44.4%). Hasil uji <i>Spearman's Rho</i> menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke dengan kekuatan korelasi cukup.	<i>Correlation Coefficient</i> (r):0,384 <i>p-value</i> :0,001
Nipaporn <i>et al.</i> , (2019)	Dua puluh empat persen responden pasca stroke melaporkan bahwa pendapatan keluarga mereka saat ini tidak mencukupi untuk kehidupan sehari-hari mereka. Sekitar setengahnya mengalami stroke ringan saat masuk pertama kali, diikuti oleh stroke sedang (37,2%). Sebagian besar responden berada pada tingkat ketergantungan ringan (57,5%) dan 5,3% berada pada tingkat ketergantungan berat dan total. Hasil statistic menunjukkan dukungan sosial keluarga berhubungan dengan kemandirian fungsional. Untuk domain hubungan sosial, tingkat pendapatan yang cukup adalah prediktor terkuat, diikuti dengan menikah dan tinggal bersama pasangan mereka, hasil fungsional dan dukungan emosional.	$\beta = 0.32, 0.26$ $p < 0.05$

Berdasarkan tabel 4.9 dapat diketahui bahwa dari kelima artikel ilmiah menunjukkan adanya hubungan antara hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke, sebagaimana diungkap oleh Setyoadi *et al.*, (2018) bahwa ada adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke dengan korelasi positif kuat (r:0,737 *p-value*: 0,00). Tatali *et al.*, (2018) dan Mayasari *et al.*, (2019) juga mengungkapkan hal serupa bahwa terdapat hubungan yang signifikan

antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien pasca Stroke (*p-value*: 0,021-0,023). Harmayetty *et al.*, (2020) Mengungkapkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke dengan kekuatan korelasi cukup ($(r):0,384$ *p-value*:0,001). Serta, Nipaporn *et al.*, (2019) mengungkapkan dukungan sosial keluarga berhubungan dengan kemandirian fungsional. Untuk domain hubungan sosial, tingkat pendapatan yang cukup adalah prediktor terkuat, diikuti dengan menikah dan tinggal bersama pasangan mereka, hasil fungsional dan dukungan emosional ($\beta= 0.32, 0.26$ $p <05$)

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai interpretasi hasil penelitian yang disajikan secara berurutan berdasarkan tujuan dengan merujuk pada hasil *review*, konsep teori, dan opini dengan membandingkan kajian terdahulu serta menyampaikan keterbatasan.

5.1 Interpretasi Hasil *Review*

5.1.1 Dukungan Keluarga Pada Klien Pasca Stroke Berdasarkan *Literature Review*

Review ini menunjukkan bahwa dari lima jurnal ilmiah seluruhnya menyatakan bahwa sebagian besar dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita stroke adalah baik. Selain itu berdasarkan artikel oleh Setyoadi *et al.*, (2018) seluruh dimensi dukungan yaitu emosional, penghargaan, instrumental dan informasional sebagian besar menunjukan baik.

Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam menyangga dampak stres akibat sakit atau akibat salah satu anggota keluarga yang menderita akibat sakit (Rodriguez, 2018). Menurut Acero (2017) diberbagai studi seorang anggota keluarga yang jatuh sakit meningkatkan solidaritas keluarga karena penyakit itu dialami secara kolektif oleh seluruh keluarga (terutama dalam budaya kolektivis). Keluarga juga meningkatkan kesejahteraan melalui partisipasi dan rasa memiliki. Menurut Haslam (2018) menjelaskan bahwa dukungan keluarga yang memprediksi kesejahteraan

pada anggota keluarga yang sakit dipupuk oleh partisipasi dalam keterlibatannya dalam keluarga. Keluarga juga memberikan kontinuitas melalui tradisi, yang secara positif terkait dengan fungsi keluarga dan kesejahteraan psikologis. Dukungan keluarga ini memainkan peran penting bagaimana anggota mengatasi stressor akibat sakit. Menurut Kaakinen *et al.*, (2015) dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya usia, jenis kelamin, sosial ekonomi, pendidikan, hubungan antar keluarga dan bentuk keluarga.

Kelima artikel tersebut juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan setingkat sekolah menengah atas. Kaakinen *et al.*, (2015) berpendapat bahwasanya salah satu yang memengaruhi adanya dukungan dalam suatu keluarga adalah pendidikan yang dimiliki oleh anggota keluarga tersebut. Kaakinen *et al.*, (2015) juga menyebutkan bahwa seseorang dengan pendidikan yang baik akan memiliki pemahaman yang baik terhadap suatu permasalahan, sehingga akan lebih mudah untuk menerima pengaruh dari luar baik yang positif maupun negatif, obyektif dan lebih terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi kesehatan dalam memberikan dukungan keluarga. Hal ini memberikan asumsi bahwa dengan pendidikan setingkat perguruan tinggi dianggap telah mampu menerima informasi dan memahami kondisi kesehatan. Pemahaman tersebut mendasari perilaku adaptif dari keluarga untuk memberikan dukungan secara konstruktif kepada pasien.

Studi ini menunjukkan bahwa mayoritas penderita dalam artikel tersebut memiliki pasangan atau berstatus telah menikah. Sejalan dengan

hasil ini, studi oleh Liu & Wang, (2018) menemukan adanya hubungan antara status perkawinan dengan luaran (*outcome*) pada klien stroke dimana, pada penderita yang memiliki pasangan hidup memiliki dukungan yang lebih baik sehingga memiliki luaran pasca stroke yang lebih tinggi. Hal ini membuat kami berspekulasi bahwa pernikahan atau perkawinan merupakan sumber daya dukungan keluarga yang lebih baik dengan mengabaikan efek perlindungan pernikahan. Ini memberikan pemahaman bahwa pernikahan dapat memberikan sumber dukungan pada perilaku dan memberikan dampak positif terhadap permasalahan psikososial untuk mencegah dan mengobati penyakit

Studi ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga pada penderita stroke adalah baik. hal ini dapat diartikan bahwa kehadiran dan perhatian oleh keluarga bagi penderita stroke sudah diberikan secara optimal. Secara konsisten hasil review ini sejalan dengan studi oleh Kosasih & Punthmatharith, (2020) bahwa fokus utama dalam pengelolaan *recovery* dan rehabilitasi pada penderita stroke adalah kehadiran keluarga dalam mendukung penderita. Ini memberikan suatu tantangan kepada perawat dimana dapat mendorong keluarga sehingga mampu memberikan intervensi dukungan keluarga bagi pasien stroke di rumah. Intervensi tersebut dapat berupa paket informasi dan pelatihan kebutuhan dasar bagi keluarga, intervensi psikologis, sosial, dan spiritual. Intervensi ini akan membantu keluarga dan pasien stroke pulih dari komplikasi stroke. Beberapa pengukuran hasil dapat digunakan untuk menentukan keberhasilan dukungan keluarga. Luaran intervensi dukungan keluarga meliputi aspek

fisik, psikologis, sosial, kualitas hidup, kognitif dan ekonomi. Dukungan keluarga bermanfaat bagi pasien dan keluarganya. Hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup pasien stroke selama rehabilitasi dari stroke.

5.1.2 Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke

Empat dari lima artikel menunjukkan bahwa kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke berada pada tingkat sedang dan hanya satu artikel yang memuat bahwa adanya kemandirian pada penderita stroke.

Stroke mengakibatkan sindrom cacat fungsional parsial atau komprehensif atau penyakit serebrovaskular akut yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah local. Stroke sering disertai dengan disfungsi otak dan gangguan fisik yang sesuai, dan menyebabkan gangguan neurologis dan kognitif, serta serangkaian cacat neurologis dan kognitif. Kondisi ini memiliki efek buruk yang sangat serius pada kognisi pasien, fungsi neurologis dan kemampuan perawatan diri, dan sangat membahayakan harapan dan kualitas hidup manusia (Yuexiu et al., 2021). Menurut Shahraki & Safdari (2018) target utama dalam keperawatan pada kasus stroke sangat penting adalah untuk pemulihan dini kesehatan, fungsi kognitif, fungsi neurologis dan kemampuan perawatan diri (*Activity of Daily Living*). Menurut DeLaune & Ledner, (2019) secara teoritis konstruksi *Activity of Daily Living* merupakan konseptualisasi dari Teori *self care*. Teori *self care* dalam keperawatan yang dikemukakan oleh Dorothea Orem, bertujuan untuk meningkatkan kemandirian klien sehingga klien dapat berfungsi secara optimal. Menurut Orem asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri

sehingga dapat membantu individu untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan. Orang dewasa dapat merawat diri mereka sendiri, sedangkan orang sakit membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas *self care* mereka.

Secara konsisten temuan dalam review ini sejalan dengan studi oleh Whitiana & Vitriana, (2017) bahwasanya lebih dari setengahnya memiliki kemandirian yang baik dalam pemenuhan *Activity of Daily Living* pada pasien post stroke. Studi ini juga mengungkapkan bahwa sebagian besar penderita stroke adalah laki-laki. Menurut studi oleh Thomas & Crespy, (2021) luaran pasca stroke pada perempuan lebih buruk dibandingkan pada laki-laki yang dikaitkan dengan kondisi tersebut dikaitkan dengan kehamilan, masa nifas, kontrasepsi oral dan migrain hormonal. Secara konsisten temuan ini juga didukung oleh studi Liljehult & Chelpin (2021) bahwa laki-laki memiliki skor kemandirian dalam *Activity of Daily Living* yang lebih tinggi dibandingkan perempuan. Menurut Carcel & Woodward, (2020) berbagai faktor risiko spesifik jenis kelamin untuk stroke, yang terkait dengan biologi wanita, antara lain. Misalnya, lahir mati dikaitkan dengan risiko semua jenis stroke di kemudian hari, dan hipertensi gestasional meningkatkan risiko stroke hemoragik lebih dari lima kali.

5.1.3 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activities of Daily Living* Pada Klien Pasca Stroke

Kelima artikel ilmiah mengungkapkan bahwa adanya hubungan antara hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke. Ini memberikan makna bahwa apabila dukungan

keluarga pada penderita stroke semakin baik maka akan memungkinkan perbaikan pada kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke.

Menurut Eriksson (2017) stroke sering memiliki konsekuensi dalam fungsi kehidupan sehari-hari berupa gangguan, keterbatasan aktivitas dan pembatasan partisipasi sehingga penderita stroke tidak lagi mampu menjalankan aktivitas sehari-hari seperti aktifitas berpakaian, makan, membersihkan rumah serta mencuci, bekerja, hobi dan bersosialisasi dengan orang lain. Sehingga sering tergantung pada orang lain untuk melakukan *activities of daily living*. Menurut Lawrence (2012) dalam perspektif *Model of Human Occupation* (MOHO) aktifitas seseorang dimotivasi, dipolakan, dan dilakukan dengan kehadiran orang lain dalam interaksi yang salah satunya adalah kehadiran keluarga. Sebagaimana dijelaskan oleh Kielhofner, (2019) aktifitas sehari-hari pada penderita yang mengalami disabilitas fisik oleh berbagai kondisi dipengaruhi oleh dukungan dan kehadiran orang lain dalam memahami apa yang dilakukan penderita dalam kehidupan sehari-hari mereka. Ini memberikan konstruksi teoritis mengapa masalah dalam kehidupan sehari-hari dapat muncul setelah stroke, dan bagaimana gangguan dukungan sekitar dapat mengganggu ataupun meningkatkan proses pemenuhan aktifitas harian.

Studi ini memberikan sebuah alasan ilmiah bahwa dukungan keluarga merupakan tindakan langsung asuhan keperawatan dengan mendorong anggota keluarga untuk berpartisipasi merawat pasien stroke dengan memberikan asuhan berdasarkan *home-based care* di masyarakat. Meskipun

dukungan keluarga terdiri dari kolaborasi multidisiplin, keperawatan keluarga memainkan peran penting dalam mengkoordinasikan dan menerapkan dukungan untuk pasien stroke dan keluarganya. Perawat dapat memperluas peran profesionalnya dalam membantu pasien untuk mempercepat pemulihan stroke. Karena pasien stroke membutuhkan dukungan yang komprehensif dan ada keterbatasan intervensi dukungan, pendekatan komprehensif yang melibatkan semua domain dukungan diperlukan untuk aplikasi dalam praktik keperawatan. ini memberikan suatu pandangan kedepan bahwa perawat dapat memberikan program pembelajaran edukatif yang mendukung untuk pengasuhan keluarga, program intervensi berorientasi pengasuh keluarga, melatih pengasuh dalam keperawatan dasar dan fasilitasi teknik perawatan pribadi, dan memfasilitasi pemecahan masalah sosial. Guidetti, (2022) menyatakan bahwa konsep asuhan berfokus pada klien (*concept client-centredness*) dalam bahwa hasil asuhan pada klien stroke dicirikan oleh hubungan yang kuat dengan praktik terutama dengan partisipasi aktif keluarga. Hal ini juga dijelaskan oleh Carl Rogers bahwa hubungan terapeutik membutuhkan lingkungan yang aman dan pemahaman orang sekitar klien yang berfokus pada kesembuhan klien. Hal ini memberikan suatu bukti nyata bahwa anggota keluarganya harus membuat keputusan sendiri dan bertanggung jawab untuk meningkatkan dukungan dan menjadi sumber dukungan utama sehingga mampu meningkatkan proses rehabilitasi dan okupasi pada penderita stroke yang pada akhirnya secara progresif akan meningkatkan dan mengembalikan

fungsi tubuh utamanya dalam memenuhi *activities of daily living* secara mandiri.

5.2 Keterbatasan Penelitian

1. Interpretasi dan analisis pada studi ini hanya memuat pada variabel dukungan keluarga secara umum dan tidak menguraikan secara spesifik sub-variabel pada dukungan keluarga seperti domain dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penilaian. Hal tersebut dipertimbangkan dengan melihat temuan bahwa tidak semua artikel memuat dan menguraikan domain- domain tersebut
2. Berdasarkan analisis *critical appraisal* terdapat artikel dengan nilai 75% namun demikian, kami tetap menggunakan artikel tersebut oleh karena keterbatasan proporsi artikel yang memuat variable.
3. Dalam studi ini, kami tidak dapat menemukan proporsi usia dalam artikel yang menjadi sumber empiris utama sehingga kami tidak dapat memberikan interpretasi terkait asosiasi usia pada masing- masing variabel, meskipun telah banyak bukti bahwa derajat atau tingkat ketergantungan pasien stroke juga dimediasi oleh faktor usia.

BAB 6

KESIMPULAN

Bab ini menguraikan simpulan dan saran sebagai intisari dan hasil seluruh rangkaian kegiatan penelitian dari mulai pendahuluan hingga pembahasan hasil penelitian. Simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan diuraikan sebagai berikut:

6.1 Simpulan

Kesimpulan didasarkan pada tujuan penelitian dan berdasarkan hasil penelitian dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita stroke sebagian besar berada kategori tinggi
2. Kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke sebagian besar berada pada tingkat sedang
3. Adanya hubungan antara hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living* pada klien pasca stroke

6.1 Saran

6.1.1 Keluarga

Disarankan keluarga untuk terus memberikan dukungan kepada pasien, menemani saat melakukan aktifitas dan mengajarkan kemandirian, selalu mengantar dan menjemput pasien saat melakukan pemeriksaan dan rehabilitasi, ikut melakukan pemantauan terhadap proses rehabilitasi dan secara aktif memberikan dorongan kepada pasien untuk patuh pada semua rejimen terapi

6.1.2 Pasien

Disarankan untuk tetap patuh terhadap anjuran terapi, mendengarkan instruksi yang disarankan keluarga, berkomunikasi kepada keluarga terkait keluhan, dan kesulitan selama menjalani aktifitas harian.

6.1.3 Perawat

Disarankan untuk memberikan konseling kepada keluarga melalui komunikasi efektif antara keluarga dan pasien utamanya terkait dengan memodifikasi lingkungan sehingga pasien dapat secara mandiri melakukan aktifitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Acero. (2017). Family identity and severe mental illness: A thematic synthesis of qualitative studies. *European Journal of Social Psychology*, 47(5).
- Aiyagari, & Gorelick. (2016). *Hypertension and Stroke Pathophysiology and Management*. Humana Press.
- Allender, & Rector. (2010). *Community & Public Health Nursing Promoting the Public's Health*. Wolters Kluwer.
- Alpert. (2019). *The Neurologic Diagnosis A Practical Bedside Approach*. Springer International Publishing.
- American Heart Association. (2021). *Global Burden of Stroke*. American Heart Association Program.
- Ayuni, D. Q. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Katarak*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Balasuriya, Santili, & Morone. (2021). COVID-19 Vaccine Acceptance and Access Among Black and Latinx Communities. *Jama Network Open*, 4(10).
- Biller, Greuner, & Brazis. (2017). *The Neurologic Examination*. McGraw- Hill Education.
- Brunner & Suddarth. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Caplan. (2019). *Caplan's Stroke a Clinical Approach*. Cambridge University Press.
- Carcel, & Woodward. (2020). Sex matters in stroke: A review of recent evidence on the differences between women and men. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 59(100870).
- DeLaune, S., & Ledner, P. (2019). *Fundamentals of Nursing Standards & Practice*. Delmar Cengage Learning.
<https://books.google.co.id/books?isbn=1133007619>
- Dhamoon, McClure, White, & Lakshminarayan. (2015). Long-term disability after lacunar stroke: secondary prevention of small subcortical strokes. *Neurology Journal*, 84(10), 1002.
- Donkor. (2018). Stroke in the 21st Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Hindawi Stroke Research and Treatment*, 3238165.
- Edelman, & Connelly. (2018). *Health Promotion Throughout the Life Span*.

Elsevier, Ltd.

- Eriksson. (2017). Occupational therapists experiences of implementing a new complex intervention in collaboration with researchers: a qualitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(116).
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Glen, & Gillen. (2018). *Stroke Rehabilitation A Function Based Approach*. Elsevier Inc.
- Goldenberg, & Stanton. (2016). *Family Therapy An Overview*. Cengage Learning.
- Greene, & Bone. (2017). *Understanding Neurology a Problem orientated approach*. Manson Publishing Ltd.
- Guidetti. (2022). Activities in Daily Living: The development of a new client-centred ADL intervention for persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(2).
- Halnes, & Mihailoff. (2018). *Fundamental Neuroscience For Basic And Clinical Applications*. Elsevier, Ltd.
- Hammer, & McPhee. (2019). *Pathophysiology of Disease*. McGraw- Hill Education.
- Harmayetty, Ni'mah, & Firdaus. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kepatuhan Rehabilitasi Dengan Kemandirian Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah Dan Kritis*, 9(1).
- Haslam. (2018). *The new psychology of health: Unlocking the social cure*. Routledge.
- Hernilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Pustaka As Salam.
- Jordan, Mayans, & Soileau. (2017). *Neurology Self-Assessment: A Companion to Bradley's Neurology in Clinical Practice*. Elsevier, Ltd.
- Kaakinen, Coehlo, Tabacco, Hanson, & Steel. (2015). *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research*. F.A Davis Company.
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, Re., Tabacco, A., & Hanson, S. (2015). *Family Health Care Nursing*. F.A Davis Company. <http://www.sbm.ac.ir/uploads/FamilyHealthCare2010,Book.pdf>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018*. Sekretariat Jendral Kementerian Kesehatan RI.

http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf

- Kielhofner. (2019). *Model of human occupation: theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer business.
- Kosasih, & Punthmatharith. (2020). Family support for patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 10(3).
- Kozier, & Barbara. (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kozier, Berman, & Snyder. (2018). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice*. Pearson Education, Inc.
- Lawrence. (2012). Defining and measuring patient-centred care: an example from a mixed-methods systematic review of the stroke literature. *Health Expect*, 15(295).
- Lee, & Kang. (2018). *Stroke Revisited: Hemorrhagic Stroke*. Springer International Publishing.
- Liljehult, & Chelplin. (2021). Sex differences in independence in activities of daily living early in stroke rehabilitation. *Wiley Brain and Behavior*, 11(2223).
- Liu, & Wang. (2018). Association between marriage and outcomes in patients with acute ischemic stroke. *Journal of Neurology*, 265.
- Magalhaes, Abreu, Correia, Whiteley, & Silva. (2014). Functional status three months after the first ischemic stroke is associated with long term outcome: Data from a community-based cohort. *Cerebrovascular Diseases*, 38(1).
- Mattle, & Mumethaler. (2017). *Fundamental of Neurology an Illustrated Guide*. Thieme.
- Mayasari, Imanto, Larasati, & Ningtyas. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. *Journal of Agromedicine*, 6(2).
- Mckenna, H., Pajnkihar, M., & Murphy, F. (2014). *Fundamental Of Nursing Models, Theori and Practice*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.12968/bjha.2014.8.3.116>
- Murphy. (2019). *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*. Wiley Blackwell.

- Nipaporn, Tipayamongkholgul, Ratanakorn, & Bundhamcharoen. (2019). Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area. *Journal of Pacific Rim Psychology, 13*(4).
- Norrving. (2014). *Oxford Textbook of Stroke and Cerebrovascular Disease*. Oxford University Press.
- Notoadmodjo, S. (2014). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2020). *Penulisan Literature Review dan Systematic Review pada Pendidikan Kesehatan*. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Park, & Ovbiagele. (2016). Relationship of functional disability after a recent stroke with recurrent stroke risk. *Europe Journal of Neurology, 26*(4), 361.
- Rejano, Nasic, & Jood. (2019). Changes in functional outcome over five years after stroke. *Brain and Behavior Journal, 9*(6).
- Rodriguez. (2018). A test of the main-effects, stress-buffering, stress-exacerbation, and joint-effects models among Mexican-origin adults. *Journal of Latina/o Psychology, 7*(3).
- Setyoadi, Nasution, & Kardinasari. (2018). Family Support In Improving Independence Of Stroke Patients. *Jurnal Ilmu Keperawatan, 6*(1).
- Shahraki, & Safdari. (2018). Acute stroke registry planning experiences. *Journal of Research in Nursing, 45*(37).
- Simon, Aminoff, & Greeberg. (2018). *Clinical Neurology*. McGraw- Hill Education.
- Siregar, & Manurung. (2020). *Keperawatan Keluarga*. Yayasan Kita Menulis.
- Splittgerber. (2019). *Snell's Clinical Neuroanatomy*. Wolters Kluwer.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Pendekatan Kuantitaitif, Kualitatif, Kombinasi dan R&D*. Alfabeta.
- Tatali, Katuuk, & Kundre. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian Activity Daily Living (Adl) Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Neurologi Rsu Gmim Pancaran Kasih Manado. *E Journal Keperawatan*2018, 6(1).
- Thomas, & Crespy. (2021). Stroke in women: When gender matters. *Revue Neurologique, 177*(8).
- Ullberg'Zia, & Pettersson. (2016). Perceived Unmet Rehabilitation Needs 1 Year After Stroke: An Observational Study From the Swedish Stroke

Register. *PubMed*, 47(2).

Wafa, Charles, & Wolfe. (2020). Burden of Stroke. *Stroke Journal*, 10.

Whitiana, & Vitriana. (2017). Level of Activity Daily Living in Post Stroke Patients. *Althea Medical Journal*, 4(2).

Wooddruff, Thundyl, & Arumugam. (2011). Pathophysiology, treatment, and animal and cellular models of human ischemic stroke. *Molecular Neurodegeneration*, 6(11).

Yang, Shi, & Zhang. (2016). The Disability Rate of 5-Year Post-Stroke and Its Correlation Factors: A National Survey in China. *Plos One Journal*, 11(11).

Yuexiu, Yuan, & Chen. (2021). The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American Journal of Translational Research*, 13(9).

Lampiran 1: Matrix Jurnal

No	Penulis & Tahun	Sumber	Metode penelitian	Ringkasan Hasil
1	(Setyoadi et al., 2018)	<i>Google Scholar</i>	<p>Desain : Deskriptif korelasional: <i>cross sectional</i></p> <p>Sampel : 57 responden</p> <p>Teknik sampling : <i>Purposive sampling</i></p> <p>Instrument : Barthel index, kuesioner dukungan keluarga</p> <p>Analisis : Korelasi pearson</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayoritas memiliki dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 87,72%. 2. Kemandirian pasien stroke sebagian besar masuk dalam klasifikasi ketergantungan sedang yaitu sebanyak 71,93%. 3. Terdapat hubungan positif dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke, sehingga semakin baik dukungan keluarga maka semakin mandiri pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak. (sig<math>\alpha = 0,05; p value = 0,00, r = 0,737)
2	(Tatali et al., 2018)	<i>Google Scholar</i>	<p>Desain : Analisis observasional: <i>cross sectional</i></p> <p>Sampel : 65 responden</p> <p>Teknik sampling : <i>Purposive sampling</i></p> <p>Instrument : Kuesioner</p> <p>Analisis : <i>Chi square</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dari 65 responden sebagian besar pasien pasca stroke dengan tingkat <i>activity daily living</i> dengan kategori mandiri 29 responden (44,6%) sedangkan yang paling sedikit adalah tingkat ketergantungan total 11 responden (16,9%). 2. Dari 45 pasien pasca stroke yang memiliki dukungan keluarga tinggi terdapat 18 orang (40%) yang tingkat kemandirian Activity Daily Living termasuk dalam kategori mandiri. Sedangkan untuk responden yang memiliki dukungan keluarga tinggi 5 orang (11,1%) dengan tingkat kemandirian ADL nya yaitu ketergantungan total. Dukungan keluarga rendah dengan kemandirian ADL mandiri berjumlah 11 orang (55%). 3. Hasil uji <i>Chi Square</i> didapatkan p value sebesar $0,021 < \alpha (0,05)$, sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living pada pasien pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado

No	Penulis & Tahun	Sumber	Metode penelitian	Ringkasan Hasil
3	(Mayasari et al., 2019)	<i>Google Scholar</i>	Desain : Analisis observasional: <i>cross sectional</i> Sampel : 43 responden Teknik sampling : <i>Consecutive sampling</i> Instrument : <i>Barthel index, Perceived Social Support Family Scale (PSSfa)</i> Analisis : <i>Chi square</i>	<ol style="list-style-type: none"> Kategori yang paling banyak dialami responden adalah dalam tingkat kemandirian mandiri yaitu sebesar 47% lalu diikuti oleh ketergantungan ringan 35%. Tidak ada dari responden yang mengalami ketergantungan total. Prevalensi pasien pasca stroke yang mendapatkan dukungan keluarga baik sebanyak 77%. Hasil Chi Square diperoleh nilai p=0,02, yang artinya dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat kemandirian dalam ADL pada pasien pasca stroke
4	(Harmayetty et al., 2020)	<i>Google Scholar</i>	Desain : Analisis observasional: <i>cross sectional</i> Sampel : 96 responden Teknik sampling : <i>Consecutive sampling</i> Instrument : <i>Barthel index, kuesioner dukungan keluarga</i> Analisis : <i>Spearman rho</i>	<ol style="list-style-type: none"> dari 73 orang responden, didapatkan mayoritas dukungan keluarga pada pasien pasca stroke adalah positif pada 55 orang responden (75.3%). Kemandirian pada pasien pasca stroke yang tertinggi adalah pada tingkat sedang dengan jumlah 33 orang responden (45.2%). Ada hubungan antara dukungan keluarga dan kemandirian pasien pasca-stroke ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0,001$ dan $r = 0,384$). Ada hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan kemandirian pasien pasca-stroke ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0,000$ dan $r = 0,473$)

No	Penulis & Tahun	Sumber	Metode penelitian	Ringkasan Hasil
5	(Nipaporn et al., 2019)	<i>Elsevier</i>	Desain : <i>cross sectional</i> Sampel : 358 responden Teknik sampling : <i>Purposive sampling</i> Instrument : Kuesioner terstruktur Analisis : Analisis regresi linier	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dua puluh empat persen responden pasca stroke melaporkan bahwa pendapatan keluarga mereka saat ini tidak mencukupi untuk kehidupan sehari-hari mereka. Sekitar setengahnya mengalami stroke ringan saat masuk pertama kali, diikuti oleh stroke sedang (37,2%). 2. Sebagian besar responden berada pada tingkat ketergantungan ringan (57,5%) dan 5,3% berada pada tingkat ketergantungan berat dan total. 3. Diikuti dengan tingkat pendapatan yang cukup, dukungan sosial keluarga berhubungan dengan kemandirian fungsional ($\beta= 0.32, 0.26$ dan 0.19 masing-masing dengan $p <.05$). Untuk domain hubungan sosial, tingkat pendapatan yang cukup adalah prediktor terkuat, diikuti dengan menikah dan tinggal bersama pasangan mereka, hasil fungsional dan dukungan emosional.

Lampiran 2: Screen Bukti Data Base

Google = 27 Artikel

The screenshot shows a Google search interface. At the top, there is a search bar with the text "Dukungan Keluarga Kemandirian Activities of Daily Living Pasca Stroke" and a magnifying glass icon. Below the search bar, it says "Cendekia Sekitar 27 hasil (0,07 dtk)" and "TAHUN" with a dropdown arrow. A blue filter button labeled "Sejak 2022" is visible. The first search result is titled "Literatur Review Hubungan Dukungan Keluarga dengan Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Pasca Stroke" with a PDF icon and the URL "stikesicme-jbg.ac.id". The author is "M Khusnah, A Wijaya, F Roni" and the journal is "Jurnal Insan Cendekia, 2022". The snippet reads: "... dukungan keluarga dengan Activity Daily Living (ADL) pasca stroke, sehingga kebutuhan pasien pasca stroke dapat ... antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pasca stroke, ...". Below the snippet are icons for "Simpan", "Kutip", and "2 versi". The second search result is titled "ACTIVITY OF DAILY LIVING PADA PASIEN PASCA STROKE" with a PDF icon and the URL "nusanipa.ac.id". The author is "GB Kewa, MY Meo, M Dikson" and the journal is "Jurnal ...". The snippet reads: "... atau semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien pasca stroke maka tingkat kemandirian dalam activity daily living pada pasien pasca stroke semakin meningkat. ...". Below the snippet are icons for "Simpan", "Kutip", and "Artikel terkait".

☰ Dukungan Keluarga Kemandirian Activities of Daily Living Pasca Stroke 🔍

📌 Cendekia Sekitar 27 hasil (0,07 dtk) TAHUN ☰

✕ Sejak 2022

Literatur Review Hubungan Dukungan Keluarga dengan Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Pasca Stroke [PDF] stikesicme-jbg.ac.id
M Khusnah, A Wijaya, F Roni - Jurnal Insan Cendekia, 2022 - digilib.stikesicme-jbg.ac.id
... dukungan keluarga dengan Activity Daily Living (ADL) pasca stroke, sehingga kebutuhan pasien pasca stroke dapat ... antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pasca stroke, ...
☆ Simpan 📄 Kutip 2 versi 🔗

ACTIVITY OF DAILY LIVING PADA PASIEN PASCA STROKE [PDF] nusanipa.ac.id
GB Kewa, MY Meo, M Dikson - Jurnal ..., 2022 - jkkmfikesunipa.nusanipa.ac.id
... atau semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien pasca stroke maka tingkat kemandirian dalam activity daily living pada pasien pasca stroke semakin meningkat. ...
☆ Simpan 📄 Kutip Artikel terkait 🔗

Elsevier = 203 Artikel



ELSEVIER

[About Elsevier](#)

[Products & Solutions](#)

[Services](#)

[Shop & Discover](#)

[Search](#)

Search for Journals

Family support+activities of daily living+stroke

All Results 59,390

Webpages 8,325

Books 47,519

Journals 203

Connect 688

203 results for “Family support activities of daily living stroke”, showing 1 to 10

Sort by
[Relevance](#)

PubMed = 0 Artikel

The screenshot shows the PubMed.gov search interface. At the top left is the NIH logo and the text "National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information". Below this is the PubMed.gov logo. A search bar contains the text "Family support +Activities of Daily Living+stroke". Below the search bar are links for "Advanced", "Create alert", and "Create RSS". On the right side, there is a sorting dropdown menu set to "Sorted by: Best match". On the left side, there are sections for "MY NCBI FILTERS" and "TEXT AVAILABILITY" with a checkbox for "Abstract". The main content area displays "No results were found." and a yellow message box stating "Your search was processed without automatic term mapping because it retrieved zero results."

FAMILY SUPPORT IN IMPROVING INDEPENDENCE OF STROKE PATIENTS

Setyoadi¹, Tina Handayani Nasution², Amanda Kardinasari³

^{1,2,3} Nursing School Faculty of Medicine Universitas Brawijaya Malang Indonesia

ABSTRACT

Stroke is a condition which occurs when the brain's blood vessels fail to supply oxygen to the brain cells which caused the brain not functioning properly. As such, stroke patients cannot fully support themselves. However, with constant and proper treatment, it can ease the burden on the patients, minimizing their disability, and reducing their dependence towards others while undergoing an activity. During the recovery phase, family plays an important role, they served as a source of support even during the healing and rehabilitation phase, as such, they are expected to be involved in the process of treatment since the very beginning. The purpose of this study is to identify the correlation of family support with stroke patients' independence in the medical rehabilitation center of Dr. Iskak hospital Tulungagung. In order to focus on the stroke patients, this research uses a purposive sampling method which follows certain predetermined criteria. The research data were collected by using structured interview techniques by utilizing Barthel Index's Instrument and family support instrument. Based on the results of the study, out of 57 respondents, the average score for family support was 87,84 while the stroke patients' independence receives an average score of 81,75. Statistical analysis showed significant value = 0.00 whereas its sig value $< \alpha = 0.05$. These numbers show a strong connection between family support with independence, which means that there is a correlation between family support and stroke patients independence. In conclusion, by giving a better family support the stroke patients can gradually become more independent. Essentially, in order for the stroke patients to gain better condition, it is advised that the paramedics should improve their role in providing education about the importance of family support towards stroke patients' family members as the family plays an important role during the recovery process.

Keywords: Stroke, Family Support, Independent

ABSTRAK

Stroke adalah keadaan yang muncul ketika pembuluh darah otak gagal mensuplai oksigen ke sel-sel otak. Pasien stroke tidak dapat sepenuhnya mandiri, namun apabila ditangani dengan baik maka akan meringankan beban penderita, meminimalkan kecacatan dan mengurangi ketergantungan pada orang lain dalam beraktivitas. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan penderita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke di instalasi rehabilitasi medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung. Metode penelitian menggunakan *purposive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan teknik wawancara terstruktur menggunakan kuesioner *Barthel Index* dan kuesioner dukungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian, dari 57 responden, didapatkan untuk dukungan keluarga skor rata-rata adalah 87,84. Sementara skor rata-rata kemandirian pasien stroke adalah 81,75. Hasil uji statistik menunjukkan nilai signifikansi = 0,00. Nilai sig tersebut $< \alpha = 0,05$. Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan kuat antara dukungan keluarga dengan kemandirian. Berdasarkan hasil penelitian ini disarankan petugas kesehatan dapat meningkatkan peran dalam memberikan edukasi tentang pentingnya dukungan keluarga kepada pasien stroke karena keluarga berperan penting dalam proses pemulihan.

Kata kunci: Stroke, Dukungan Keluarga, Kemandirian

Jurnal Ilmu Keperawatan Vol. 6 No. 1 Mei 2018. Korespondensi : Setyoadi. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Jl. Veteran Malang, 65145. Email : setyoadimalang@gmail.com

PENDAHULUAN

Stroke adalah keadaan yang muncul ketika pembuluh darah otak gagal mensuplai oksigen ke sel-sel otak (Gillen, 2015). Sel otak akan rusak ketika tidak menerima oksigen dan nutrisi dari darah. Gejala stroke terjadi secara tiba-tiba, dengan kelemahan pada satu sisi tubuh; kebingungan; kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan; masalah penglihatan; kesulitan berjalan; kehilangan keseimbangan dan sakit kepala (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015*).

WHO (2011) menyebutkan terdapat 15.000.000 orang yang di dunia mengalami stroke setiap tahunnya. Pada tahun 2010, prevalensi stroke di seluruh dunia adalah 33 juta jiwa, dengan 16,9 juta jiwa mengalami stroke untuk pertama kali. Dari jumlah tersebut, 5 juta jiwa meninggal dan 5 juta jiwa mengalami cacat permanen (*Stroke Association, 2015*). Secara global stroke merupakan penyebab utama kedua kematian di negara-negara maju dengan 4,5 juta kematian setiap tahun (Gillen, 2015).

Jumlah penderita Stroke di Indonesia menduduki urutan pertama di Asia dan keempat di dunia, setelah India, Cina, dan Amerika. Jumlah kematian akibat stroke dan penyakit kardiovaskuler diperkirakan akan meningkat mencapai 23% juta kematian pada tahun 2030 (KEMENKES RI, 2014). Riset Kesehatan Dasar (2013), menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari 8,3 per mil (tahun 2007) menjadi 12,1 per mil (tahun 2013). Prevalensi penyakit Stroke tertinggi di Sulawesi Utara (10,8per mil), Yogyakarta (10,3 per mil),

Bangka Belitung (9,7 per mil) dan DKI Jakarta (9,7 per mil) (KEMENKES RI, 2014).

Menurut BKKBN (2009), Penyakit stroke dan jantung dahulu dianggap sebagai penyakit degeneratif yaitu penyakit untuk usia di atas 60 tahun. Saat ini stroke dapat terjadi pada usia berapa pun dengan 75% terjadi pada usia diatas 65 tahun dan hampir 25% terjadi pada usia dibawah 65 tahun. Meningkatnya kejadian stroke pada individu usia 20-25 tahun berdampak terhadap menurunnya tingkat produktivitas (*Centers for Disease Control and Prevention, 2010*).

Gangguan fungsi akibat stroke secara langsung membuat angka ketergantungan semakin bertambah Gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi dan gangguan reflek gerak akan menurunkan kemampuan fungsional individu. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan pada orang dewasa. Prevalensi kecacatan akibat stroke diperkirakan sekitar 33-460 per 100.000 jiwa (*Stroke Association, 2015*). Penderita stroke yang bertahan hidup dengan kecacatan merupakan beban ekonomi bagi keluarga dan sistem asuransi kesehatan. Biaya pengobatan dan rehabilitasi pasca-stroke mencapai US\$ 140.000/pasien atau sekitar 1,4 millar rupiah/pasien (Widjaja, 2015).

Penelitian Cameron *et al* (2014), sebanyak 50% dari penderita stroke mengalami kesulitan melakukan aktivitas, termasuk mandi, jalan kaki, naik tangga, melakukan pekerjaan rumah tangga, menyiapkan makanan dan bepergian. Penderita stroke tidak dapat mandiri dan memerlukan bantuan dalam pemenuhan

kebutuhan sehari-hari. Sepertiga dari penderita stroke memerlukan perawatan lanjutan minimal selama 3 bulan untuk meningkatkan kemampuan mandiri (Langhorne, 2011).

Kemandirian adalah kemampuan untuk memenuhi kebutuhan diri sendiri. Kemandirian mengandung pengertian suatu keadaan dimana seseorang yang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya, mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi, memiliki kepercayaan diri dalam mengerjakan tugas-tugasnya, bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan (Mu'tadin, 2002). Pasien stroke tidak dapat sepenuhnya mandiri, namun apabila ditangani dengan baik maka akan meringankan beban penderita, meminimalkan kecacatan dan mengurangi ketergantungan pada orang lain dalam beraktivitas (Mulyatsih & Ahmad, 2008).

Upaya pencegahan (*preventif*) dilakukan untuk mengendalikan kejadian penyakit, kematian dan kecacatan. Pencegahan dilakukan dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dengan mengenali tanda gejala dan risiko sehingga dapat menentukan langkah-langkah pencegahan yang tepat. Upaya *promotif* untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan mencegah serangan berulang. Upaya *kuratif* bagi individu yang telah mengalami kecacatan akibat stroke untuk pengobatan dan mencegah komplikasi yang mungkin timbul dan upaya *rehabilitatif* untuk pengembalian fungsi tubuh (KEMENKES., 2014).

Rehabilitasi pada pasien stroke bertujuan untuk memperbaiki mobilitas dan pencapaian

perawatan diri secara mandiri oleh pasien (Bruner & Suddarth, 2002). Kepatuhan pasien stroke mematuhi dalam rehabilitasi memerlukan dukungan keluarga untuk mencapai hasil fungsional yang maksimal. Keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga terlibat dalam penanganan penderita (Mulyatsih & Ahmad, 2008).

Sasaran subjek proses rehabilitasi pada pasien stroke adalah pasien dan keluarga. Proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien stroke dapat terjadi dalam waktu lama, yang membutuhkan kesabaran dan ketekunan pasien dan keluarga. Dalam masa rehabilitasi seringkali pasien stroke malas untuk melakukan latihan dalam menjaga mobilitas seperti melakukan latihan rentang gerak, maka dari itu sangat diperlukan dukungan dari keluarga untuk memberikan pengertian kepada pasien dan melatih serta membantu pasien untuk selalu melakukan latihan rentang gerak (Bruner & Suddarth, 2002).

Friedman, (1981), dalam Setiadi, (2010), peran keluarga yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau umur terlalu muda, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada. Keluarga bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Dukungan dari keluarga yang kurang dapat mempengaruhi kurangnya keberhasilan rehabilitasi, penyembuhan atau pemulihan

(Friedman, 2003). Anggota keluarga sangat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan keluarga ikut berperan terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, pasien stroke rawat jalan di instalasi rehabilitasi medik rumah sakit Dr. Iskak Tulungagung mencapai 709 pada tahun 2014. Rumah sakit mencatat stroke merupakan penyakit urutan ke-4 di instalasi rehabilitasi medik. Dalam rentang bulan Januari hingga November 2015, jumlah pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak berjumlah 805. Ketika pasien datang, pasien selalu ditemani dengan keluarga, karena keterbatasan yang dimiliki. Keluarga mempunyai harapan bahwa pasien dapat sembuh seperti semula. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis ingin meneliti bagaimana pengaruh dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke di instalasi rehabilitasi medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung.

METODE

Penelitian ini menggunakan deskriptif korelasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung. Besar sampel yang didapatkan sebesar 57 responden yang diambil dengan metode *purposive sampling*. Variabel independen adalah dukungan keluarga pada pasien stroke. Variabel dependen adalah kemandirian pada pasien stroke. Data dianalisa menggunakan uji korelasi *pearson*.

HASIL

Table 1. Data Demografi Responden

Karakteristik		f	%
Jenis kelamin	perempuan	22	38,60%
	Laki-laki	35	61,40%
Status pernikahan	Menikah	51	89,48%
	Janda	5	8,77%
	Duda	1	1,75%
Komplikasi	Tidak ada	47	82,46%
	DM	6	10,53%
	Jantung	4	7,02%
Tinggal	Keluarga Inti	48	84,21%
	Keluarga Besar	9	15,79%
Caregiver	Pasangan	37	64,91%
	Anak	11	19,30%
	Pasangan, Anak	9	15,79%

Berdasarkan tabel 1 sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 35 orang dengan presentase 61,40%. Sebagian besar responden pasien stroke berstatus menikah dengan jumlah 51 orang atau sekitar 89,48%. Sebagian besar responden tidak mempunyai penyakit komplikasi dengan jumlah 47 orang (82,46%). Paling banyak atau 84,21% responden tinggal bersama keluarga inti yang terdiri dari pasangan dan anak, sedangkan sisanya tinggal bersama keluarga besar yang terdiri dari pasangan, anak, menantu dan cucu. Responden di rawat oleh pasangan dengan jumlah 37 orang atau sekitar 64,91%.

Table 2. Data Usia dan Lama Menderita

Variabel	Min	Max	Rata-Rata
Usia	37 tahun	83 tahun	58 tahun
Lama Menderita Stroke	1 bulan	80 bulan	18 bulan

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa muda adalah 37 tahun sedangkan usia paling tua adalah 83 tahun. Dengan usia rata-rata adalah 58 tahun. lama responden terserang stroke adalah rentang 1 bulan hingga 80 bulan. Dengan rata-rata lama terserang 18 bulan.

Dukungan Keluarga

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Dukungan Keluarga

Variabel	N	Sd	Means	Min	Max
Dukungan keluarga	57	9,53	87,84	62	100

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui hasil skor variabel dukungan keluarga berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Dari 57 responden, didapatkan skor tertinggi adalah 100 dan skor terendah adalah 67. Rata-rata dukungan keluarga mendapatkan skor 87,84 yang berarti dukungan keluarga baik.

Tabel 4. Distribusi Jenis Dukungan Keluarga

No	Jenis Dukungan Keluarga	Baik		Cukup		Kurang	
		f	%	f	%	f	%
1	Informasional	5	89,47	6	10,53	0	0
2	Penghargaan	4	77,20	10	17,54	3	5,26
3	Instrum-ental	5	87,72	7	12,28	0	0
4	Emosional	5	89,47	6	10,53	0	0

Berdasarkan tabel 4 di atas diketahui jenis dukungan keluarga yang diterima pasien stroke terbanyak adalah dukungan informasional (89,47%) dan dukungan emosional (89,47%). Jenis dukungan keluarga yang paling sedikit diberikan adalah dukungan penghargaan (77,2%).

Tabel. 5 Frekuensi Responden Berdasarkan Kemandirian

Variabel	N	sd	Means	Min	Max
Kemandirian	57	14,86	81,75	15	100

Tabel di atas adalah hasil variabel kemandirian berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. Dari 57 responden, didapatkan skor tertinggi adalah 100 dan skor terendah 15. Rata-rata mendapatkan skor 81,75 yang berarti ketergantungan sedang.

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Pasien Stroke

Tabel 6. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian

Variabel	r _{hitung}	sig	Keterangan
Dukungan Keluarga	0,737	0,00	Ada Hubungan
Kemandirian			

Berdasarkan hasil analisis yang tertera pada tabel di atas, diperoleh nilai r_{hitung} sebesar 0,737 dengan nilai signifikansi= 0,000. Nilai sig tersebut $< \alpha = 0,05$ sehingga diputuskan H_1 diterima. Dapat diartikan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kemandirian dan hubungan ini termasuk kuat. Nilai koefisien yang bertanda positif (+) mempunyai makna apabila dukungan keluarga responden baik, maka responden akan semakin mandiri.

PEMBAHASAN

Dukungan Keluarga pada Pasien Stroke

Hasil penelitian dukungan keluarga dari 57 pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak menunjukkan bahwa sebagian besar pasien stroke

mendapatkan dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 50 orang (87,72%), dukungan keluarga yang cukup sebanyak 7 orang (12,28%), dan tidak ada responden yang berada pada kategori dukungan keluarga kurang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Endriyani, 2011) dukungan keluarga pada pasien *post stroke* menyatakan bahwa 82,5% pasien *stroke* mendapatkan dukungan keluarga "baik" dan 18,5% pasien mendapatkan dukungan keluarga "cukup".

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang terdiri atas sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga ada yang memperhatikan (Friedman, 2010). Dukungan keluarga yang baik pada pasien *stroke* di instalasi rehabilitasi medik rumah sakit Dr. Iskak menunjukkan bahwa keluarga senantiasa ikut berupaya dalam hal penyembuhan dan pemulihan pasien. Sebanyak 57 keluarga (100%) pasien datang bersama keluarga.

Sebanyak 84,21% pasien *stroke* tinggal bersama keluarga inti yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Keluarga merupakan bagian dari pasien yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Pasien akan merasa senang dan tenang apabila mendapatkan perhatian dan dukungan dari keluarganya, karena dengan dukungan tersebut akan menimbulkan kepercayaan diri untuk menghadapi atau mengelola penyakitnya dengan lebih baik (Karunia, E., 2016).

Berdasarkan hasil penelitian, pasien *stroke* yang berstatus menikah sebanyak 51 responden (89,47%). Status menikah menguntungkan bagi kesembuhan pasien

stroke karena mendapatkan perhatian dan perawatan dari pasangan. *Caregiver* pasien *stroke* dalam penelitian ini sebagian besar atau 37 orang (64,91%) adalah pasangannya. Pasangan hidup memiliki fungsi sebagai *supporting* dalam berbagai hal misalnya emosi, *problem solving*, keuangan, maupun pengasuhan (Papalia & Feldman, 2009). Pernyataan tersebut sejalan dengan penelitian Pratita, 2012 yang menyatakan dukungan pasangan memiliki pengaruh terhadap kepatuhan proses pengobatan diabetes melitus.

Menurut (Friedman, 2010), jenis dukungan keluarga dibagi menjadi 4 komponen yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Berdasarkan hasil penelitian, jenis dukungan keluarga yang paling banyak diterima adalah dukungan informasional dan dukungan emosional. Selanjutnya dukungan instrumental dan jenis dukungan yang paling sedikit didapatkan adalah dukungan penghargaan.

Jenis dukungan informasional paling banyak diterima pasien *stroke* dalam penelitian ini yaitu sebanyak 51 responden (89,47%). Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wurtuningsih, 2012) yang menyimpulkan bahwa dalam dukungan informasional tidak banyak diberikan keluarga karena takut menyebabkan pasien banyak memikirkan tentang penyakitnya. Dukungan informasional merupakan tanggung jawab bersama termasuk dalam memberikan solusi dari masalah, nasehat atau arahan, dan memberikan informasi-informasi penting yang dibutuhkan pasien dalam proses penyembuhan. Pasien

mendapatkan dukungan informasional yang baik karena saat ini sangat mudah mengakses informasi mengenai suatu penyakit dari dokter, perawat, terapis, media cetak dan media elektronik (Notoadmojo, 2007). Berdasarkan jawaban pertanyaan dalam kuesioner, sekitar 91,23% keluarga pasien selalu mengingatkan pasien untuk kontrol ke rumah sakit. Selain itu, keluarga pasien stroke di instalasi rehabilitasi medik selalu memberikan nasehat tentang makanan dan gaya hidup yang bisa memicu terjadinya stroke, memberikan informasi upaya penyembuhan, mengingatkan untuk kontrol dan latihan gerak tubuh.

Dukungan emosional meliputi bentuk dukungan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan simpati (Bomar, 2004; Kaakinen, *et al.*, 2015). Memberikan dukungan emosional kepada keluarga dapat memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 51 responden (89,47%) telah mendapatkan dukungan emosional yang baik dari keluarga. Dukungan emosional ditunjukkan keluarga dengan selalu mendengarkan keluhan-keluhan yang diungkapkan pasien, menjaga perasaan agar tidak tersinggung, menghibur saat pasien sedih dan mengungkapkan rasa sayangnya dengan perkataan maupun perbuatan.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 50 pasien (87,72%) mendapatkan dukungan instrumental yang baik. Hasil ini menunjukkan bahwa keluarga telah menjalankan fungsi perawatan kesehatan dan fungsi ekonomi keluarga dengan baik. Fungsi perawatan kesehatan dapat berupa

menyediakan kebutuhan sehari-hari seperti makan, pakaian, tempat istirahat yang nyaman dan membantu pasien minum obat. Fungsi ekonomi keluarga berupa penyediaan finansial yang cukup untuk perawatan dan pengobatan.

Dukungan penghargaan bertindak sebagai umpan balik terhadap apa yang sudah individu lakukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 44 pasien (77,2%) telah mendapatkan dukungan dengan baik. Dukungan penghargaan ditunjukkan dengan keluarga selalu memberikan pujian apabila pasien stroke mengalami kemajuan, memberikan semangat dan tetap meminta pendapat kepada penderita atas pemecahan masalah keluarga sehingga pasien tetap merasa dihargai.

Kemandirian Pasien Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung

Kemandirian adalah kemampuan diri sendiri dalam mencukupi kebutuhan tanpa memerlukan bantuan dari orang lain. Stroke menyebabkan gangguan yang mempunyai dampak terhadap kemandirian seseorang. Kemandirian seseorang dinilai dengan menggunakan instrumen *Barthel Index* yang meliputi 10 aktivitas yaitu makan, mandi, merawat diri, berpakaian, buang air besar, buang air kecil, penggunaan toilet, berpindah, mobilitas dan menggunakan tangga (Karunia, Esa. 2016)

Prevalensi Ketergantungan akibat stroke diperkirakan sekitar 33-460 per 100.000 penduduk (Javier, 2012). Hasil penelitian ini, dari 57 pasien stroke mengalami gangguan kemandirian dengan kriteria

ketergantungan sedang 41 pasien (71,93%), ketergantungan ringan 7 pasien (12,28%), mandiri 4 pasien (7,02%) dan ketergantungan total 1 pasien. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Endriyani, 2011 bahwa sebagian besar pasien stroke berada pada kondisi ketergantungan sedang sebanyak 70,4% responden.

Menurut (Javier, 2012), 15% hingga 30% penderita stroke memiliki gangguan fisiologis permanen yang mengakibatkan penderitanya mengalami gangguan kemandirian dalam melakukan kegiatan. Kemandirian pada pasien stroke juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat memperparah kecacatan yaitu usia, tingkat keparahan stroke, kecacatan, disfungsi kognitif, depresi pasca stroke dan tidak adanya dukungan sosial (Carod, 2005). Pasien Carod, 2005 stroke di instalasi rehabilitasi medik rumah sakit Dr. Iskak didominasi rentang usia 56-65 tahun yaitu sebanyak 29 pasien (50,87%) dan dihubungkan dengan kondisi kemandirian yang paling banyak ditemui adalah ketergantungan sedang (71,93%). Data dalam penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian (Karunia, 2016), yang mengungkapkan bahwa usia berperan dalam kemandirian pasien stroke.

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, jumlah responden laki-laki sebanyak 35 orang (67%), sementara perempuan 22 orang (35,60%). Hasil penelitian ini sesuai dengan data (KEMENKES, RI, 2013 dan Pinzon & Ahanti, 2010) bahwa laki-laki lebih mudah terkena stroke karena mempunyai angka faktor resiko yang lebih tinggi (hipertensi, merokok dan alkohol). Pada

penelitian (Cameron et al. 2014), tidak ditemukan perbedaan kemandirian antara laki-laki dengan perempuan, hal ini disebabkan oleh adanya manifestasi yang dialami pasien stroke yaitu kelemahan fisik memiliki dampak yang sama terhadap ketidak-mampuan dalam memenuhi aktivitas sehari-hari seperti makan, mandi, merawat diri, berpindah dan lain-lain.

Berdasarkan pertanyaan kuesioner dalam penelitian ini, paling banyak (11 responden) lama stroke 12 bulan dengan tingkat kemandirian 72,72% ketergantungan sedang. Berdasarkan analisa lamanya menderita stroke dan tingkat kemandirian pada penelitian ini, lama stroke tidak mempengaruhi kemandirian pasien. Menurut Irfan, 2012 berat parahnya stroke tergantung pada bagian mana yang mengalami kerusakan akibat pengumpulan darah atau perdarahan, besar atau luasnya kerusakan dan seberapa banyak yang mampu diatasi.

Analisa Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Pasien Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung

Berdasarkan hasil analisis korelasi *pearson* diperoleh nilai r_{hitung} sebesar 0,737 dengan nilai signifikansi = 0,00. Nilai sig tersebut $< \alpha = 0,05$. Hubungan ini termasuk kuat, maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pada pasien stroke. Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui apabila dukungan keluarga responden baik, maka responden akan semakin mandiri.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Rosiana (2012)

yang berjudul "*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Fisioterapi pada Klien Pasca Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Sleman Yogyakarta*". Penelitian Rosiana, (2012), menyebutkan bahwa sebagian besar responden telah memperoleh dukungan keluarga yang baik. Kesesuaian penelitian ini dengan penelitian sebelumnya dapat ditunjukkan bahwa semakin tinggi atau semakin baik dukungan keluarga, maka semakin patuh pasien stroke dalam menjalani rehabilitasi dan peningkatan kemandirian.

Menurut peneliti, apabila keluarga memberikan dukungan yang baik kepada pasien stroke maka kemandirian pasien stroke akan meningkat. Berdasarkan hasil kuesioner dalam penelitian ini keluarga selalu optimis pasien stroke akan pulih kembali dengan melakukan latihan dan rajin kontrol. Sehingga pasien stroke akan merasa termotivasi dan semangat melakukan latihan dan menjalani pengobatan. Penelitian ini sejalan (Friedman et al., 2010) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi.

Penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Kosassy (2011), yang menyatakan terdapat hubungan peran keluarga dalam merawat dan memotivasi pasien pasca stroke dengan kepatuhan penderita dalam mengikuti pengobatan dan pelaksanaan rehabilitasi. Keluarga adalah unit yang paling dekat dengan pasien yang memiliki peran sebagai motivator atau pendukung serta sebagai edukator bagi anggota

keluarga lain dalam melaksanakan program kesehatan secara mandiri. Jika tidak ada dukungan dari keluarga, maka keberhasilan pemulihan (rehabilitasi) semakin kecil. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien stroke mengikuti rehabilitasi (Friedman, et al., 2010).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat diambil kesimpulan dukungan keluarga pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak mayoritas memiliki dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 87,72%. Kemandirian pasien stroke sebagian besar masuk dalam klasifikasi ketergantungan sedang yaitu sebanyak 71,93%. Terdapat hubungan positif dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke, sehingga semakin baik dukungan keluarga maka semakin mandiri pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak. (sig $< \alpha = 0,05$; p value = 0,00, r = 0,737).

Bagi Petugas Kesehatan Diharapkan petugas kesehatan dapat meningkatkan peran dalam berkolaborasi dengan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan dan menjaga mobilitas seperti melakukan latihan rentang gerak. Keluarga dan pasien dapat saling memberikan dukungan dalam meningkatkan fungsi fisiologis tubuh pasien stroke dirumah. Saran penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan kemandirian pasien stroke dengan faktor-faktor lain yang belum pernah diteliti seperti kondisi ekonomi, jenis stroke dan tingkat kecacatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M., Graham, K.M. Tanpa Tahun. *Inflamation After Stroke: Mechanism and Therapeutic Approaches. Trans Stroke Res*, 1010;1 (2): 74-75
- American Stroke Association, 2012. About Stroke, (Online), (<http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/Types-of-Stroke> UCM308531 SubHomePage.jsp#, diakses November 2015)
- Baehr, M., Frostcher, M, 2007. *Diagnosis Topik Neurologi DUUS: Anatomi. Fisiologi Tanda dan Gejala*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- BKKBN, 2009. (Online), (<http://nad.bkkbn.go.id/>, diakses November 2015).
- Black, J. M., & Hawks, J. H. 2009. *Medical Surgical Nursing Clinical Management For Positive Outcomes*. 8th edition. St. Louis, Missouri:Saunders Elsevier
- Bomar. 2004. *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. Elsevier Health Sciences. Philadhelpia. Pennsylvania.
- Brunner and Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 8 volume 2. Jakarta : EGC.
- Cameron et al. 2014. *Randomized Clinical Trial of the Timing It Right Stroke Family Support Program:Research Protocol*. BMC Health Services Research 2014 14:18.
- CDC, 2014. Stroke Maps and Data Sources, (Online), (http://www.cdc.gov/stroke/maps_data.html, diakses November 2015).
- CDC, 2014. About Stroke, (Online), (<http://www.cdc.gov/stroke/about.html>, diakses November 2015).
- Dillon, P. M. 2007. *Nursing Health Assessment: A Critical Thinking, Case Studies Approach*. 2th Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Christine, Merlyn. 2010. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Respon Cemas Anak Usia Sekolah terhadap Pemasangan Intravena di Rumah Sakit Advent Medan*. Skripsi. Tidak dipublikasikan
- Cuccurullo , Sara. 2014. *Physical Medicine and Rehabilitation Board Review*, Third Edition. USA:Demosmedical.
- DeLaune, S. C., & Ladner, P. K. 2002. *Fundamental of Nursing: Standards & Practice*. 2nd ed. United States of America: Delmar Thomson Learning, Inc.
- DEPKES, 2014. Presiden Resmikan RS Pusat Otak Nasional, (Online), (<http://www.depkes.go.id/article/view/201407200001/presiden-resmikan-rs-pusat-otak-nasional.html>, diakses November 2014).
- Endriyani, Lia. 2011. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Activities Of Daily Living Pasien Post Stroke di RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. Naskah Publikasi.
- Karunia, Esa. 2016. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Of Daily Living Pascastroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 4 No. 2, Mei 2016: 213–224
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Gillen, G. 2015. *Stroke rehabilitation. A function-based Approach* (Fourth ed.). United States of America: Elsevier.

- Gill, T. M., Guo, Z., & Allore, H. G. 2006. The Epidemiology Of Bathing Disability In Older Persons. *Journal American Geriatrics Society*, 54, 1524-1530.
- Ginsberg, L. 2007. *Lecture notes: Neurologi*. Edisi 8 (Terj. dari Lecture Notes : Neurology, 8th Edition, Wardhani, I. R.). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Gofir, A. 2009. *Managemen Stroke*. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Press. P.19-20
- Grotta James I. *Et all.* 2015. *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*. United States of America: Elsevier.
- Harmoko. 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Harsono. 2007. *Kapita Selekta Neurologi*. Edisi ke-2. Yogyakarta:Gadjah Mada Univercsity Press, halaman 86-88.
- Henderson, S. 2004. The Role Of The Clinical Nurse Specialist In Medical-Surgical Nursing. *Medsurg Nursing*, 13 (1), 38-41.
- Hidayat, A. A. 2007. *Metode penelitian dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hilton, P. A. 2004. *Fundamental Nursing Skills*. London and Philadelphia:Whurr Publishers.
- Irfan, M. 2012. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke* (Edisi Pertama ed.). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Javier, Francisco. 2012. *Determining Quality Of Life In Stroke Survivors*. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.* 12(2), 199-211
- Kaakinen. 2015. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. F.A Davis Company. Philadelphia.
- Kemenkes. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Kemenkes RI.
- Kossasy. 2011. Hubungan Peran Keluarga Dalam Memotivasi Pasien Pasca Stroke Dengan Kepatuhan Penderita Mengikuti Rehabilitasi Di Unit Rehabilitasi Medik. *Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, Vol.6 No 1 Januari 2015
Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2014
- Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. 2011. *Stroke Rehabilitation*. Elsevier: 377(9778): 1693-702
- Levine, P.G. 2011. *Stronger After stroke; Panduan Lengkap Dan Efektif Terapi Pemulihan Stroke* (Penerjemah oleh Farihah, R.I). Jakarta : Etera.
- Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta:Ele Media Komputindo.
- Mansjoer, A., Suprohaita., Wardhani, W.I., & Setiowulan. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3 Jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Markus, H. d. 2010. *Stroke Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Mulyatsih E & Ahmad A. 2010. *Stroke; Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: FK Universitas Indonesia.
- Mu'tadin, Z. 2002. *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta. Andi Offset
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2009. *Brain Basics: Preventing Stroke*, (Online),
- NINDS, 2015. NINDS Stroke Information Page, (Online), (<http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>, diakses November 2015).

- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Pertiwi, Intan. 2015. *Hubungan Dukungan Pasangan dan Efikasi Diri Dengan Kepatuhan Menjalani Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II*. Naskah Publikasi
- Pratita, Nurul. 2012. *Hubungan Dukungan Pasangan dan Health Locus Of Control dengan Kepatuhan dalam Menjalani Proses Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe-2*. Calyptra: Jurnal Mahasiswa Ilmiah Universitas Brawijaya Vol 1 No 1
- Papalia & Feldman. 2009. Human development. McGraw-Hill. New york.
- Potter, P.A., Perry, A. G. 2009. *Fundamental Keperawatan, Edisi 7 Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rosamond W, Flegal K, Friday G, Furie K, Go A, Greenlund K, et al. *Heart Disease and Stroke Statistics – 2007 update: A report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee*. Circulation 2007;115(5): e69-e171.
- Rosiana, E. 2012. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Fisioterapi pada Klien Pasca Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Sleman Yogyakarta*. Skripsi. Yogyakarta, Universitas Respati: 11-15
- Saxena, S. K., Ng, T. P., Yong, D., Fong, N. P., & Koh, G. 2006. Functional Outcomes In Inpatient Rehabilitative Care Of Stroke Patients: Predictive Factors And The Effect Of Therapy Intensity. *Quality in Primary Care*, 14, 145-153.
- Setiadi. 2010. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga Edisi kedua*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C. B., Brenda. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth (8 ed.)*. Jakarta: EGC.
- Stroke Association, 2015. Impact of Stroke (Stroke Statistics), (Online), (http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics_UCM_310728_Article.jsp#.VIG6DdLhDIU, diakses November 2015).
- Suprajitno, 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Suprobo, Wiyono, Setyanto. 2013. *Pengaruh Supportive Group Therapy terhadap Caregiver Burden pada Istri yang berperan sebagai primary caregiver Penderita Stroke di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta*. Perpustakaan UNS
- Susila, Suryanto. 2015. *Metodologi Penelitian Cross Sectional Kedokteran & Kesehatan*. Klaten Selatan: Bossscript
- Tamber, S dan Noorkasiani, 2009. *Kesehatan Usia Lanjut Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Walker, T. D. 2012. *The Effectiveness of Perceived Social Support and Adherence on Activities of Daily Living Performance (ADL) and Functional Outcomes in First Time Stroke Survivors*. Southern University and Agricultural and Mechanical College, United States.

Lampiran 3: Hasil Critical Apraisal (*Cross sectional study*)

Sumber	<i>Apraisal Checklist Item</i>								total	%
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Setyoadi <i>et al.</i> , (2018)	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75
Tatali <i>et al.</i> , (2018)	1	1	1	1	0	0	1	1	6	75
Mayasari <i>et al.</i> , (2019)	1	1	1	1	1	0	1	1	7	87,5
Harmayetty <i>et al.</i> , (2020)	1	1	1	1	1	0	1	1	7	87,5
Nipaporn <i>et al.</i> , (2019)	1	1	1	1	1	1	1	1	8	100
1. Apakah kriteria inklusi dalam sampel sudah jelas didefinisikan?										
2. Apakah subyek penelitian dan latarnya dijelaskan dengan detail?										
3. Apakah paparan diukur secara valid dan reliabel?										
4. Apakah digunakan kriteria standar (objektif) untuk pengukuran kondisi?										
5. Apakah faktor perancu (<i>confounding factor</i>) diidentifikasi?										
6. Apakah strategi untuk mengatasi factor perancu dijelaskan?										
7. Apakah hasil diukur secara valid dan reliabel?										
8. Apakah analisis statistik yang digunakan sesuai?										

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT
KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING (ADL)* PADA
PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK
NEUROLOGI RSU GMIM PANCARAN
KASIH MANADO**

**Abdul Jalil Tatali
Mario E katuuk
Rina Kundre**

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Sam Ratulangi Manado
Email : a.j.i.tatali85@gmail.com

Abstract : Stroke can cause several issues such as physical impairment and disability in doing Activity Daily Living (ADL). Stroke can also cause stress and depression. Therefore there needs to be a family support system, that will train and motivate family member that suffered from stroke to be able to do they're Activity Daily Living without the dependence of other people and help the rehabilitation process of the patient to be independent. **purpose** of this research is to analyze the connection between family support and the independent level of Activity Daily Living to former stroke patients. **design of this research** uses analytical observation using cross sectional approach. **Samples** on this research uses purposive sampling with a total correspondent of 65 people. Data is analyzed using Chi Square with $\alpha=0,05$. The statistical results using Chi Square has found that $Pvalue=0,021$, which is less than $\alpha=0,05$. **conclusion** is that there is correlation between family support and the independent level of Activity Daily Living to former stroke patients.

Keywords : Family support, Activity Daily Living, post stroke

Abstrak : Stroke menimbulkan beberapa dampak yaitu keterbatasan fisik dan kecacatan dalam melakukan Activity Daily Living (ADL), stroke juga menimbulkan stress dan depresi. Oleh karena itu dibutuhkan dukungan keluarga sebagai *support system*, dukungan keluarga tersebut secara mandiri dapat melatih dan memotivasi anggota keluarga yang menderita pasca stroke untuk melakukan Activity Daily Living tanpa tergantung orang lain dan membantu dalam proses rehabilitasi untuk pemulihan agar pasien dapat melakukan aktivitas mandiri. **Tujuan** penelitian ini adalah menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living (ADL) pada pasien pasca stroke. **Desain penelitian** menggunakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. **Sampel** pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah responden 65 orang. Analisis data menggunakan Chi Square dengan $\alpha=0,05$. Hasil uji statistik Chi Square diperoleh $Pvalue=0,021$ yakni lebih kecil dibanding $\alpha=0,05$. **Simpulan** terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian Activity Daily Living pada pasien pasca stroke.

Kata kunci : Dukungan keluarga, Activity Daily Living (ADL), pasca stroke

PENDAHULUAN

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini. Sindrom ini menunjukkan tanda dan gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam dan menyebabkan kecacatan fisik, mental serta kematian baik pada usia produktif maupun usia lanjut (Ginsberg, 2007). *World Health Organization* (WHO) menunjukkan stroke merupakan penyebab kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Secara epidemiologi data menunjukkan bahwa terdapat 6,7 juta orang diantaranya meninggal akibat stroke dan diperkirakan angka kematian stroke semakin meningkat sebesar 10% penduduk (WHO 2014). WHO juga memperkirakan kematian terjadi akibat stroke pada tahun 2020 mendatang terus meningkat menjadi 7,6 juta (Sobirin dkk, 2014).

Data Riset Kesehatan Dasar (2013) menjelaskan di Indonesia prevalensi stroke meningkat seiring bertambahnya umur berhubungan dengan proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi. Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terenda pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan jenis kelamin lebih banyak laki-laki (7,1%) dibanding dengan perempuan (6,8%). Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia pada tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0% dan 12,1% untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke dan prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terenda di Provinsi Papua (2,3%).

Aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living*) adalah fungsi dan aktivitas individu yang normalnya dilakukan tanpa bantuan orang lain dan ADL pada pasien pasca stroke merupakan masalah yang menarik perhatian para profesional

kesehatan (Kozier dkk, 2010). Gambaran klinis dari tahapan stroke dapat berupa kehilangan motorik yaitu munculnya hemiplegia maupun hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh, hal ini menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas sisi yang berlawanan dari otak (Nugroho T, 2011).

Dampak penyakit stroke tersebut menyebabkan keterbatasan fisik, kecacatan, stress serta depresi pada seseorang sehingga mengalami ketergantungan pada orang lain dan membutuhkan bantuan secara berkesinambungan (Longmore, 2013). Agar secara bertahap pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, dukungan keluarga sangat berpengaruh dalam proses rehabilitasi untuk membantu pemulihan pasien pasca stroke (Kristyanti & Kurnia, 2013).

Keluarga merupakan *support system* utama bagi penderita stroke untuk mempertahankan kesehatannya (Sudiharto, 2007). Friedman dkk, (2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya yang bermanfaat bagi individu, keluarga juga merupakan sistem pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan sehat sakit anggota keluarga. Penelitian Nuryanti (2016) tentang dukungan keluarga didapatkan bahwa keluarga secara mandiri dapat melatih dan memotivasi anggota keluarga dengan pasca stroke untuk melakukan *Activity Daily Living* tanpa tergantung orang lain.

Penelitian Fadlulloh, dkk (2014) menyebut bahwa dukungan keluarga dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari (AKS) responden paling banyak pada kategori ketergantungan ringan, ketergantungan minimal, bahkan mandiri dalam melakukan AKS dan kemandirian dalam melakukan AKS juga mempunyai hubungan bermakna dengan status penyakit. Penelitian yang dilakukan oleh Karunia, (2016) menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam melakukan ADL pasca stroke di Instalasi

Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.

Studi pendahuluan yang dilakukan di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit GMIM Pancaran Kasih Manado menjelaskan bahwa pada tahun 2016 terdapat 616 kasus pasien pasca stroke. Pada tahun 2017 bulan Mei-Oktober terdapat 304 kasus. Dari hasil wawancara mengenai dukungan keluarga terhadap 5 orang pasien pasca stroke, 4 orang mengatakan bahwa selalu ditemani keluarga, istri atau suami saat kontrol atau berobat dan 1 orang lainnya mengatakan kadang kadang diantar keluarga jika keluarganya tidak sibuk bekerja. Sementara itu, dari wawancara mengenai ADL pada pasien pasca stroke, 4 orang mengatakan bahwa mereka merasa tergantung pada keluarga dalam melakukan aktivitas sehari hari seperti mandi, mengendalikan buang air besar dan buang air kecil dan makan. Mereka juga merasa menjadi beban bagi anggota keluarga yang lain.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2017-Januari 2018 di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Manado. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien pasca stroke yang berkunjung di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Manado mulai dari tiga bulan terakhir berjumlah 135. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini ialah *purposive sampling*. Dalam menentukan jumlah sampel, peneliti menggunakan Rumus Slovin (Sujarweni, 2014). Jumlah responden yang diambil dalam penelitian ini adalah 65 responden. Analisa data melalui analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan Uji Chi Square dengan nilai $\alpha = 5\%$ ($\alpha = 0,05$) dengan tingkat kepercayaan 95%.

HASIL dan PEMBAHASAN

1. Karakteristik responden

Tabel Distribusi responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status pekerjaan (n=65)

No	Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur			
1.	30-40 tahun	1	1,5
	41-50 tahun	3	4,6
	51-60 tahun	36	55,4
	>60 tahun	25	38,5
Jenis Kelamin			
2.	Laki-Laki	36	55,4
	Perempuan	29	44,6
Pendidikan			
3.	SD	14	21,5
	SMP	12	18,5
	SMA	25	38,5
	PT	14	21,5
Pekerjaan			
4.	Pegawai	11	16,9
	Petani	6	9,2
	Nelanan	4	6,2
	Swasta	21	32,3
	Wiraswasta	1	1,5
	Lainnya	2	3,1
	Tidak Bekerja	20	30,8

Sumber : Data primer, 2017

Distribusi responden berdasarkan umur bahwa yang paling banyak adalah umur 51-60 tahun yaitu 36 responden (55,4%) sedangkan yang paling sedikit adalah umur 30-40 tahun yaitu 1 responden (1,5%). Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan paling banyak jenis kelamin laki-laki 36 responden (55,4%) sedangkan perempuan 29 responden (44,6%). Distribusi responden berdasarkan pendidikan bahwa paling banyak adalah berpendidikan SMA 25 responden (38,5%) sedangkan yang paling sedikit berpendidikan SD dan Perguruan Tinggi masing-masing 14 responden (21,5%). Distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa yang paling banyak adalah swasta 21 responden (32,3%)

sedangkan yang paling sedikit adalah wiraswasta 1 responden

2. Analisa Univariat

a. Dukungan Keluarga pada Pasien Pasca Stroke

Tabel 2 Distribusi Responden berdasarkan Dukungan Keluarga pada Pasien Pasca Stroke

Dukungan Keluarga	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Rendah	20	30,8
Tinggi	45	69,2
Total	65	100

Sumber : Data primer, 2017

Tabel 2 menjelaskan dari 65 responden sebagian besar pasien pasca stroke memiliki dukungan tinggi 45 responden (69,2%) dibanding dengan dukungan keluarga rendah 20 responden (30,8%).

b. Tingkat *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke

Tabel 3 Distribusi Responden berdasarkan Tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke

Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL)	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Ketergantungan Total	11	16,9
Ketergantungan Sebagian	25	38,5
Mandiri	29	44,6
Total	65	100

Sumber : Data primer, 2017

Tabel 3 menjelaskan dari 65 responden sebagian besar pasien pasca stroke dengan tingkat *activity daily living* dengan kategori mandiri 29 responden (44,6%) sedangkan yang paling sedikit adalah tingkat ketergantungan total 11 responden (16,9%).

3. Analisa Bivariat

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat kemandirian *Activity Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik

Neurologi Rumah Sakit RSU GMIM Pancaran Kasih Manado

Tabel 4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat kemandirian *Activity Daily Living* Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Manado

Dukungan Keluarga	Tingkat Kemandirian <i>Activity Daily Living</i> (ADL)								P Value
	Ket Total		Ket Sebagian		Mandiri		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Rendah	6	30	3	15	11	55	20	100	0,021
Tinggi	5	11,1	22	48,9	18	40	45	100	
Total	11	16,9	25	38,5	29	44,6	65	100	

Sumber : Data primer, 2017

Tabel 4 menjelaskan bahwa dari 45 pasien pasca stroke yang memiliki dukungan keluarga tinggi terdapat 18 orang (40%) yang tingkat kemandirian *Activity Daily Living* termasuk dalam kategori mandiri. Sedangkan untuk responden yang memiliki dukungan keluarga tinggi 5 orang (11,1%) dengan tingkat kemandirian ADL nya yaitu ketergantungan total. Dukungan keluarga rendah dengan kemandirian ADL mandiri berjumlah 11 orang (55%).

Hasil uji Chi Square didapatkan *p value* sebesar $0,021 < \alpha (0,05)$, sehingga H_0 ditolak. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSU GMIM Pancaran Kasih Manado.

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit GMIM Pancaran Kasih Manado. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada semua responden, sebagian besar memiliki dukungan keluarga tinggi yang tingkat kemandirian *Activity Daily Living* termasuk dalam kategori mandiri. Dukungan keluarga tinggi menyebabkan

kemandirian aktivitas pada pasien pasca stroke karena dukungan keluarga merupakan dukungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan anggota keluarga lainnya, sehingga anggota keluarga tersebut merasa ada yang mempehatikan dan mendukungnya dalam kehidupannya, sehingga perubahan fisik, mental maupun emosional pada pasien stroke sangat memerlukan dukungan keluarga karena dukungan keluarga dapat membantu pasien tersebut untuk rehabilitasi dalam proses pemulihan sehingga pasien dapat secepatnya mandiri dalam aktivitasnya (Friedman dkk, 2010).

Penelitian ini juga terdapat dukungan keluarga tinggi dengan tingkat aktivitas ketergantungan sebagian. Hal ini disebabkan oleh karena orang dengan pasca stroke tersebut mengalami ketakutan untuk bergerak ataupun beraktivitas secara mandiri, alasan lain yang menyebabkan responden tidak mandiri yaitu responden pernah terjatuh ketika berlatih atau beraktivitas terutama berjalan dan kejadian terpeleket dikamar mandi sering terjadi, sehingga hal tersebut menjadi trauma tersendiri bagi orang dengan pasca stroke untuk bergerak ataupun beraktivitas. Hal ini menyebabkan pasien tersebut yang seharusnya bisa mandiri sudah bisa melakukan aktivitas sendiri menjadi terhambat sehingga memerlukan sebagian bantuan dari orang lain atau keluarga dalam beraktivitas.

Pada penelitian ini juga terdapat dukungan keluarga tinggi dengan tingkat aktivitas dengan ketergantungan total. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki ketergantungan total tersebut, kondisinya disebabkan karena usia responden tersebut yang cenderung sudah memasuki masa lansia sehingga proses pemulihannya menjadi sangat lambat. Kondisi ini berdampak pada regenerasi sel otak yang mengalami kerusakan sehingga berdampak pada terjadinya kelemahan dan kelumpuhan pada bagian anggota gerak. Dampak dari kondisi ini adalah terjadinya ketergantungan total pada responden.

Kondisi ini seiring dengan peningkatan umur yang berhubungan dengan proses penuaan dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis mengakibatkan lumen pembuluh darah menjadi semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak (Kristiyawati, Irawati & Hariyati, 2009)

Hasil penelitian ini juga menunjukkan terdapat dukungan keluarga yang rendah tetapi mempunyai aktivitas mandiri. Hal ini dikarenakan responden tersebut sudah tidak memiliki pasangan hidup baik istri maupun suami dalam mendukung atau memotivasi pasien tersebut untuk bisa melakukan aktivitas secara mandiri. dukungan keluarga yang diterimanya tidak sepenuhnya mendukung sehingga responden tetap berusaha semaksimal mungkin sampai mencapai tahap pemulihan walaupun dengan dukungan keluarga yang rendah. Hal ini tidak memutuskan semangat bagi dirinya untuk tetap berobat dan melakukan rehabilitasi secara terus menerus sampai pasien tersebut dapat beraktivitas secara mandiri.

Terdapat juga hasil penelitian dukungan keluarga rendah dengan tingkat kemandirian aktivitas ketergantungan sebagian dan ketergantungan total. Hal ini dikarenakan keluarga tidak mempunyai waktu atau kurang meluangkan waktu mereka untuk bersama-sama dengan orang pasca stroke dalam menemani atau membantu orang tersebut dengan alasan keluarga sibuk dengan pekerjaan. Sehingga tugas keluarga sebagai *support system* terabaikan. Hal ini membuat orang dengan pasca stroke tersebut menjadi malas atau tidak bersemangat dalam menjalani pengobatan dan rehabilitasi, sehingga dukungan yang kurang tersebut mengakibatkan kemandirian orang tersebut terhambat.

Bentuk dukungan keluarga lainnya yang dapat meningkatkan kemandirian adalah dengan menyediakan benda-benda yang dibutuhkan individu dengan pasca stroke. Benda ini dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan dapat dimodifikasi

sesuai dengan kebutuhannya. Benda-benda tersebut adalah sapu tangan untuk menyeka air liur, perlengkapan makan dan minum, perlengkapan untuk perawatan diri dan kebersihan tubuh serta alat bantu untuk berjalan. Tetapi sebelum menyediakan benda-benda tersebut sebaiknya menanyakan benda yang disukai oleh orang pasca stroke karna benda-benda tersebut akan membuatnya senang. Benda-benda tersebut diharapkan dapat melatih dan dapat menghibur seseorang pasca stroke. Menghindari kebiasaan buruk yang berdampak tidak baik bagi kesehatan seperti latihan fisik/olahraga secara teratur dan sesuai kemampuan, (Padila,2013). Pada saat wawancara terdapat anggota keluarga pasien yang menyediakan alat alat untuk latihan fisik seperti alat olahraga. Hal ini sangat bermanfaat bagi pasien karena membuatnya aktif dalam berlatih mandiri. Kecukupan gizi juga sangat diperhatikan, bantuan keluarga berupa penyediaan diet yang bergizi bagi pasien pasca stroke juga mempengaruhi kecepatan pemulihan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari (Padila, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Antari, Saktika, dan Ferianto, (2016) menunjukkan dukungan sosial akan mempengaruhi kualitas hidup pada seseorang dapat berupa dukungan instrumental berupa dukungan bantuan dalam bentuk nyata dan material. Dukungan Informasional adalah berupa pemberian informasi yang dibutuhkan oleh individu. Dukungan emosional dan penghargaan adalah perhatian dan membantu dalam penyelesaian masalah yang sedang dihadapinya dan merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti (2016) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga (Dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penghargaan) dengan motivasi melakukan *Rage Of Motion* (ROM) pada pasien pasca stroke di RSUD Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Sedangkan menurut penelitian

yang dilakukan oleh Sobirin, Husna, Sulistiawan (2015) di Unit Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dimana terdapat hubungan yang signifikan antara peran keluarga dalam memotivasi pasien pasca stroke dengan kepatuhan rehabilitasi. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mare (2015) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*Self Care*) pada pasien pasca stroke di Puskesmas Gundi Surabaya. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa dengan adanya dukungan keluarga yang sangat baik akan terjadi ketergantungan pada pasien pasca stroke, sedangkan pada pasien yang tidak memiliki dukungan keluarga tidak baik akan menimbulkan kemandirian karena dirinya harus dapat memenuhi kebutuhan dalam aktivitas sehari-hari.

Menurut asumsi peneliti bahwa antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke sangat penting karena peran keluarga sangat membantu dalam proses pemulihan anggota keluarganya. Sehingga keluarga merupakan unit yang sangat dekat dengan pasien dan merupakan perawat utama bagi pasien, sehingga semakin tinggi atau semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien pasca stroke maka tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke semakin meningkat

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSUD Pancaran Kasih Manado didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Pasien pasca Stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado mendapatkan dukungan keluarga tinggi
2. Tingkat kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien pasca stroke adalah mandiri.

3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Neurologi RSUD GMIM Pancaran Kasih Manado

DAFTAR PUSTAKA

- Antari B.R, Saktika T, & Ferianto, (2015). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Lansia di Desa Cirebon Sleman Yogyakarta. *Jurnal Media Ilmu Kesehatan* Vol 5 No.1. <https://ejurnal.stikesayaniy.ac.id/index.php/mik/article/download/51/53/pdf>. (Diakses tanggal 10.01.2018)
- Fadlulloh, Upoyo, Hartanto, (2014) "Hubungan Tingkat Ketergantungan dalam Pemenuhan Ktivitas Kehidupan Sehari-Hari dengan Harga Diri Penderita Stroke di Poliklinik saraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto" *The Soedirman Journal of Nursing*. Vol 9. No2. <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/579/319> (Diakses tanggal 30.11.2017)
- Friedman, dkk, (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluaraga: Riset Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC.
- Ginsberg, (2007). *Lecture Notes Neurologi* edisi ke delapan. PT Gelora Aksara Pratama Erlangga.
- Karunia, E. (2016) "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Of Daily Living Pasca stroke". *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Vol.4.No.2. <https://media.neliti.com/media/publications/74867-ID-none.pdf> (Diakses tanggal 28 10 2017 2:19)
- Kozier dkk (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Konsep Proses dan Praktik* - Ed. 7- Jakarta : EGC
- Kristiyanti, R, W & Kurnia, E. (2013). "Dukungan Keluarga Dan Kemandirian Activity Daily Living Dalam Penurunan Depresi Pasca Stroke". *Jurnal STIKES*. Vol,6. No,2 <http://ejurnal.stikesbaptis.ac.id/index.php/STIKES/article/download/196/169/pdf>. (Diakses tanggal 4.11.2017)
- Kristiyawati S.P, Irawaty D & Hariyati T.S, (2009). *Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stoke Di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*". *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*, Vol.1.No.1 <https://download.portalgaruda.org/artice.php%3farticle/faktor-yang-berhubungan-dengan-kejadian-stroke-di-rumah-sakit-panti-wilayah-citarum-semarang/pdf>.(diakses tanggal 10.01.2018)
- Longmore M. et al, (2013). *Buku Saku Oxford Kedokteran Klinis*. Ed.8.- Jakarta : EGC.
- Mare , A.C.B, (2015). "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan diri (Self Care) Pada pasien Pasca Stroke di Puskesmas Gundi Surabaya" *Skripsi*.
- Nugroho.T,(2011). *Asuhan Peperawatan, Ma ternitas, Anak, Bedah dan Penyakit dalam*. Nuha Medika ; Yogyakarta.
- Nuryanti, S. (2016). "Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Motivasi Melakukan ROM Pada Pasien Pasca Stroke". *Mahakam Nursing Journal*. Vol.1.No2. <http://ejournalperawat.poltekkes/kaltim.ac.id/ojs/index.php/nursing/article/view/23/11/pdf>. (Diakses tanggal 5.11.2017)
- Padila, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. NuhaMedika. Yogyakarta
- RISKESDAS, (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risk>

- esdas%202013.pdf. (Diakses tanggal 28.10.2017)
- Sobirin C, Husna E, Sulisyawan A, (2014). *Hubungan Peran Keluarga Dalam Memotifasi pasien Pasca Stroke Dengan Kepatuhan Penderita Mengikuti Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Stroke Nasional Bukit Tinggi*". Jurnal Kesehatan STIKES Prima Nusantara Bukittinggi. Vol 6. No 1 <http://ejurnal.stikesprimanusantara.ac.id/index.php/KKPN/article/download/431/pdf>. (Diakses tanggal 5.11.2017)
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sujarweni.v.w, (2014). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Gava Media.
- World Health Organization, (2014). *Noncommunicable Diseases Country Profiles* [http://www.NoncommunicableDisiasescountri Profiles2014-world Health Organization](http://www.NoncommunicableDisiasescountriProfiles2014-worldHealthOrganization). (Diakses tanggal.27.11.2017)

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung

Diana Mayasari¹, Mukhlis Imanto², TA Larasati¹ dan Intan Fajar Ningtiyas³

¹Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kedokteran Telinga Hidung Tenggorokan-Bedah Kepala Leher, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

³Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Prevalensi stroke di Lampung berdasarkan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala adalah 5,4% dari 57,9 % kasus stroke di Indonesia. Kejadian stroke dapat menimbulkan kelemahan dalam kehidupan sehari-hari. Contoh dari kelemahannya seperti ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *activity daily living* (ADL). Dengan adanya dukungan keluarga dapat membantu dalam kemandirian melakukan aktivitas sehari-hari. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam ADL pada pasien pasca stroke di poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Rancangan penelitian ini adalah *Cross Sectional*. Populasi penelitian terdiri dari pasien pasca stroke yang datang ke poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Sampel berjumlah 43 responden dan diambil dengan teknik *consecutive sampling*. Variabel independen penelitian ini adalah dukungan keluarga dengan variabel dependen kemandirian dalam ADL. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dengan nilai $\alpha=0,05$. Pada 43 responden, yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik sebanyak 77% dan dari angka tersebut subjek penelitian paling banyak mengalami tingkat kemandirian dengan kategori mandiri yaitu 48,5%. Hasil *Chi Square* diperoleh nilai $p=0,02$, yang artinya dukungan keluarga memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat kemandirian dalam ADL pada pasien pasca stroke.

Kata kunci: *Activity daily living*, dukungan keluarga, tingkat kemandirian

Correlation of Family Support with The Independence of Activity Daily Living in Post-Stroke Patients in Neurology Clinic of Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Bandar Lampung

Abstract

The prevalence of stroke in Lampung based on the diagnose by health professionals and symptoms was 5,4% from 57,9% prevalence of stroke in Indonesia. Stroke can cause weakness in everyday life. The examples of its weakness are the inability of self-care due to weakness in the extremities and decreased mobility functions which can hamper the fulfillment of activity daily living (ADL). With the support of the family can help in self-reliance perform daily activities. The purpose was to know the correlation between family support and the level of independence of ADL in patients with post-stroke in neurology clinic of Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Bandar Lampung. This study design was a cross sectional. The study population consisted of post-stroke patients in neurology clinic of Dr. H. Abdul Moeloek Hospital. Sample was 43 respondents and taken with consecutive sampling technique. The independent variable of this research was the support of family and the dependent variables is independent in daily living activity. Data was analyzed using Chi Square test with $\alpha=0.05$. In the 43 respondents, who were get a good family support as much as 77%, and of that numbers most have level of independence independent level was 48.5%. The results obtained Chi Square value of $p = 0.023$, which was mean that there was correlation between family support and the level of independence of ADL in patients with post-stroke.

Keywords: Activity daily living, family support, level of independence

Korespondensi: Intan Fajar Ningtiyas, alamat Jl. Soemantri Brodjonegoro No.1 Unila Bandar Lampung, HP 081278646954, e-mail tiyas.intan@gmail.com

Pendahuluan

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia.¹ Sekitar 42,2 kematian per 100.000 penduduk akibat stroke pada tahun 2007.² Stroke merupakan sindrom klinis

yang awal timbulnya mendadak, dengan progresi cepat, yang berupa defisit neurologis fokal, atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh

gangguan peredaran darah otak non traumatik. Jumlah total penderita stroke di Indonesia diperkirakan 500.000 setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut sekitar 2,5% (250.000 orang) meninggal, dan sisanya cacat ringan dan cacat berat.³ Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) Nasional tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh nakes. Selain itu, stroke juga merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia yaitu sekitar 15,4%.⁴

Kejadian stroke dapat menimbulkan kelemahan dalam kehidupan sehari-hari. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *activity daily living* (ADL). *Activity daily living* (ADL) merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Terdapat kira-kira 2 juta orang yang bertahan hidup dari stroke yang mengalami kecacatan, dari angka ini 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas kehidupannya sehari-hari.⁵

Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan tingkat kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu umur dan status perkembangan, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial, tingkat stress, ritme biologi, status mental, dan pelayanan kesehatan. Keluarga merupakan sistem pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) anggota keluarga. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.⁶ Keluarga merupakan sistem pendukung yang berarti sehingga dapat memberikan petunjuk tentang kesehatan mental, fisik dan emosi lanjut usia. Dukungan keluarga itu dapat dibagi menjadi empat aspek yaitu dukungan penilaian, dukungan

instrumental, dukungan informasional, dan dukungan emosional.⁷

Prevalensi stroke di Lampung tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 3,7%, sedangkan prevalensi stroke di Lampung berdasarkan yang terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala adalah 5,4%.⁴ Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek menunjukkan jumlah kasus stroke yang cukup banyak dalam 1 bulan terdapat 30-45 pasien stroke rawat jalan di poliklinik syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif observasional dengan pendekatan *cross sectional* dan dilakukan pada bulan Desember 2016 di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Subjek penelitian ini adalah pasien pasca stroke nonhemoragik yang datang ke poliklinik syaraf RSUD H. DR. Abdul Moeloek. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien pasca stroke yang menderita skizofrenia atau gangguan psikotik lainnya.

Jumlah responden minimal yang dibutuhkan adalah 43 responden. Jumlah tersebut sudah termasuk penambahan 10% untuk menghindari terjadinya *dropout*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer. Responden yang bersedia akan diberikan lembar penjelasan mengenai penelitian ini serta kerahasiaannya, setelah itu responden akan mengisi 3 kuesioner, yaitu kuesioner sosiodemografi, kuesioner dukungan keluarga atau kuesioner *Perceived Social Support Family Scale (PSSfa)*, dan kuesioner Barthel Indeks yang merupakan kuesioner untuk menilai tingkat kemandirian dalam ADL. Data dianalisis menggunakan uji *Chi-square*. Hasil analisis ditentukan dengan $p < 0,05$.

Hasil

Karakteristik Responden

Dalam penelitian ini didapatkan 43 subjek penelitian yang telah bersedia menjadi responden dan memenuhi dari kriteria inklusi. Responden tersebut merupakan pasien pasca stroke yang datang ke Poliklinik Syaraf RSUD

Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Data karakteristik responden disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Pria	23	53,48
Wanita	20	46,51
Usia		
≥60 tahun	23	53,48
<60 tahun	20	46,51
Tingkat Pendidikan		
Tidak Sekolah	4	9,3
SD	11	25,58
SMP	0	0
SMA	18	41,86
Perguruan Tinggi	10	23,25

Dukungan Keluarga

Hasil penelitian ditemukan bahwa 77% responden memiliki dukungan keluarga yang baik. Data dukungan keluarga disajikan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Kategori Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	33	77
Tidak Baik	10	23
Total	43	100

Tabel 4. Tabulasi Silang Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living*

		Tingkat Kemandirian						P Value		
		Ketergantungan berat		Ketergantungan sedang		Ketergantungan ringan			Mandiri	
		n	%	n	%	n	%		n	%
Dukungan Keluarga	Tidak baik	1	10	4	40	1	10	4	40	0,23
	Baik	1	3	2	6,1	14	42,4	16	48,5	
Total		2	4,7	6	14	15	34,9	20	46,5	

Pembahasan

Dari 43 responden terdapat lebih banyak responden laki-laki (53,48%) dibandingkan dengan responden wanita (46,61%). *American Heart Association* meng-ungkapkan bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-

Kemandirian dalam *Activity Daily Living*

Hasil penelitian ditemukan bahwa kategori yang paling banyak dialami responden adalah dalam tingkat kemandirian mandiri yaitu sebesar 47% lalu diikuti oleh ketergantungan ringan 35%. Tidak ada dari responden yang mengalami ketergantungan total. Distribusi Frekuensi Kemandirian dalam ADL dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kemandirian dalam ADL

Tingkat Kemandirian	Frekuensi	Persentase (%)
Mandiri	20	47,0
Ketergantungan ringan	15	35,0
Ketergantungan sedang	6	14,0
Ketergantungan berat	2	4,0
Ketergantungan total	0	0,0
Total	43	100,0

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living*

Pada penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam ADL. Tabulasi silang dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam ADL dapat dilihat pada Tabel 4.

laki dibandingkan perempuan dibuktikan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa prevalensi kejadian stroke lebih banyak pada laki-laki.⁸ Hal ini disebabkan karena kebanyakan pria adalah perokok dan merokok dapat merusak pembuluh darah dalam tubuh, yang dapat memicu terjadinya stroke. Karena

zat yang terkandung didalam rokok seperti nikotin dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah, yang menyebabkan elastisitas darah berkurang sehingga meningkatkan pengerasan pembuluh darah arteri dan meningkatkan faktor pembekuan darah karena kadar fibrinogen darah yang tinggi. Peningkatan kadar fibrinogen ini dapat mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku yang memicu terjadinya stroke.⁹

Dari penelitian juga didapatkan pasien pasca stroke lebih banyak dialami pada responden dengan usia lebih dari sama dengan 60 tahun (53,48%) dibandingkan dengan responden dengan usia kurang dari 60 tahun (46,51). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Lestari (2010) yang mendapatkan bahwa persentase kelompok umur >55 tahun lebih banyak menderita stroke dibandingkan dengan kelompok umur 40-55 tahun.¹⁰ Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan umur berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak.¹⁰

Prevalensi pasien pasca stroke yang mendapatkan dukungan keluarga baik sebanyak 77%. Responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik merupakan responden yang masih memiliki keluarga baik inti maupun keluarga besar yang dapat memberikan dukungan secara mental maupun fisik untuk responden, sedangkan responden yang tidak mendapatkan dukungan keluarga yang baik ada yang masih tinggal dengan keluarga namun tidak mendapatkan dukungan yang baik saat responden mengalami stroke dan penmulihan pasca stroke dan ada pula yang tidak memiliki keluarga sama sekali dan hanya tinggal seorang diri sehingga tidak mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada 43 subjek penelitian, reponden yang memilih jawaban sangat setuju ada pada

pertanyaan 1, 2, 5, 8, dan 11, sedangkan untuk jawaban yang tidak setuju pada pertanyaan 3, 10, 16, dan 19. Selain itu untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik rata-rata memilih jawaban tidak setuju pada pertanyaan 2, 6, 12, dan 13, sedangkan untuk jawaban setuju pada pertanyaan 3, 4, 9, dan 19.

Penilaian tingkat kemandirian dalam *activity daily living* dilakukan dengan menggunakan kuesioner indeks barthel dengan interpretasi skor untuk mandiri (80-100), ketergantungan ringan(60-79), ketergantungan sedang (40-59), ketergantungan berat (20-39), dan ketergantungan total (<20). Dari hasil penelitian didapatkan 47% responden memiliki tingkat kemandirian dalam kategori mandiri dan 35% dalam kategori ketergantungan ringan. Dari hasil tersebut dapat diketahui bahwa pasien pasca stroke di Poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek masih dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri atau hanya membutuhkan sedikit bantuan dari keluarga atau perawat dirumah. Faktor pertama yaitu kondisi kesehatan yang mempengaruhi tingkat kemandirian pasien pasca stroke di poliklinik syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek salah satunya dipengaruhi pula oleh usia. Dengan bertambahnya usia dimana akan terjadi pada perubahan-perubahan baik secara fisik, psikologi maupun psikososial. Usia tua pada perkembangan sistem muskuloskeletal dan persyarafan akan berpengaruh terhadap postur, proporsi tubuh, masa tubuh, pergerakan serta refleks tubuh seseorang. Penderita stroke pada usia tua tidak dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari secara optimal, sehingga mengakibatkan aktivitasnya menjadi terganggu dan juga mempengaruhi kemandirian. Kemandirian dalam melakukan *ADL* juga memiliki hubungan bermakna dengan status penyakit.¹¹ Penderita stroke mengalami kelemahan dan penurunan daya tahan otot, penurunan *ROM*, gangguan sensasi, dan masalah pada pola berjalan. Hal ini menyebabkan penurunan kemampuan penderita stroke dalam pemenuhan *ADL*. Salah satu kondisi yang dapat memperberat penurunan kemampuan *ADL* adalah kejadian stroke berulang.¹²

Faktor kedua yaitu kondisi sosial, dalam masa pemulihan atau rehabilitasi pada pasien

stroke harus didukung pula dari pihak keluarga maupun lingkungan sekitar untuk terus memberikan semangat agar lekas sembuh dan kembali dalam keadaan seperti semula. Faktor ketiga yaitu kondisi ekonomi, beberapa pasien pasca stroke memiliki kondisi ekonomi yang kurang dikarenakan sudah tidak memiliki sumber keuangan. Sebagian besar responden tersebut sudah memasuki usia lanjut tidak bekerja lagi karena kondisi fisiknya yang sudah tidak memungkinkan untuk bekerja dan bagi yang masih memiliki keluarga hanya menunggu bantuan dari anak-anak atau saudara. Bagi pasien yang sudah tidak memiliki keluarga hanya menunggu bantuan dari donatur. Penelitian ini didukung oleh teori dari Nugroho (2008) bahwa kondisi lanjut usia akan menyebabkan kemunduran di bidang ekonomi. Masa pensiun akan berakibat turunnya pendapatan, hilangnya fasilitas-fasilitas, kekuasaan, wewenang dan penghasilan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap semua responden, sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik mengalami kemandirian (48,5%) dalam melakukan aktivitas sehari-hari, lalu paling banyak diikuti oleh tingkat ketergantungan ringan (42,4%). Untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik paling banyak mengalami ketergantungan sedang (40%). Setelah dianalisis secara statistik, hubungan antara kedua variabel tersebut bermakna dengan *p-value* sebesar 0,023 ($p < 0,05$). Hal ini sejalan dengan hipotesis awal yaitu terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Rahmawati (2014) bahwa terdapat hubungan antara *family support* dengan kemandirian, apabila *family support* sedang maka akan mempunyai kemandirian *partial care* sebaliknya. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa hubungan *family support* dengan kemandirian pasien stroke dari uji Statistik *Spearman Rank's* diperoleh angka signifikan atau nilai probabilitas (0,002) lebih rendah daripada standar signifikan 0,05.

Ringkasan

Stroke merupakan sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, dengan progresi cepat, yang berupa defisit neurologis fokal, atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Kejadian stroke dapat menimbulkan kelemahan dalam kehidupan sehari-hari. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *activity daily living (ADL)*. *Activity daily living (ADL)* merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan tingkat kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu umur dan status perkembangan, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial, tingkat stress, ritme biologi, status mental, dan pelayanan kesehatan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap semua responden, sebagian besar responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik mengalami kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, lalu paling banyak diikuti oleh tingkat ketergantungan ringan. Untuk responden yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik paling banyak mengalami ketergantungan sedang.

Simpulan

Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

Daftar Pustaka

1. Kaul S, Munshi A. Genetics of ischemic stroke: indian perspective. *J Neurology India*. 2012; 60(5): 498-503.
2. National Center of Health Statistics. Heart Disease Stroke. USA: NCHS Dataline; 2010 [diakses tanggal 16 September 2016]. Tersedia dari: http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/stats_states.htm.
3. Junaidi I. Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan Stroke. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populers; 2004.

4. Riset Kesehatan Dasar. Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan, Republik Indonesia; 2007.
5. Smeltzer, Suzanne C, Bare, Brenda G. Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner dan suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo dkk. Jakarta: EGC; 2002.
6. Murniasih E , Rahmawati A. Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan akibat hospitalisasi pada anak usia prasekolah di bangsal L RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. *J Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. 2007 [diakses tanggal 20 September 2016]. Tersedia dari: <http://www.skripsistikes.wordpress.com>.
7. Wiguna IM, editor. Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis jilid satu. Jakarta: Bina Rupa Aksara; 2010.
8. Goldstein LB. Primary Prevention of Ischemic Stroke. *American Heart Association*. 2006; 37: 1583-1633.
9. Farida I, Amalia. Mengantisipasi stroke. Yogyakarta: Bukubiru; 2009.
10. Lestari NK. Pengaruh massage dengan minyak kelapa terhadap pencegahan dekubitus pada pasien stroke di rumah sakit pusat angkatan darat gatot subroto jakarta pusat [Skripsi]. Jakarta: Universitas Pembangunan Nasional Veteran; 2010.
11. Yusuf HM, Kongkoli EY. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari di panti sosial tresna wredha gau mabaji kabupaten gowa. *Media Keperawatan*. 2013; 2(3): 741.
12. Santoso TA. Kemandirian aktivitas makan, mandi dan berpakaian pada penderita stroke 6-24 bulan pasca okupasi terapi [Thesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2003.

CRITICAL MEDICAL AND SURGICAL NURSING JOURNAL (Jurnal Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis)

Vol. 9, No. 1, April 2020

Laman Jurnal: <https://e-journal.unair.ac.id/CMSNJ>

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN KEPATUHAN REHABILITASI DENGAN KEMANDIRIAN PASIEN PASCA STROKE

(Relationship of Family Support And Rehabilitation Compliance With The Possibility Of Post Stroke Patients)

Harmayetty Harmayetty, Lailatun Ni'mah, Abyan Shafly Nur Firdaus

Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya, Indonesia

RIWAYAT ARTIKEL

Diterima: 11 Mei 2020
Disetujui: 15 Juni 2020

KONTAK PENULIS

Abyan Shafly Nur Firdaus
abyan251097@gmail.com
Fakultas Keperawatan,
Universitas Airlangga

ABSTRAK

Pendahuluan : Keluarga yang tidak mendukung pasien dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan rehabilitasi, yang akan mengurangi tingkat kemandirian pasien pasca stroke. Tujuannya adalah untuk menjelaskan hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan rehabilitasi dengan kemandirian pasien stroke.

Metode : Studi cross-sectional, 96 pasien pasca stroke diambil dengan teknik consecutive sampling. Variabel independen adalah tingkat dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan rehabilitasi. Variabel dependen adalah tingkat kemandirian pasien pasca stroke. Data penelitian yang diperoleh dianalisis dengan Spearman's Rho $\alpha \leq 0.05$.

Hasil : Ada hubungan antara dukungan keluarga dan kemandirian pasien pasca-stroke ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0,001$ dan $r = 0,384$). Ada hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan kemandirian pasien pasca-stroke ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0,000$ dan $r = 0,473$).

Simpulan : Dukungan keluarga dan kepatuhan rehabilitasi yang baik tidak memengaruhi pasien pasca stroke dengan derajat kecacatan yang parah.

Kata Kunci

Kepatuhan rehabilitasi; dukungan keluarga; mandiri; pasca stroke

ABSTRACT

Introduction: Families who do not support patients can influence the level of rehabilitation adherence, it will reduce the level of independence of post-stroke patients. The purpose was to explain the relationship between family support and rehabilitation adherence with the independence of stroke patients.

Methods: Cross-sectional study, 96 post-stroke patients were taken by consecutive sampling technique. The independent variable is the level of family support and the level of rehabilitation compliance. The dependent variable is the level of independence of post-stroke patients. The research data obtained were analyzed with Spearman's Rho $\alpha \leq 0.05$.

Results: There was a relationship between family support and the independence of post-stroke patients ($\alpha \leq 0.05$, $p=0.001$ and $r=0.384$). There is a relationship between rehabilitation adherence with the independence of post-stroke patients ($\alpha \leq 0.05$, $p=0.000$ and $r=0.473$).

Conclusion: Family support and good rehabilitation adherence do not affect post-stroke patients with severe degrees of disability.

Keywords

adherence to rehabilitation; family support; independence; post-stroke

1. PENDAHULUAN

Stroke merupakan sebuah penyakit yang menyerang arteri menuju ke otak. Penyakit ini merupakan penyakit nomor 5 yang paling mematikan dan penyakit nomor satu yang menyebabkan kecacatan di Amerika Serikat (ASA, 2019). Kecacatan yang dialami pasien pasca stroke dapat menghambat mereka dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berjalan, menaiki tangga, menyiapkan makan dan bepergian (Cameron et al., 2014; Jiménez-caballero & Ramírez-moreno, 2016). Friedman (2010) menjelaskan bahwa dukungan keluarga sangat berperan penting dalam mendampingi pasien stroke karena dapat meningkatkan keberhasilan dalam menjalani rehabilitasi. Selain itu, dengan adanya dukungan dari keluarga, pasien akan merasakan adanya dorongan semangat dan motivasi dalam menjalani rehabilitasi sehingga kepatuhan pasien juga akan meningkat (Setyoadi, Nasution, & Kardinasari, 2018). Ketidapatuhan dalam mengikuti proses pengobatan akan dapat meningkatkan risiko berkembangnya atau memperburuk penyakit yang diderita (Arifin & Damayanti, 2015).

Terdapat dua jenis penyakit stroke, yaitu stroke iskemik dan hemoragik. Jumlah penderita penyakit stroke iskemik lebih banyak, yaitu sebesar 87% dari seluruh penderita stroke (AHA, 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan 10,9 orang per mil di antaranya mengalami stroke. Jumlah ini meningkat dari riset sebelumnya pada tahun 2013 yang mendapatkan hasil 7 orang per mil (Riskesdas Kemenkes RI, 2018). Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2017 melaporkan penderita stroke meninggal sebanyak 6,7 juta jiwa (38,3%) dan mengalami kecacatan sebanyak 65% dari seluruh penderita (Depkes RI, 2013, 2017). Penderita stroke dan jantung berada pada usia produktif sebanyak 1.236.825 jiwa. Penderita terbanyak berada pada usia 55 sampai 64 tahun dengan jumlah 363.955 orang (Riskesdas dan Pusdatin Kemenkes RI, 2013). Penderita stroke yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari disebabkan oleh gangguan fungsional sebanyak 75% (Kim, Mi Kim, & Kyung Kim, 2014). WHO (2003) melaporkan bahwa tingkat kepatuhan pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50%, sedangkan untuk negara berkembang mendapatkan nilai lebih rendah. Anggleni (2010) dalam penelitiannya di RSUP dr. M. Djamil Padang melaporkan bahwa pasien stroke yang tidak patuh mengikuti rehabilitasi sebanyak 66,7%. Penelitian sebelumnya juga melaporkan bahwa tingkat kepatuhan pasien stroke yang menjalani rehabilitasi medik di RSU Haji Surabaya sebesar 68,2%,

sedangkan yang tidak patuh sebesar 31,8%. Tingkat dukungan keluarga pada responden yang sama mendapatkan nilai sebesar 86,4% (Wardhani & Martini, 2014). Cheiloudaki & Alexopoulos (2019) dalam penelitiannya melaporkan bahwa tingkat kepatuhan pasien stroke pada unit rehabilitasi di rumah sakit umum kota Chania, Crete sebanyak 68,6% pasien optimal, 25,7% sedang, dan 7% rendah dengan didominasi oleh laki-laki.

Penderita stroke akan mengalami gejala-gejala seperti lumpuh separuh badan, mulut mencong, afasia, kemampuan berfikir yang menurun, penglihatan dan pendengaran terganggu, mudah lupa atau demensia, gangguan seksual, mengompol, bahkan sampai tidak dapat buang air besar sendiri. Perubahan-perubahan yang menunjukkan keterbatasan fisik ini membuat mereka merasa terasing dan memiliki persepsi bahwa dirinya tidak berguna lagi karena hidup mereka lebih banyak bergantung pada orang lain (Hasan & Raharisti R, 2013).

Keterbatasan-keterbatasan fisik tersebut akan menjadi bentuk kecacatan menyebabkan citra diri penderita terganggu, merasa diri tidak mampu, jelek, memalukan, dan sebagainya. Sebagian penderita stroke bahkan tidak dapat melakukan pekerjaan seperti biasa. Upaya yang dapat dilakukan diantaranya adalah program rehabilitasi atau pengobatan stroke meliputi terapi fisik dan latihan untuk mengontrol gerakan pasien. Hal ini penting diberikan untuk mencegah kekakuan dan imobilisasi (Hayyi Wildani & Rosdiana, 2010). Penderita dalam menjalani program neurorehabilitasi, banyak faktor yang akan mempengaruhi kepatuhannya, seperti keterbatasan dana, pengetahuan serta motivasi dan dukungan keluarga (Wurtiningsih, 2012). Pasien stroke yang memiliki dukungan sosial yang kuat dan fungsi keluarga yang baik akan membantu kebutuhan pemulihan kearah yang lebih baik. Dukungan ini dapat berupa membawa penderita ke unit fisioterapi, melakukan pengawasan pada saat latihan mobilitas, memotivasi penderita untuk melanjutkan hidupnya sembari meyakinkan bahwa banyak orang berhasil pulih dari stroke kemudian melakukan aktivitas normal (Wurtiningsih, 2012).

Pelayanan untuk rehabilitasi telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2015 tentang standar pelayanan fisioterapi. Pelayanan tersebut dikembangkan dalam promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat umum maupun kekhususan pada berbagai tingkat fasilitas kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit umum, rumah sakit khusus, dan di tempat praktik mandiri. Adanya peraturan ini akan membuat pelayanan rehabilitasi yang diberikan kepada individu akan mengacu pada standar atau

pedoman sesuai ilmu pengetahuan teknologi fisioterapi secara aman, bermutu, efektif, dan efisien serta dapat dipertanggungjawabkan.

2. METODE

Penelitian *Cross-sectional* dengan jenis analisis observasional dilakukan dari bulan Juli 2019 di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya. Besar populasi pasien pasca stroke yang melakukan rehabilitasi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya berjumlah 126 orang. Pengambilan besar sampel sebanyak 96 orang dengan rumus *Slovin*, menggunakan *consecutive sampling* dengan kriteria inklusi (pasien pasca stroke serangan pertama, kondisi stabil berdasarkan rekam medik, dan menjalani rehabilitasi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya) dan eksklusi (pasien meninggal dunia). Variabel independen adalah tingkat dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan rehabilitasi pasien pasca stroke, variabel dependen adalah tingkat kemandirian pasien pasca stroke. Data karakteristik responden yang diambil dalam penelitian ini antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pekerjaan, jaminan kesehatan, diagnosa stroke. Pengukuran variabel independen menggunakan kuesioner dukungan keluarga dan kepatuhan rehabilitasi (MMAS), sedangkan untuk pengukuran variabel dependen menggunakan kuesioner *Barthel Index*. Penelitian ini telah lolos uji etik oleh Komite Etik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat etik No.1519-KEPK. Uji statistik menggunakan metode *Spearman's Rho* dengan $\alpha \leq 0,05$ menggunakan perangkat lunak IBM SPSS Statistics 21.

3. HASIL

Penelitian ini melibatkan 73 orang sebagai responden sampel penelitian. Berikut karakteristik responden: 1) jenis kelamin; 2) usia; 3) tingkat pendidikan; 4) pekerjaan; 5) status pekerjaan; dan 6) diagnosa stroke. Rentang usia yang digunakan oleh peneliti diambil dari pedoman Depkes RI tahun 2009.

Tabel 1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pekerjaan dan lama terdiagnosa pasien pasca stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya

Karakteristik	n	%
Usia		
Dewasa akhir (36-45 th)	8	11.0
Lansia awal (46-55 th)	13	17.8
Lansia akhir (56-65 th)	33	45.2
Manula (>66 th)	19	26.0
Jumlah	73	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	44	60.3
Perempuan	29	39.7
Jumlah	73	100
Tingkat pendidikan		
SD	15	20.5
SMP	3	4.1

SMA	34	46.6
Diploma/Sarjana	21	28.8
Jumlah	73	100
Pekerjaan		
Ibu rumah tangga	20	27.4
Karyawan swasta	16	21.9
Wiraswasta	10	13.7
PNS	5	6.8
Pensiun	22	30.1
Jumlah	73	100
Status pekerjaan		
Masih bekerja	7	9.6
Berhenti bekerja	66	90.4
Jumlah	73	100
Jaminan Kesehatan		
BPJS	67	91.6
KIS	1	1.4
Tidak memiliki	5	6.8
Jumlah	73	100
Diagnosa Stroke		
≤ 1 th	27	37.0
1-2 th	26	35.6
3-4 th	11	15.1
5-6 th	6	8.2
7->8 th	3	4.1
Jumlah	73	100

Berdasarkan data yang didapat, dari jumlah total 73, mayoritas memiliki fasilitas jaminan kesehatan, hanya 5 orang yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Responden yang memiliki fasilitas jaminan kesehatan, sebanyak 66 orang memakai fasilitas tersebut dalam melakukan rehabilitasi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya. Pasien pasca stroke datang ke Instalasi Rehabilitasi RSUD Haji Surabaya mayoritas ingin diantar oleh anak sebanyak 38 orang (52,1%), istri atau suami sebanyak 33 orang (45,2%) dan saudara sebanyak 2 orang (2,7%). Responden dengan pengantar rehabilitasi yang sesuai dengan keinginan adalah sebanyak 51 orang (69,9%) dan yang tidak 22 orang (30,1%).

Tabel 2. Hasil Penilaian Dukungan Keluarga, Kepatuhan Rehabilitasi dan Kemandirian di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya

Karakteristik	n	%
Dukungan Keluarga		
Negatif	18	24.7
Positif	55	75.3
Jumlah	73	100
Kepatuhan Rehabilitasi		
Rendah	27	37.0
Sedang	29	39.7
Tinggi	17	23.3
Jumlah	73	100
Kemandirian		
Ketergantungan total	6	8.2
Ketergantungan parah	20	27.4
Ketergantungan sedang	33	45.2
Ketergantungan ringan	14	19.2
Jumlah	73	100

Tabel 2 menunjukkan dari 73 orang responden, didapatkan mayoritas dukungan keluarga pada pasien pasca stroke adalah positif pada 55 orang responden (75.3%). Responden dengan dukungan keluarga positif mayoritas mendapatkan dukungan emosional dalam bentuk selalu mendampingi pasien ketika melakukan rehabilitasi serta dukungan informasional dalam bentuk selalu mengingatkan jadwal kontrol. Nilai kepatuhan rehabilitasi pada pasien pasca stroke yang tertinggi adalah kepatuhan rehabilitasi rendah dengan jumlah 27 orang responden (37.0%). Responden dengan tingkat kepatuhan rendah mayoritas tidak mengikuti rehabilitasi karena merasa tidak ada perubahan yang dirasakan. Kemandirian pada pasien pasca stroke yang tertinggi adalah pada tingkat sedang dengan jumlah 33 orang responden (45.2%). Responden dengan tingkat kemandirian sedang mayoritas membutuhkan bantuan orang lain pada kegiatan membersihkan diri seperti mencuci muka dan menggosok gigi, serta ketika menggunakan jamban dan keluar masuk toilet.

Tabel 3. Hasil penilaian antara dukungan keluarga dan kemandirian pasien pasca stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Haji Surabaya

Kemandirian	Dukungan Keluarga				Total	
	Positif		Negatif			
	n	%	n	%	n	%
Total	2	3.6	4	22.2	6	8.2
Parah	12	21.8	8	44.4	20	27.4
Sedang	28	50.9	5	27.8	33	45.2
Ringan	13	23.6	1	5.6	14	19.2
Jumlah	55	100	18	100	73	100

Spearman's Rho (p): 0,001
Correlation Coefficient (r): 0,384**

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari total 73 orang responden didapatkan 55 orang di antaranya mendapatkan dukungan positif dan dialami oleh responden yang mengalami ketergantungan sedang, yaitu sebanyak 28 orang (50.9%). Sedangkan, untuk 18 orang responden dengan dukungan keluarga negatif di antaranya mengalami ketergantungan parah dengan jumlah sebanyak 8 orang (44.4%). Hasil uji *Spearman's Rho* didapatkan $\alpha \leq 0,05$ didapatkan nilai $p=0,001$ dan nilai $r=0,384$ yang dapat diartikan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke dengan kekuatan korelasi cukup.

Tabel 4 menunjukkan bahwa dari total 73 didapatkan 27 orang responden kepatuhan rehabilitasi rendah dan dialami oleh responden yang mengalami ketergantungan parah yaitu sebanyak 11 orang (40.7%). Sedangkan kepatuhan rehabilitasi sedang sebanyak 29 orang responden, yang mengalami ketergantungan sedang sebanyak 14 orang (48.2%). Responden dengan kepatuhan rehabilitasi tinggi sebanyak 17 orang didapatkan sebanyak 10 orang (58.8%) responden yang mengalami ketergantungan sedang. Setelah dilakukan uji *Spearman's Rho* dengan $\alpha \leq 0,05$ didapatkan nilai p sebesar 0,000 dan nilai r sebesar

0,473 yang dapat diartikan terdapat hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan kemandirian pasien pasca stroke dengan kekuatan korelasi cukup.

4. PEMBAHASAN

Dukungan keluarga

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat 18 orang yang mendapatkan dukungan keluarga negatif. Responden penelitian ini juga sebagian besar berusia 56 hingga 65 tahun yang berada pada lanjut usia akhir. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Setyoadi, dkk (2017) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke di instalasi rehabilitasi medik rumah sakit dr. Iskak Tulungagung yang melaporkan pasien pasca stroke rata-rata berusia 58 tahun. Selain itu juga didapatkan bahwa mayoritas pasien pasca stroke sudah berhenti bekerja. Hasil ini didukung oleh penelitian Karunia (2016) yang menyatakan bahwa kebanyakan penderita pasca stroke berhenti bekerja.

Berdasarkan laporan Riskesdas Kemenkes RI (2013) penderita stroke dan jantung berada pada usia produktif sebanyak 1.2 juta jiwa dengan penderita terbanyak berada pada usia antara 55 hingga 64 tahun. *NHLBI* juga melaporkan bahwa usia merupakan faktor risiko utama dari penyakit stroke. Usia dapat menjadi faktor utama penyakit stroke karena terjadi penurunan fungsi kardiovaskuler pada usia lanjut sehingga akan memicu terjadinya penyakit degeneratif (Boehme, Esenwa, & Elkind, 2017). Berkaitan dengan dukungan keluarga, usia sangat berhubungan dengan perkembangan status kesehatan pasien serta diidentifikasi sebagai faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien dalam menentukan tindakan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kemampuan untuk merawat diri (Sari, Dewi, & Setyopranoto, 2017). Sehingga pasien dengan usia semakin tua akan membutuhkan dukungan keluarga yang semakin tinggi.

Tingginya kebutuhan dukungan keluarga pada lansia dengan kondisi pasca stroke harus diimbangi dengan adanya keluarga yang bersedia meluangkan waktu untuk merawat pasien pasca stroke tersebut. Tatali, dkk (2018) melaporkan dalam penelitiannya tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian *activity daily living* (ADL) pada pasien pasca stroke di poliklinik kasih Manado bahwa keluarga yang sibuk bekerja tidak memberikan waktu yang cukup untuk membantu atau menemani pasien pasca stroke. Selain itu, Karunia (2016) juga melaporkan bahwa pasien pasca stroke dengan dukungan keluarga yang kurang dapat disebabkan oleh beberapa hal, salah satu di antaranya adalah keluarga yang sibuk bekerja.

Akumulasi nilai terendah dari hasil kuesioner dengan dukungan keluarga negatif berada pada item nomor 6 yang merupakan pertanyaan *unfavorable*. Item tersebut berisi tentang keluarga membiarkan saya ketika saya terlihat sedang sedih dengan masalah yang saya hadapi pada bagian dukungan emosional. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga

Tabel 4. Hasil penilaian antara kepatuhan rehabilitasi dan kemandirian pasien pasca stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSU Haji Surabaya

Kemandirian	Kepatuhan rehabilitasi						Total	
	Rendah		Sedang		Tinggi		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Total	6	22.2	0	0	0	0	6	8.2
Parah	11	40.7	7	24.1	2	11.7	20	27.4
Sedang	9	33.3	14	48.2	10	58.8	33	45.2
Ringan	1	3.7	8	27.5	5	29.4	14	19.1
Σ responden	27	100	29	100	17	100	73	100

Spearman's Rho (p): 0,000
*Correlation Coefficient (r): 0,473***

pasien pasca stroke harus memberikan perhatian dan tempat untuk pasien agar dapat mencurahkan perasaan yang mereka rasakan. Responden pasien pasca stroke dengan dukungan keluarga positif, item soal yang paling banyak dijawab benar adalah tentang keluarga pasien yang selalu mendampingi ketika perawatan pada bagian dukungan emosional, serta tentang keluarga yang selalu mengingatkan jadwal kontrol pasien pada bagian dukungan informasional.

Peneliti berpendapat bahwa sebaiknya keluarga pasien pasca stroke sebaiknya menyediakan waktu khusus untuk merawat pasien dan memberikan perhatian khusus seperti keluarga mengingatkan jadwal dan mengantarkan pasien ketika rehabilitasi, atau menyediakan tempat untuk mencurahkan perasaan pasien. Keluarga pasien yang memberikan perhatian misalnya seperti waktu khusus untuk pasien pasca stroke untuk dapat bercerita akan membuat pasien merasa nyaman dan secara tidak langsung akan meningkatkan tingkat dukungan keluarga serta motivasi untuk dapat sembuh dari penyakit stroke. Perhatian kecil seperti pengantar pasien yang sesuai dengan keinginan mungkin dapat menambah semangat dan motivasi pasien yang akan mengakibatkan kepatuhan rehabilitasi meningkat sehingga proses rehabilitasi juga akan semakin baik. Hasil penelitian ini juga telah didapatkan bahwa pasien pasca stroke yang memperoleh dukungan keluarga yang positif akan mendapatkan tingkat kemandirian yang lebih baik dari pada pasien dengan dukungan keluarga negatif.

Kepatuhan rehabilitasi

Penelitian ini dilakukan pada pasien pasca stroke yang menjalani rehabilitasi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSU Haji Surabaya menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat kepatuhan rehabilitasi rendah dan sedang. Jumlah antara responden dengan tingkat rehabilitasi rendah dan sedang tidak terpaut jauh. Berdasarkan hasil analisis ditemukan bahwa mayoritas responden dengan kepatuhan rehabilitasi rendah, sedang dan tinggi semuanya berada pada usia lansia akhir. Pendidikan terakhir responden pasca stroke mayoritas berada pada tingkat SMA. Temuan ini sejalan dengan penelitian Manurung (2017) tentang dukungan keluarga dengan motivasi dalam melakukan ROM pada pasien pasca stroke di RSU

HKBP Balige Kabupaten Toba Samosir yang melaporkan bahwa hampir setengah dari responden penelitian tersebut berada pada tingkat pendidikan SMA. Pasien pasca stroke yang menjadi responden dalam penelitian ini mayoritas memiliki dan menggunakan fasilitas jaminan kesehatan dalam melakukan rehabilitasi.

La Grecea dalam Wardhani & Martini (2017) menjelaskan bahwa usia merupakan faktor yang penting dalam perilaku kepatuhan seseorang. Semakin muda usia seseorang, maka tingkat kepatuhan juga semakin tinggi. Usia sangat mempengaruhi motivasi seseorang, motivasi yang sudah berusia lanjut lebih sulit dari orang yang masih muda. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain (Manurung, 2017).

Munro dalam penelitian Arianti, Ginting, dan Tampubolon (2018) menjelaskan bahwa semakin tinggi pengetahuan pasien, maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan yang diterimanya sehingga pasien stroke akan patuh dalam pengobatan penyakitnya. Tingkat pengetahuan dan pemahaman yang rendah terhadap suatu penyakit dan bagaimana pemulihan kondisi pasca stroke dapat menghambat proses pemulihan (Endriyani, 2011). Ipaenin (2018) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan yang baik membuat responden akan mempunyai motivasi yang baik terhadap sesuatu yang akan diinginkan seperti ingin cepat sembuh dari penyakitnya.

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa jumlah penderita pasca stroke dengan tingkat kepatuhan rehabilitasi rendah dan sedang hanya terdapat perbedaan yang sedikit. Peneliti berpendapat bahwa hal ini disebabkan oleh usia penderita pasca stroke yang mayoritas berada pada lansia akhir. Hal tersebut dapat menyebabkan tingkat kepatuhan yang rendah karena penderita pasca stroke lansia akhir akan lebih memilih untuk di rumah saja dan dirawat oleh keluarga. Selain itu lansia juga akan lebih tergantung dengan keluarga yang merawatnya. Jika anggota keluarga lainnya disibukkan dengan bekerja sehingga tidak bisa menyempatkan mengantar pasien tersebut ke layanan kesehatan, maka akan mempengaruhi kepatuhan rehabilitasi pasien pasca stroke. Tingkat pendidikan juga penting dalam mempengaruhi tingkat kepatuhan rehabilitasi pasien pasca stroke. Peneliti berpendapat dalam penelitian ini, usia lansia

dapat mempengaruhi pola pikir dalam mengambil keputusan. Lansia mungkin akan pasrah dengan kondisi fisik yang dialaminya dan lebih memilih untuk dirawat oleh keluarganya di rumah. Selain itu, meskipun mayoritas responden pasca stroke penelitian ini setara tingkat SMA, tetapi mayoritas usia responden juga akan berpengaruh terhadap proses penerimaan informasi tentang penyakit stroke dan prinsip rehabilitasinya. Jaminan kesehatan juga dapat berperan dalam tingkat kepatuhan rehabilitasi, karena dengan adanya fasilitas jaminan kesehatan yang dimiliki pasien, mereka tidak akan dibebankan dalam pembayaran secara tunai. Hal tersebut mungkin akan meningkatkan minat pasien pasca stroke dalam melakukan rehabilitasi.

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa pada pasien pasca stroke dengan kepatuhan rehabilitasi sedang, item dengan nilai terendah mayoritas berada pada item nomor 4 yang berisi tentang pasien pernah tidak mengikuti rehabilitasi karena merasa tidak ada perubahan yang dirasakan. Sedangkan untuk pasien dengan kepatuhan rehabilitasi rendah, item soal dengan nilai terendah berada pada nomor 7 tentang perasaan kesal pasien ketika menjalani program rehabilitasi dengan jangka waktu yang lama. Kedua item soal tersebut termasuk dalam soal *unfavorable*. Peneliti berpendapat bahwa usia dan tingkat pendidikan responden pasien pasca stroke dapat mempengaruhi cara pengambilan keputusan. Seseorang dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi akan lebih memahami cara mengatasi masalah yang dia hadapi. Seperti dalam kasus ini, rehabilitasi stroke merupakan salah satu cara yang penting dalam mengembalikan fungsi tubuh pasien pasca stroke yang mengalami kelemahan. Jika telah mengetahui pentingnya kepatuhan rehabilitasi pasca stroke, maka pasien akan rutin dalam mengikuti program tersebut.

Kemandirian

Hasil penelitian ini didapatkan tingkat kemandirian pasien pasca stroke didominasi lansia akhir yang berada pada tingkat ketergantungan sedang. Hasil ini selaras dengan penelitian Chayati (2018) yang menyatakan bahwa faktor usia memang memiliki peranan yang penting dalam pemulihan kondisi pasien pasca stroke. Parekh dalam (Chayati et al., 2018) menyebutkan bahwa semakin tua usia penderita maka akan membutuhkan waktu pemulihan yang lebih lama karena terjadi penurunan kemampuan fisik. Penelitian sebelumnya melaporkan bahwa terdapat hubungan yang bersifat terbalik antara usia pasien pasca stroke dengan tingkat kemandiriannya (Mansoor Rayegani et al., 2016). Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat diartikan bahwa semakin muda usia maka kemandirian orang tersebut juga semakin tinggi.

Peneliti berpendapat bahwa pada lansia akhir yang menjalani rehabilitasi pasca stroke, akan membutuhkan waktu yang lama agar dapat mencapai tingkat kemandirian yang baik. Jika pasien pasca stroke ingin mencapai tingkat kemandirian yang baik

maka mereka harus memiliki kepatuhan rehabilitasi yang baik pula. Selain itu, usia yang semakin tua juga akan menyebabkan individu ingin mendapatkan perhatian yang lebih, yang akhirnya akan menurunkan tingkat kemandirian individu tersebut. Selain itu, keparahan serangan stroke pada masa akut juga dapat berperan dalam tingkat kemandirian pasien pasca stroke. Hal tersebut dapat terjadi jika pasien dengan serangan yang parah terjadi pada otak dan tidak segera mendapatkan pertolongan, maka kerusakan yang terjadi di otak akan sulit untuk dikembalikan. Derajat kecacatan yang semakin tinggi akan menyebabkan tingkat kemandirian pasien pasca stroke akan semakin rendah.

Berdasarkan akumulasi nilai item terendah dari responden dengan ketergantungan total, pasien membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan kegiatan membersihkan diri (seperti cuci muka dan sikat gigi), penggunaan jamban, serta memakai baju. Selain itu, untuk melakukan perpindahan posisi dari tidur ke duduk, pasien dengan ketergantungan total ini membutuhkan bantuan dua orang, serta menggunakan bantuan kursi roda untuk mobilisasinya. Pasien dengan ketergantungan parah, mayoritas membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas membersihkan diri dan mandi. Keampuan pasien pasca stroke sangat bervariasi tergantung dengan tingkat kemandirian mereka, semakin rendah tingkat kemandirian maka akan semakin membutuhkan bantuan orang lain.

Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian

Hasil penelitian ini ditemukan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke dengan nilai korelasi sedang. Angka koefisien korelasi tersebut memiliki nilai positif sehingga dapat diartikan bahwa hubungan dukungan keluarga dan kemandirian pasien pasca stroke bersifat searah. Hubungan searah memiliki arti apabila dukungan keluarga yang didapatkan pasien pasca stroke baik, maka tingkat kemandirian juga akan meningkat. Sebaliknya, jika keluarga pasien tidak mendukung atau memberi dukungan yang buruk, maka kemandirian pasien juga akan semakin rendah.

Hasil penelitian ini masih didapatkan responden pasien pasca stroke yang mendapatkan dukungan keluarga positif dengan ketergantungan total sebanyak 2 orang dan ketergantungan parah sebanyak 12 orang. Selain itu, untuk responden yang mendapatkan dukungan keluarga negatif dengan ketergantungan parah sebanyak 8 orang. Tatali, dkk (2018) menjelaskan bahwa pasien pasca stroke mengalami ketakutan dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Selain itu, pasien pasca stroke pernah terjatuh ketika latihan fisik atau kejadian jatuh di kamar mandi yang sering diketahui dapat menjadikan trauma tersendiri bagi pasien. Selain itu, usia yang semakin tua juga dapat menyebabkan tingkat kemandirian yang rendah. Hal tersebut dapat terjadi karena proses regenerasi sel-sel yang berlangsung

pada lansia mengalami perlambatan sehingga kemampuan pengembalian fungsi tubuh juga ikut melambat (Tatali et al., 2018). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Erlina dalam Octaviani (2017) melaporkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup terhadap status kesehatan. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat dapat menurunkan mortalitas, lebih mudah sembuh dari penyakit serta meningkatkan fungsi fisik, kognitif dan emosional.

Peneliti berpendapat bahwa tingkat kemandirian yang rendah yang terjadi pada responden dengan dukungan keluarga yang positif terjadi karena kondisi derajat kecacatan yang buruk karena serangan stroke yang parah. Hal tersebut dapat menyebabkan pasien mengalami gangguan aktivitas sehari-hari, seperti membutuhkan bantuan ketika ambulasi, aktivitas kebersihan diri, atau bahkan tidak bisa mengendalikan rangsangan berkemih dan defekasi. Sehingga pasien pasca stroke dengan kondisi tersebut akan sangat membutuhkan bantuan keluarganya.

Hubungan kepatuhan rehabilitasi dan kemandirian

Hasil penelitian ini ditemukan adanya hubungan antara kepatuhan rehabilitasi dengan kemandirian pasien pasca stroke. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa pada pasien rehabilitasi pasca stroke dengan tingkat kepatuhan rehabilitasi rendah mayoritas memiliki tingkat ketergantungan parah. Pasien dengan tingkat kepatuhan rehabilitasi sedang mayoritas memiliki tingkat ketergantungan sedang.

Pasien rehabilitasi pasca stroke dengan tingkat kepatuhan rehabilitasi rendah yang mayoritas memiliki tingkat ketergantungan parah, dengan jumlah 11 orang. Hasil penelitian oleh Jannah & Azam, (2017) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan menjalani rehabilitasi medik pada pasien stroke melaporkan bahwa penderita stroke yang menjalani rehabilitasi harus memiliki motivasi yang tinggi. Hal tersebut dikarenakan motivasi yang tinggi pasien akan lebih bersemangat dalam menjalani rehabilitasi sehingga akan mempercepat proses pemulihan fungsi fisiknya. Peneliti juga mendapatkan hasil wawancara dengan pasien bahwa dengan merubah *mind set* dalam melakukan rehabilitasi sangat penting berkaitan dengan kepatuhan. Salah satu pasien berpendapat bahwa merubah *mind set* dengan menganggap program rehabilitasi yang dijalani adalah salah satu usaha untuk pemulihan kondisi fisiknya. Sehingga begitu pasien akan mendapatkan tingkat kepatuhan rehabilitasi yang tinggi dan akhirnya tingkat kemandirian pasien juga akan naik.

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan pasien dengan tingkat kepatuhan rehabilitasi sedang mayoritas memiliki tingkat ketergantungan sedang, dengan jumlah 14 orang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Setyoadi, Nasution, & Kardinasari

(2018) yang membahas tentang dukungan keluarga dalam peningkatan kemandirian pasien stroke menyatakan bahwa kebanyakan pasien stroke mengalami ketergantungan sedang. Pasien stroke dalam penelitian tersebut juga didominasi oleh lansia akhir sebanyak 50,87%. Karunia dalam penelitian Setyoadi et al. (2018) menyatakan bahwa usia merupakan faktor yang berperan dalam kemandirian pasien stroke. Usia lanjut dapat menghambat proses rehabilitasi karena pada pasien usia tersebut kemampuan regenerasi sel mengalami penurunan, sehingga membutuhkan waktu yang lebih lama daripada pada usia yang lebih muda (Tatali et al., 2018).

Peneliti berpendapat bahwa selain usia lanjut dapat menghambat proses rehabilitasi karena terdapat penurunan fungsi, pada lansia sering kali terjadi perubahan kondisi di mana lansia kembali bersifat seperti anak kecil yang manja dan ingin selalu mendapatkan perhatian. Hal tersebut dapat menyebabkan tingkat kemandirian pasien pasca stroke menurun. Tingkat kemandirian dan tingkat kepatuhan rehabilitasi saling berhubungan satu sama lain. Pasien pasca stroke dengan tingkat kemandirian yang semakin rendah dapat menyebabkan mereka tidak bisa menuju unit pelayanan rehabilitasi, mereka hanya akan dirawat di rumah oleh keluarganya. Hal tersebut dapat mengakibatkan tingkat kepatuhan rehabilitasi juga akan ikut menurun. Sebaliknya, tingkat kepatuhan yang rendah juga dapat berpengaruh dengan tingkat kemandirian pasien. Pasien dengan kepatuhan yang rendah, tidak rutin menjalani rehabilitasi yang telah disarankan oleh dokter ataupun berlatih sendiri di rumah. Hal tersebut akan menurunkan tingkat kemandirian karena pada pasien pasca stroke disarankan untuk segera melakukan rehabilitasi untuk menyelamatkan fungsi-fungsi tubuh yang masin dapat dipulihkan.

SIMPULAN

Terdapat hubungan yang cukup antara tiap variabel independen dengan variabel dependen. Dukungan keluarga dan kepatuhan rehabilitasi yang baik tidak memengaruhi pasien pasca stroke dengan derajat kecacatan yang parah.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA, A. H. A. (2019). Ischemic stroke.
- Anggleni, T. (2010). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Klien Pasca Stroke dalam Mengikuti Rehabilitasi di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. M. Djamil Padang*. Universitas Andalas.
- Arianti, W. D., Ginting, S., & Tampubolon, A. C. (2018). HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN TENTANG STROKE DENGAN KEPATUHAN MENJALANI FISIOTERAPI DI RUANG FISIOTERAPI RSUD DR . PIRNGADI MEDAN TAHUN 2016. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 13(1), 50–56.
- Arifin, & Damayanti, S. (2015). Hubungan Dukungan

- Keluarga Dengan Kepatuhan Dietdiabetes Melitus Tipe 2 Di Poli Penyakit Dalam. *Jurnal Keperawatan Respati, II*(September), 1–18.
- Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). *Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention*. 472–495.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>
- Cameron, J. I., Naglie, G., Gignac, M. A. M., Bayley, M., Warner, G., & Green, T. (2014). *Randomized clinical trial of the timing it right stroke family support program : research protocol*.
- Chayati, N., Putranti, D. P., & Firmawati, E. (2018). Perkembangan dan Faktor-faktor yang Memengaruhi Tingkat Kemandirian Pasien Strok Selama Rawat Inap di Yogyakarta berdasar atas Skor Development and Factors Affecting the Level of Independence of Stroke Patients During Hospitalization in Yogyakarta based o. *Majalah Kedokteran Bandung, 50*(4), 208–214.
- Cheiloudaki, E., & Alexopoulos, E. C. (2019). Adherence to treatment in stroke patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(2).
<https://doi.org/10.3390/ijerph16020196>
- Endriyani, L. (2011). *KEMANDIRIAN ACTIVITIES OF DAILY LIVING KEMANDIRIAN ACTIVITIES OF DAILY LIVING*.
- Hasan, N., & Raharisti R, E. (2013). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Strategi Coping Pada Penderita Stroke RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Universitas Sahid Surakarta, Vol 2, No, 41–62*.
- Hayyi Wildani, M., & Rosdiana, I. (2010). Pengaruh Fisioterapi Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas pada Penderita Stroke Non Hemoragik. *Fakultas Kedokteran UNISSULA, Vol 2, No, 193–199*.
- Ipaenin, R. (2018). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP MOTIVASI PASIEN PASCA STROKE SELAMA MENJALANI LATIHAN FISIOTERAPI DI RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING YOGYAKARTA*.
- Jannah, A. A. M., & Azam, M. (2017). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi Medikpada Pasien Stroke*. 1, 801–811.
- Jiménez-caballero, P. E., & Ramírez-moreno, J. M. (2016). *Functional Status and disability in patients after acute stroke: a longitudinal study*. 25(2), 144–151.
- Karunia, E. (2016). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Activity of Daily Living (ADL) Pasca Stroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 4*(September), 213–224.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v4i2.2016.213>
- Kim, K., Mi Kim, Y., & Kyung Kim, E. (2014). Correlation between the Activities of Daily Living of Stroke Patients in a Community Setting and Their Quality of Life. *J. Phys. Ther. Sci, 26*, 417–419.
- Mansoor Rayegani, S., Seyed, A. R., Alikhani, E., Bayat, M., Bahrami Hasan, M., & Karimzadeh, A. (2016). Evaluation of complete functional status of patients with stroke by Functional Independence Measure scale on admission , discharge , and six months poststroke. *Iranian Journal of Neurology, 15*(4), 202–208.
- Manurung, M. (2017). *DUKUNGAN KELUARGA DENGAN MOTIVASI DALAM MELAKUKAN ROM PADA PASIEN PASCA STROKE DI RSUD HKBP BALIGE KABUPATEN TOBA SAMOSIR*. *Idea Nursing Journal, VIII*(3).
- Octaviani, R. (2017). *Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup lanjut usia pasca stroke di wilayah kerja puskesmas gajahan surakarta*.
- Sari, F., Dewi, T., & Setyopranoto, I. (2017). Dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita stroke pada fase pasca akut di Wonogiri. *Berita Kedokteran Masyarakat (BKM Journal of Community Medicine and Public Health) Volume, 33*(8), 383–390.
- Setyoadi, Handayani Nasution, T., & Kardinasari, A. (2017). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN PASIEN STROKE DI INSTALASI REHABILITASI MEDIK RUMAH SAKIT DR. ISKAK TULUNGAGUNG*. *Majalah Kesehatan FKUB, 4*(3), 139–148.
- Setyoadi, Nasution, T. H., & Kardinasari, A. (2018). *Family support in improving independence of stroke patients*. 6(1), 96–107.
- Tatali, A. J., Kundre, R., & E katuuk, M. (2018). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PADA PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK KASIH MANADO*. *E-Journal Keperawatan (e-Kep), 6*(1), 1–8.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2014). Hubungan Antara Karakteristik Pasien Stroke Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi. *Jurnal Berkala Epidemiologi, 3*, 24–34.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2017). *HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PASIEN STROKE DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MENJALANI REHABILITASI*. 24–34.
- WHO, W. H. O. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. *World Health Organization.*, 211.
- Wurtiningsih, B. (2012). Dukungan Keluarga pada Pasien Stroke di Ruang Saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Medica Hospitalia, Vol 1, No, 57–59*.

Original Article

Cite this article: Butsing N., Tipayamongkholgul M., Ratanakorn D., Suwannapong N., and Bundhamcharoen K. (2019). Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area. *Journal of Pacific Rim Psychology*, Volume 13, e4. <https://doi.org/10.1017/prp.2019.2>

Received: 22 May 2018

Revised: 26 December 2018

Accepted: 1 January 2019

Keywords:

stroke; functional outcome; quality of life; social support

Author for correspondence:

Mathuros Tipayamongkholgul,
Email: mathuros.tip@mahidol.ac.th

Social support, functional outcome and quality of life among stroke survivors in an urban area

Nipaporn Butsing¹, Mathuros Tipayamongkholgul², Disya Ratanakorn³,
Nawarat Suwannapong⁴ and Kanitta Bundhamcharoen⁵

¹Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ²Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ³Division of Neurology, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ⁴Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand and ⁵International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Sophisticated medical technologies can prolong a stroke patient's life but not always their quality of life (QoL) due to poor functional outcomes. Social support can theoretically assist a patient's adaptation to life after stroke and improve their QoL, but existing findings are inconclusive. This inconclusiveness is especially found in large cities where family and social bonding can be scarce. We conducted a hospital-based, cross-sectional study among 358 stroke patients to identify the effects of social support and functional outcome on QoL and its domains. The study took place in Bangkok, Thailand between July and December 2016. Data were collected by personal interview using a structured questionnaire that included the Short-Form WHO Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF) and by review of medical records. A hierarchical linear regression method was used to analyze data. The mean age of stroke respondents was 66.0 years (*SD* 13.5 years), and half were male. The mean total QoL score for patients was 68.6 (*SD* 15.2). Hierarchical multiple regression analysis found emotional support significantly impacted QoL in every domain (*ps* < .05) when all included variables were controlled for. To improve the quality of life among stroke survivors, health personnel and family members should provide not only physical assistance but also psychological support.

Stroke is the leading cause of death and disability in the world and a major health-related economic burden (Di Carlo, 2009; Feigin, et al., 2015a; Krishnamurthi et al., 2013). The stroke burden is continuously increasing due to the changes in demographics and modifiable risk factors (Feigin et al., 2016). In the last two decades, although the overall burden of stroke has declined in high-income countries, it has increased in low- and middle-income countries, including Thailand (Feigin, Mensah, Norrving, Murray, & Roth, 2015b).

To mitigate the severity of strokes, advanced medical technologies and intervention for stroke treatment have been developed. It was reported that advanced management for strokes can reduce the death rate after stroke by about 20% (Davis, Lees, & Donnan, 2006; Jauch et al., 2013); however, despite this development, several forms of neurological impairment remain present in stroke survivors (Chou, 2015). These impairments cause physical disabilities and dysfunction in performing both basic daily activities as well as community-based activities. This impacts the quality of life (QoL) of both patients and their family members (Chou, 2015; Kwok et al., 2006; Rachpukdee, Howteerakul, Suwannapong, & Tang-aroonson, 2013). Some affected individuals have even stated that their QoL after a stroke was worse than death (Sturm et al., 2004). However the sequelae of stroke vary greatly depending upon the type of stroke, its size and the location of the brain affected, as well as the amount of collateral blood flow (Caplan, 2009).

A psychometric assessment of QoL after stroke can provide a holistic picture of stroke burden. Recently, assessment of QoL among patients with stroke has received increased global attention (Chou, 2015; Rachpukdee et al., 2013). It is widely recognized that the level of functional outcomes among stroke survivors, such as movement dysfunction or disability, can cause stress and dissatisfaction in life (Chou, 2015; Rachpukdee et al., 2013), but that social support may mitigate the effect of these functional outcomes (Kim, Warren, Madill, & Hadley, 1999; Mayo et al., 2015). Social support provided by people within an individual's social network is a crucial factor in helping individuals adapt to life after a chronic illness such as stroke (Helgeson, 2003; Kruihof, van Mierlo, Visser-Meily, van Heugten, & Post, 2013).

Although the relationships between the QoL, functional outcome and social support of stroke survivors have been previously studied in Thailand (Rachpukdee et al., 2013; Singhpoo et al., 2012), the specific effects of functional outcome and the social support dimension on each domain of QoL among stroke survivors remain unclear. Moreover, advanced medical management for stroke seems to give a better treatment outcome, but not a better QoL. Stroke patients

© The Author(s) 2019. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is unaltered and is properly cited. The written permission of Cambridge University Press must be obtained for commercial re-use or in order to create a derivative work.

have a higher chance of surviving, but most of them live with neurological deficits (Davis et al., 2006; Jauch et al., 2013). In large cities, although people can more conveniently access advanced tertiary hospitals, the social and family functions may be poorer. Therefore, it is necessary to quantify the QoL of stroke survivors living in a large city in Thailand and accessing an advanced tertiary hospital. Bangkok is the capital city of Thailand. Gaining an understanding of the effect of social support on QoL may provide crucial information for designing specific interventions to improve the well-being of stroke patients. Therefore, this study aimed to assess QoL and its specific domains, and identify the effects of functional outcome and social support on overall QoL and its domains.

The Short-Form WHO Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF) is a generic measurement tool covering physical, psychological, social and environmental domains, and has good psychometric properties (World Health Organization, 1996). Using the WHOQOL-BREF to measure QoL among stroke patients allows the results to be compared with results from studies of the general population and studies of other diseases. This is unlike the stroke-specific, health-related QoL questionnaire that can provide insight into QoL in stroke patients only.

Methods

This cross-sectional study included consecutive patients hospitalized in the stroke unit an advanced tertiary hospital in Bangkok and those who visited the outpatient neurological clinics at the same hospital between July and December 2016. The inclusion criteria were: (1) aged 18 years old and above; (2) having a diagnosis of first-ever ischemic stroke or intracerebral hemorrhage, confirmed by brain imaging consistent with the clinical presentation of stroke; (3) capable of cognitive communication; and (4) a willingness to participate in the study. During the enrollment period, 434 first-ever stroke cases visited the study setting, and 76 were excluded due to: (1) suffering from comorbidities related to QoL such as cancers, heart failure, lung diseases and renal failure (18 cases); (2) not coming to the clinic during the data collection period (25 cases); and (3) patients discontinuing the interview (33 cases).

A total of 358 stroke patients agreed to participate in the study and signed informed consent forms (82.5% response rate). Data were collected by personal interviewing using a structured questionnaire. The interviews took place in a private room to maintain confidentiality. The data collection was done by the researcher and research assistants who are health professionals. The research assistants participated in a one-day training session on data-collection procedures and using the questionnaire. Clinical data were retrieved from the patients' medical records. All participants acknowledged that their responses would be kept confidential.

This study was approved by the Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University (No. MURA2015/759/S2).

Measures

Quality of life (QoL). We used the validated Thai-language version of the WHOQOL-BREF to assess the QoL of stroke patients. The WHOQOL-BREF is the 26-item shortened version of the WHOQOL instrument. Of these 26 items, the first 2 are generic and do not get included in any analysis. A five-scale response covers four domains: physical health (seven items), psychological health (six items), social relations (three items), and environment (eight

items). The total score of the items in each domain is transformed to a 0–100 score (World Health Organization, 1996). The total scores reflect the level of QoL; lower scores indicate a lower QoL while higher scores indicate a higher QoL. The reliability of the structured questionnaires was satisfactory ($r_\alpha > .70$). Cronbach's alpha was .930 for the overall WHOQOL-BREF, while for the physical domain it was .835; psychological domain, .825; social relations, .711; and environment, .702.

Individual factors. Data were provided for sex, age (years), marital status (married and living with their spouse, married but living apart, single, divorced, widowed) and working status at assessment date (currently working, not working). The highest formal education attainment of each participant was classified into five scores: no education (0), primary school (1), secondary school/vocational certificate (2), bachelor's degree/high vocational certificate (3) and higher than bachelor's degree (4). Family income was classified as insufficient (0), sufficient (1) and sufficient with savings (2).

The duration of stroke was measured from the time of the first stroke diagnosis until the survey date and then categorized into five categories: <1 month (1), 1–3 months (2), 4–6 months (3), 7–12 months (4), and >12 months (5). The severity of stroke for each patient was assessed by neurologists at the first admission using the National Institute Health Stroke Scale (NIHSS; Josephson, Hills, & Johnston, 2006). The Charlson Comorbidity Index (CCI) was used to classify comorbidities of the stroke survivors into two categories: low comorbidity 0 or 1, and high ≥ 2 (Goldstein, Samsa, Matchar, & Horner, 2004).

Functional outcome

Functional outcome refers to functional ability in activities of daily living (ADL) of post-stroke patients, measured using the Barthel Index (BI; Mahoney & Barthel, 1965). BI scores range from zero (a dependent state) to 100 (a fully independent state), so higher scores indicate a better performance in ADL. BI was classified into five groups, 0–20 as totally dependent, 21–45 as severely dependent, 46–70 as moderately dependent, 71–90 as slightly dependent, and 91–100 scores as independent (Balu, 2009). Cronbach's alpha for BI was .896.

Social support

Social support in this study refers to the emotional, informational, functional, and financial support that stroke patients received from family members, friends or health personnel (Gurcay, Bal, & Cakci, 2009; Helgeson, 2003; Jaracz & Kozubski, 2003; Rachpukdee et al., 2013). The 16-item social support questionnaire was developed in accordance with House's concept to assess the help that stroke patients receive from family members, friends, and other related individuals (House, 1981). It is a 5-point Likert-type scale questionnaire including four dimensions of emotional support (five items), informational support (four items), functional support (four items) and financial support (three items). Scores 1 to 5 were assigned to responses *none of the time*, *a little of the time*, *some of the time*, *most of the time* and *all of the time*. Subscale scores summed the responses checked for the relevant items, with higher scores indicating higher support. The total social support scores ranged from 16 to 80. The final version of the social support questionnaire was piloted for the reliability analysis among 30 stroke patients at the inpatient and outpatient clinics of the study site, but who were not included in this study. The coefficient of Cronbach's alpha for the overall social support was .933; emotional support, .913; informational support, .778; functional support,

Table 1. Individual characteristics of stroke survivors ($n = 358$)

Characteristics	
Age, years, mean \pm SD (range)	66.0 \pm 13.5 (22–93)
Age \geq 65 years, n (%)	202 (56.4)
Male sex, n (%)	179 (50.0)
Education attainment, n (%)	
No education	16 (4.5)
Primary school	170 (47.5)
Secondary school/vocational certificate	87 (24.3)
Bachelor's degree	66 (18.4)
Higher than bachelor's degree	19 (5.3)
Marital status, n (%)	
Married and living with a spouse	227 (63.4)
Married but living apart/single/widowed/divorced	131 (36.6)
Occupation, n (%)	
Currently working	245 (68.4)
Not working	113 (31.6)
Monthly income, baht [§] , median (IQR)	30,000 (38,000)
Sufficiency of income, n (%)	
Insufficient	86 (24.0)
Sufficient	92 (25.7)
Sufficient with savings	180 (50.3)
Type of stroke, n (%)	
Ischemic stroke	291 (81.3)
Intracerebral hemorrhage	67 (18.7)
Severity of stroke at admission	
Normal (NIHSS 0)	23 (6.4)
Minor (NIHSS 1–4)	194 (54.2)
Moderate (NIHSS 5–15)	133 (37.2)
Moderate to severe (NIHSS 16–20)	5 (1.4)
Severe (NIHSS 21–42)	3 (0.8)
Median (IQR), (range)	4 (4), (0–28)
Functional outcome, n (%)	
Independent (BI 91–100)	109 (30.4)
Slightly dependent (BI 71–90)	206 (57.5)
Moderately dependent (BI 46–70)	24 (6.7)
Severely dependent (BI 21–45)	15 (4.2)
Totally dependent (BI 0–20)	4 (1.1)
Barthel Index (BI), mean \pm SD (range)	92.2 \pm 17.6 (10–100)
Comorbidity, n (%) ^x	
None	31 (8.7)
Hypertension	263 (73.5)
Dyslipidemia	193 (53.9)
Diabetes mellitus	118 (33.0)
Cardiovascular diseases	102 (28.5)

(Continued)

Table 1. (Continued)

Characteristics	
Renal failure	34 (9.5)
Cancers	13 (3.6)
Lung disease	6 (1.7)

Note: [§] 1 USD = 32.96 THB, ^xmultiple responses.

.792; and financial support, .805. Each domain of social support was classified into three levels using percentiles: below the 25th percentile is low, between the 25th and 75th percentiles is moderate, and above the 75th percentile is high.

Statistical analysis

Descriptive statistics, including means, standard deviation (*SD*), frequency, percentage, and range were used to describe all study variables. Mean \pm *SD* was reported for normally distributed continuous variables. Median with interquartile range (*IQR*) was used to describe other forms of distribution. An analysis of variance was used to compare QoL scores by categorical variables. QoL scores, age, education level, income, duration of stroke, functional outcome, and social support were treated as continuous variables and the others as dichotomous.

Five separate hierarchical multiple regression models were performed to identify the effect of independent factors on QoL. The total QoL scores of stroke patients were used in the first analysis, and each of its domain scores includes physical, psychological, social relations, and environment as dependent variables in the second to the fifth models. The following independent variables were sequentially entered in the analysis: *Block I. Individual factors* – sex, age, education level, marital status, working status, sufficient income level, duration of stroke and comorbidity; *Block II. Functional outcomes* – Barthel Index; and *Block III. Social support* – emotional support, informational support, functional support, and financial support. The level of statistical significance was set at $<.05$ for all analyses. Standardised regression coefficients (β) were computed. The coefficient of determinant (R^2) was calculated to determine the amount of variability explained by the model. The assumptions of multiple regression, including linearity, normality and equality of variance, were assessed through the residual scatterplots. All statistical assumptions are assumed. The normal plot of regression standardized residuals for the dependent variable indicated a relatively normal distribution. The scatterplot of residuals against predicted values showed no clear relationship between the residuals and the predicted values, consistent with the assumption of linearity, and that the variance of the residuals is the same for all predicted scores. The variation inflation factor (*VIF*) values of predictors of QoL domains below 10 indicated that no predictors had multicollinearity (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1995).

Results

A total of 358 stroke survivors completed the WHOQOL-BREF questionnaire. The mean age of the study population was 66.0 \pm 13.5 years (range 22–93 years). The proportion of male and female participants was equal. Almost one half (47.5%) had only completed primary school level education. Most respondents (63.4%) were married and still living with their spouse (Table 1). At the time of the survey, 31.6% of post-stroke respondents were not able to return

Table 2. Comparison of the QoL mean scores in four domains according to individual factors

Characteristics	Total QoL Mean ± SD	Domains			
		Physical Mean ± SD	Psychological Mean ± SD	Social relations Mean ± SD	Environment Mean ± SD
Total	68.6 ± 15.2	62.9 ± 18.0	67.8 ± 17.6	72.6 ± 16.3	71.0 ± 17.8
Sex, <i>p</i> value	0.001	<.001	0.004	0.064	0.094
Male	71.2 ± 15.5	67.6 ± 15.7	70.5 ± 17.7	74.2 ± 16.9	72.6 ± 17.9
Female	66.0 ± 14.4	58.3 ± 19.1	65.1 ± 17.3	71.0 ± 15.5	69.4 ± 17.5
Marital status, <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Married and living with spouse	73.0 ± 13.1	67.4 ± 15.7	72.3 ± 15.4	77.8 ± 13.6	74.4 ± 16.2
Married but living apart/single/divorced/widowed	61.0 ± 15.5	55.2 ± 19.2	60.0 ± 18.5	63.6 ± 16.8	65.2 ± 18.8
Working status, <i>p</i> value	0.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Currently working	72.0 ± 13.3	67.5 ± 14.7	71.1 ± 16.4	75.2 ± 14.8	74.0 ± 15.9
Not working	61.3 ± 16.4	52.9 ± 20.5	60.8 ± 18.3	67.0 ± 18.0	64.4 ± 19.8
Sufficiency of income, <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Insufficient	54.7 ± 12.3	55.1 ± 16.7	53.5 ± 15.8	59.6 ± 14.5	50.7 ± 12.0
Sufficient	66.1 ± 12.9	60.9 ± 16.7	66.0 ± 16.2	69.6 ± 15.4	67.7 ± 13.8
Sufficient with savings	76.5 ± 11.9	67.7 ± 17.9	75.6 ± 14.4	80.4 ± 12.8	82.4 ± 11.5
Duration of stroke, <i>p</i> value	0.196	<.001	0.042	0.339	0.322
<1 month	65.9 ± 13.4	52.4 ± 21.7	62.5 ± 17.5	74.6 ± 16.0	73.9 ± 14.6
1–3 months	72.0 ± 14.1	65.8 ± 13.4	72.1 ± 14.9	75.5 ± 17.9	74.7 ± 18.6
4–6 months	65.9 ± 18.9	62.6 ± 20.5	65.8 ± 19.9	68.2 ± 19.3	67.3 ± 22.7
7–12 months	67.3 ± 16.1	61.7 ± 17.7	67.0 ± 19.1	71.1 ± 15.5	69.5 ± 17.7
>12 months	69.9 ± 14.8	66.6 ± 15.3	69.6 ± 16.9	72.7 ± 15.6	70.5 ± 17.8

Note: *p*-value of analysis of variance test.

to work. Twenty-four percent of post-stroke respondents reported that their current family income was insufficient for their day-to-day lives. About four-fifths of respondents had suffered an ischemic stroke (81.3%), and one-half of respondents (51.7%) had experienced their stroke more than 12 months previously. About half had presented with a minor stroke at their first stroke admission, followed by moderate stroke (37.2%). Most respondents were slightly dependent (57.5%) and 5.3% were at a severely and totally dependent level. The common comorbidities among stroke survivor were hypertension (73.5%) followed by dyslipidemia (53.9%).

The mean scores for all QoL domains and individual factors are shown in Table 2. The lowest mean scores of QoL were revealed for the physical and psychological domains. Male respondents had significantly better physical and psychological health than females. The means of responses indicating QoL were higher in all domains among married individuals and those living with their spouse than those who were married but living apart, single, divorced or widowed. Respondents who still worked reported significantly higher scores in all QoL domains. Mean QoL scores for all domains increased with increasing levels of income sufficiency ($p < .001$). Only physical and psychological QoL domains were significantly influenced by duration of stroke.

Mean scores of total QoL by level of functional outcome were significantly different ($ps < .05$). Higher BI scores revealed high QoL in all domains. Mean QoL varied across functional outcome levels; for example, the severely dependent and totally dependent had the lowest QoL-physical scores (18.7 and 9.5, respectively;

Table 3). A higher level of social support showed higher mean scores for all domains of QoL (Table 3). Higher scores of emotional support showed higher mean scores in all domains of QoL. Similarly, the higher the level of financial support patients received, the higher the mean scores of total QoL they had ($ps < .05$). Informational and functional support indicated significantly positive effects on almost every domain of QoL except physical health (Table 3).

Table 4 shows the results of the hierarchical multiple regression analyses. The analyses indicated that being currently married and living with their spouse, currently working, and having a higher level of income sufficiency were related to higher total QoL scores. After controlling for individual factors, functional outcomes and emotional support were significantly related to higher total QoL scores. The individual factors (Block I) explained 49.13% of the variance in the total QoL, functional outcomes (Block II) significantly explained 15.05% of the variance, and social support (Block III) explained another 9.51%, resulting in the whole model explaining 73.69% of the variance. Standardized regression coefficients (β) indicated that functional outcome had the highest effect on total QoL scores, followed by sufficiency of income and emotional support.

In the second hierarchical multiple regression model, male, married and living with a spouse, currently working, a higher level of income sufficiency, higher scores of functional outcome and higher emotional support showed significant relationships with higher QoL-physical scores. Functional outcome (Block II) explained 38.49% and social support (Block III) explained 2.89%

Table 3. Comparison of the QoL mean scores in four domains according to functional outcome and social support level

	Total QoL Mean \pm SD	Domains			
		Physical health Mean \pm SD	Psychological health Mean \pm SD	Social relationship Mean \pm SD	Environment health Mean \pm SD
Functional outcome (BI), <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Independent (BI 91–100)	75.1 \pm 11.2	68.5 \pm 12.9	74.7 \pm 14.6	78.1 \pm 14.3	77.6 \pm 16.3
Slightly dependent (BI 71–90)	74.7 \pm 13.0	66.6 \pm 9.5	63.9 \pm 14.7	66.9 \pm 13.5	63.0 \pm 14.4
Moderately dependent (BI 46–70)	51.5 \pm 11.3	34.7 \pm 12.3	50.8 \pm 13.0	60.7 \pm 17.4	59.7 \pm 17.5
Severely dependent (BI 21–45)	45.4 \pm 10.2	18.7 \pm 7.2	41.1 \pm 10.5	63.3 \pm 18.6	58.5 \pm 17.3
Totally dependent (BI 0–20)	36.9 \pm 19.8	9.5 \pm 4.0	20.5 \pm 7.5	53.2 \pm 42.2	64.2 \pm 32.6
Total social support, <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Low (32–55)	57.2 \pm 13.2	58.4 \pm 15.9	53.9 \pm 15.9	60.8 \pm 15.9	55.6 \pm 14.9
Moderate (56–64)	71.0 \pm 11.8	64.3 \pm 15.8	72.2 \pm 12.6	74.1 \pm 12.1	73.4 \pm 15.1
High (65–74)	75.4 \pm 16.5	64.9 \pm 22.7	73.5 \pm 19.9	81.6 \pm 16.8	81.7 \pm 14.6
Emotional support, <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Low (8–16)	56.3 \pm 13.2	53.5 \pm 17.6	53.5 \pm 16.2	61.3 \pm 15.7	57.2 \pm 16.6
Moderate (17–20)	71.1 \pm 11.6	64.9 \pm 14.8	71.8 \pm 13.0	74.6 \pm 13.0	72.9 \pm 14.9
High (21–23)	77.8 \pm 13.7	69.9 \pm 19.0	76.9 \pm 16.2	81.6 \pm 14.8	82.6 \pm 12.8
Informational support, <i>p</i> value	<.001	0.175	<.001	<.001	<.001
Low (7–13)	61.2 \pm 13.6	62.8 \pm 13.3	59.2 \pm 17.1	63.7 \pm 16.3	59.3 \pm 15.6
Moderate (14–15)	70.4 \pm 13.5	65.1 \pm 17.4	70.4 \pm 15.1	74.1 \pm 14.4	72.1 \pm 16.6
High (16–20)	71.1 \pm 16.2	61.0 \pm 20.5	70.3 \pm 18.7	76.3 \pm 16.2	76.6 \pm 16.2
Functional support, <i>p</i> value	<.001	0.827	<.001	<.001	<.001
Low (7–13)	61.7 \pm 13.1	62.0 \pm 13.8	58.5 \pm 16.3	65.3 \pm 15.2	60.9 \pm 16.4
Moderate (14–16)	68.9 \pm 13.2	63.6 \pm 14.5	71.5 \pm 13.9	70.4 \pm 14.1	70.1 \pm 17.4
High (17–19)	72.5 \pm 15.8	63.1 \pm 21.7	71.3 \pm 18.3	78.2 \pm 16.2	77.5 \pm 15.8
Financial support, <i>p</i> value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Low (3–9)	64.8 \pm 15.0	61.9 \pm 17.2	63.1 \pm 17.9	68.6 \pm 16.1	65.6 \pm 18.2
Moderate (10–11)	68.7 \pm 16.5	58.2 \pm 22.8	67.6 \pm 18.8	74.2 \pm 18.2	74.9 \pm 16.3
High (12–15)	74.3 \pm 12.1	68.9 \pm 11.9	75.3 \pm 13.0	77.4 \pm 13.2	75.7 \pm 16.2

Note: *p*-value of analysis of variance test.

of the variance in QoL-physical ($p < .05$), while the whole model explained 73.59% of the variance in QoL-physical (Table 5).

The whole model explained 66.03% of the variance in the QoL-psychological domain, 54.17% in the domain of the QoL-social relations, and 69.74% in the QoL-environment domain (Table 5). Functional outcome (Block II) significantly explained the variances in those three models. Social support (Block III) significantly explained 12.89% of the variance in the QoL-psychological domain, 7.48% in QoL-social relations domain, and 8.93% in QoL-environment domain ($ps < .05$).

Among the five hierarchical multiple regression analysis models, functional outcome provided the significant change in R^2 , especially in the physical and psychological domains (38.49% and 15.85%). However, R^2 change of social support in the psychological domain provided the greatest contribution to patient's QoL variance (12.89%).

In the overall results of hierarchical multiple regression analyses (Table 5), functional outcome had the highest effect on the physical domain of QoL ($\beta = .70, p < .05$), followed by sufficient income level ($\beta = .23, p < .05$) and emotional support ($\beta = .22, p < .05$). The

psychosocial domain of QoL was most influenced by functional outcome ($\beta = .53, p < .05$), followed by sufficient income level, emotional support and functional support ($\beta = 0.32, 0.26$ and 0.19 respectively with $ps < .05$). For the social relations domain, sufficient income level was the strongest predictor, followed by being married and living with their spouse, functional outcome and emotional support. Similarly, income level had the highest effect on patients' QoL in the environment domain. Moreover, emotional support, informational support and financial support significantly impacted the environmental domain of the patient's QoL ($ps < .05$). Duration of stroke showed a negative effect on the social relations and environment QoL domains. In conclusion, functional outcome and social support clearly affect a patient's QoL in all domains when all included factors are controlled (Table 5).

Discussion

QoL is a complex concept of physical, mental and social well-being, embedded in the context of culture, environment, and

Table 4. Hierarchical multiple regression analysis of factors associated with total quality of life ($n = 358$)

Independent variables	Total QoL		
	β	β	β
Block I. Individual factors			
Constant			
Male/female [§]	<0.01	-0.04	-0.03
Age	-0.02	0.08*	0.01
Education level (0-4)	0.02	-0.01	0.01
Married and living with spouse/other status [§]	0.30*	0.29*	0.13*
Currently working/not working [§]	0.16*	0.08*	0.10*
Sufficient income level (0-2)	0.53*	0.57*	0.41*
Duration of stroke (1-5)	0.04	-0.8	-0.04
High comorbidity (CCI \geq 2)/low (CCI <2) [§]	0.001	-0.01	0.01
Block II. Functional outcome			
Functional outcome (BI 0-100)		0.45*	0.48*
Block III. Social support			
Emotional support (5-25)			0.26*
Informational support (4-20)			0.06
Functional support (4-20)			0.09
Financial support (3-15)			0.06
Explained variance (R^2)	49.13%*	64.19%*	73.69%*
Change of variance (R^2 change)		15.05%*	9.51%*

Note: β = standardized regression coefficients; BI = Barthel Index; CCI = Charlson Comorbidity Index; [§]References; * p value < .05.

value systems (World Health Organization, 1996). Stroke can result in neurological impairments affecting QoL at some levels; for example, basic performance of daily or community activities (Chou, 2015; Kwok et al., 2006; Rachpukdee et al., 2013). This study revealed a good internal consistency for the overall WHOQOL-BREF (Cronbach's alpha at .930) so it can be concluded that this instrument was a suitable tool to provide reliable QoL data in this specific stroke population. This study revealed how the presence of stroke suppressed the QoL of patients as well as factors affecting QoL domains. Having a stroke lowered QoL of affected individuals in all domains, especially physical and psychological health; this matches previous findings in Thailand and other countries (Chou, 2015; Kwok et al., 2006; Lima, Santos, Sawada, & de Lima, 2014; Pan, Song, Lee, & Kwok, 2008; Rachpukdee et al., 2013; Singhpoo et al., 2012). The physical effects of stroke are obvious, but the psychological effects are not always viable. A previous cohort study indicated that prestroke hospitalization was significantly related to severe mental illness (Lilly, Culpepper, Stuart, & Steinwachs, 2017). The current study clearly demonstrated low psychological scores among patients with stroke.

The advanced tertiary hospital chosen in this study is a government hospital that takes care of patients from every health coverage level, including patients under the free universal healthcare scheme or Social Security Scheme, state enterprise employees, and those with private insurance or who were self-paying. This range meant we could describe the economic status of respondents and control its effect using hierarchical multiple regression analysis.

An understanding of the factors associated with QoL of patients after stroke is beneficial when preparing a targeted plan to improve the QoL of stroke survivors and reduce the negative consequences of stroke. In this study, the mean scores for total and specific QoL domains were increased for individuals who were married and living with their spouse; implying that stroke individuals in this study who received support from their spouse had better QoL. Moreover, married patients showed the greatest number of social relations. This study is consistent with the findings of another study among stroke survivors in Thailand that found that single or widowed stroke survivors had a 4.14 higher risk of unsatisfactory QoL compared with those who were in a couple (Rachpukdee et al., 2013). Working status was found to be a significant predictor of total QoL. This could be explained by the fact that individuals who were still able to work after stroke usually had good functioning outcome and experienced less stress. This finding confirmed the findings of a related study that found that patients who were unemployed after stroke were 10 times more likely to have an unsatisfactory QoL in every domain compared to those who were still working (Rachpukdee et al., 2013). Sufficiency of family income was a significant predictor on QoL, especially regarding the environmental domain. The higher the income patients had, the better the QoL they reported. This finding was consistent with a hospital-based study in Thailand where household incomes were significantly associated with every domain of QoL using the SF-36 measure (Singhpool et al., 2012).

The QoL scores among stroke respondents were lower when patients had a poorer functional outcome, which is consistent with the findings from previous studies (Chou, 2015; Haacke et al., 2006; Khalid et al., 2016; Rachpukdee et al., 2013), and present functional outcome in terms of basic daily activities was found to be a predictor of QoL as a whole. This information can be used to support rehabilitation programs after stroke and to spur patients and families' efforts towards following the rehabilitation plan. With greater efforts put towards rehabilitation, individuals with stroke would have a greater opportunity to gain more fully functional abilities and this can result in a better QoL.

After controlling for individual factors and functional outcomes, the effect of social support, covering the four dimensions – emotional, information, functional, and financial support – was identified. Emotional support was found to be a significant predictor of higher total QoL scores and all its domains. This result is corroborated by a previous study that reported that emotional support influenced QoL among patients with stroke (Jaracz & Kozubski, 2003). These results show that it is particularly important that stroke victims feel supported as this appears to increase QoL. Strengthening emotional support is suggested to be one of the decisive factors in improving quality of life of stroke patients, along with an effective rehabilitation program. To be more specific, with the stressful situation due to disability, a rehabilitation program or intervention for stroke survivors, including appropriate emotional support from the patient's network, is recommended. This result confirmed the finding of a previous study (Helgeson, 2003).

Moreover, the present study revealed that functional support was significantly associated with psychological and social relations QoL domains. A previous study assessing the QoL of stroke patients using the WHOQOL-BREF questionnaire also reported that patients who had caregivers had higher scores of psychological and social relations than those without caregivers (Lima et al., 2014). Emotional and functional support were found to be the strongest predictors of psychological health in this study and should be used in promoting the recovery process and preventing

Table 5. Hierarchical multiple regression analysis of factors associated with quality of life domains ($n = 358$)

Independent variables	QoL-Physical			QoL-Psychological			QoL-Social relations			QoL-Environment		
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Block I. Individual factors												
Constant												
Male/female [§]	0.13*	0.05	0.08*	0.01	-0.04	-0.06	-0.07	-0.10*	-0.09*	-0.05	-0.07*	-0.03
Age	-0.12*	0.03	<0.01	0.03	1.31*	0.04	-0.01	0.04	-0.01	0.03	0.06	0.01
Education level (0-4)	-0.01	-0.04	-0.03	-0.01	-0.03	-0.02	0.03	0.03	0.04	0.04	0.04	0.05
Married and living with spouse/other status [§]	0.18*	0.17*	0.07*	0.27*	0.25*	0.08*	0.39*	0.39*	0.26*	0.20*	0.19*	0.05
Currently working/not working [§]	0.21*	0.08*	0.08*	0.14*	0.06	0.08*	0.09	0.05	0.06	0.12*	0.08*	0.10*
Sufficient income level (0-2)	0.25*	0.31*	0.23*	0.46*	0.50*	0.32*	0.47*	0.49*	0.34*	0.68*	0.69*	0.54*
Duration of stroke (1-5)	0.21*	0.01	0.03	0.08	-0.04	<0.01	-0.08	-0.13*	-0.10*	-0.09*	-0.13*	-0.10*
High comorbidity (CCI ≥ 2)/low (CCI < 2) [§]	0.02	-0.01	<0.01	-0.02	-0.03	<0.01	-0.01	-0.01	0.01	<0.01	-0.01	0.03
Block II. Functional outcome												
Functional outcome (BI 0-100)		0.71*	0.70*		0.46*	0.53*		0.19*	0.23*		0.17*	0.20*
Block III. Social support												
Emotional support (5-25)			0.22*			0.26*			0.20*			0.22*
Informational support (4-20)			-0.02			0.03			0.08			0.11*
Functional support (4-20)			-0.01			0.19*			0.10*			0.03
Financial support (3-15)			0.01			0.08			0.03			0.09*
Explained variance (R^2)	32.22%*	70.70%*	73.59%*	37.30%*	53.15%*	66.03%*	43.98%*	46.69%*	54.17%*	58.64%*	60.82%*	69.74%*
Change of variance (R^2 change)		38.49%*	2.89%*		15.85%*	12.89%*		2.71%*	7.48%*		2.18%*	8.93%*

Note: β = standardized regression coefficients; BI = Barthel Index; CCI = Charlson Comorbidity Index; [§]References; * p value < .05.

stroke patients from avoidable complications. The traditional concept of social support (House, 1981) states that informational support and instrumental support (including money) are important for individuals to handle problems. However, only the environment domain was found to be significantly affected by the informational and financial support in this study. The results of this study showed the QoL of patients with stroke in the city who received advanced medical care for stroke might have better health outcomes than those who received less comprehensive health care, especially in rural communities. The socioeconomic status of this study population was moderately good; respondents in this study had a higher level of education and income compared to patients in other Thai studies (Rachpukdee et al., 2013; Singhpoo et al., 2012; Wannasiri, Pharm, & Kapol, 2010). After controlling such a good socioeconomic background, the effects of functional status and social support on QoL were obvious. Therefore, we can be certain that promoting functional outcome and social support were important factors to increase QoL of stroke-affected individuals. More short-term rehabilitation programs should be provided in hospitals. Apart from improving patients' functional ability, it prepares the patients and their family members for taking care of themselves and their loved ones when they get discharged from the hospital. Policy makers should provide rehabilitation programs, equipment, and places in the community where patients can promote their health for the long term, especially for those who are not married or living with a spouse or not currently working. Moreover, social support should be promoted along with these recovering programs since both functional outcome and social support had a positive effect on QoL.

Strengths and limitations

This study recruited consecutive patients who attended both inpatient and outpatient neurological clinics over a six-month period; this means the collected data covered various types of patients with stroke. This variety meant we were able to demonstrate the effect of each variable on the outcome more accurately. Another strength of the study was that we used standardized and validated tools already found to be acceptably reliable for this specific population (Lima et al., 2014; Pan et al., 2008). This study confirmed that the WHOQOL-BREF questionnaire is a psychometric instrument suitable for measuring QoL among stroke patients. Moreover, collecting data by interview gave us the opportunity to clarify questions or answers with respondents, so we could be assured that all responses correctly represented patients' perceptions. Further study should compare the results of WHOQOL-BREF with a stroke-specific, health-related QoL questionnaire to provide insight into the design of rehabilitation intervention.

Some limitations were noted in this study. Because this study employed a cross-sectional design, we were unable to assess changes in QoL relative to stroke occurrence; however, we did collect data at the time respondents reported suffering from stroke and controlled for its effect in the multivariate level of analysis. Data on QoL was lacking from patients with stroke who could not cognitively communicate. This study did not assess depression, which might affect stroke survivors' QoL (as seen in Wan-Fei et al., 2017). This study was conducted in a single advanced tertiary hospital in Bangkok, which emphasized QoL of stroke patients in an urban community. Future research is needed to explore factors in different healthcare settings that provide different stroke

management or resources, to gain more knowledge on QoL of stroke patients in urban area.

In conclusion, this study showed that patients with stroke had a moderate QoL. The study revealed the significant effects of functional outcome and social support on QoL. We found that functional outcome and social support significantly influenced all QoL domains of patients after stroke. Moreover, functional outcome positively affected the psychological domain of QoL similarly to the social relations domain of QoL. QoL-environment predictors included functional outcome, emotional support, informational support, and financial support when controlled for individual factors. We believe that the findings from this study would be beneficial when planning appropriate care or rehabilitation programs to improve the QoL of patients with stroke.

Acknowledgments. The authors gratefully acknowledge the patients with stroke who willingly provided information. We are grateful to all staff of the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University who contributed in every way, to complete this study.

Conflicts of interest. No potential conflicts of interest were reported by the authors.

Financial support. None.

References

- Balu S. (2009). Differences in psychometric properties, cut-off scores, and outcomes between the Barthel Index and Modified Rankin Scale in pharmacotherapy-based stroke trials: systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, **25**, 1329–1341.
- Caplan L.R. (2009). *Caplan's stroke* (4th ed.). Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Chou C.Y. (2015). Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, **24**, 655–662.
- Davis S., Lees K. and Donnan G. (2006). Treating the acute stroke patient as an emergency: current practices and future opportunities. *International Journal of Clinical Practice*, **60**, 399–407.
- Di Carlo A. (2009). Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing*, **38**, 4–5.
- Feigin V.L., Krishnamurthi R.V., Parmar P., Norrving B., Mensah G.A., Bennett D.A., ... Roth G.A. (2015a). Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990–2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*, **45**, 161–176.
- Feigin V.L., Mensah G.A., Norrving B., Murray C.J.L. and Roth G.A. (2015b). Atlas of the global burden of stroke (1990–2013): the GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*, **45**, 230–236.
- Feigin V.L., Roth G.A., Naghavi M., Parmar P., Krishnamurthi R., Chugh S., ... Forouzanfar M.H. (2016). Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*, **15**, 913–924.
- Goldstein L.B., Samsa G.P., Matchar D.B. and Horner R.D. (2004). Charlson index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. *Stroke*, **35**, 1941–1945.
- Gurcay E., Bal A. and Cakci A. (2009). Health-related quality of life in first-ever stroke patients. *Annals of Saudi Medicine*, **29**, 36–40.
- Haacke C., Althaus A., Spottke A., Siebert U., Back T. and Dodel R. (2006). Long-term outcome after stroke: evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*, **37**, 193–198.
- Hair J.F.J., Anderson R.E., Tatham R.L. and Black W.C. (1995). *Multivariate data analysis* (3rd ed.). New York: Macmillan.
- Helgeson V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, **12**, 25–31.
- House J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley Longman.
- Jaracz K., and Kozubski W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, **107**, 324–329.
- Jauch E.C., Saver J.L., Adams H.P., Bruno A., Connors J.J., Demaerschalk B.M., ... Yonas H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. *A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*, **44**, 870–947.
- Josephson S.A., Hills N.K. and Johnston S.C. (2006). NIH Stroke Scale reliability in ratings from a large sample of clinicians. *Cerebrovascular Diseases*, **22**, 389–395.
- Khalid W., Rozi S., Ali T.S., Azam I., Mullen M.T., Illyas S., ... Kamal A.K. (2016). Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC Neurology*, **16**, 250.
- Kim P., Warren S., Madill H. and Hadley M. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research*, **8**, 293–301.
- Krishnamurthi R.V., Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Mensah G.A., Connor M., Bennett D.A., ... Murray C. (2013). Global and regional burden of first-ever ischaemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet, Global Health*, **1**, e259–281.
- Kruithof W.J., van Mierlo M.L., Visser-Meily J.M., van Heugten C.M. and Post M.W. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life—A systematic review. *Patient Education and Counseling*, **93**, 169–176.
- Kwok T., Lo R.S., Wong E., Wai-Kwong T., Mok V. and Kai-Sing W. (2006). Quality of life of stroke survivors: A 1-year follow-up study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, **87**, 1177–1182.
- Lilly F.R., Culpepper J., Stuart M. and Steinwachs D. (2017). Stroke survivors with severe mental illness: Are they at-risk for increased non-psychiatric hospitalizations? *PLoS One*, **12**, e0182330.
- Lima M.L., Santos J.L.F., Sawada N.O. and de Lima L.A.P. (2014). Quality of life of individuals with stroke and their caregivers in a city of Triângulo Mineiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, **17**, 453–464.
- Mahoney F.I. and Barthel D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, **14**, 61–65.
- Mayo N.E., Scott S.C., Bayley M., Cheung A., Garland J., Jutai J. and Wood-Dauphinee S. (2015). Modeling health-related quality of life in people recovering from stroke. *Quality of Life Research*, **24**, 41–53.
- Pan J.H., Song X.Y., Lee S.Y. and Kwok T. (2008). Longitudinal analysis of quality of life for stroke survivors using latent curve models. *Stroke*, **39**, 2795–2802.
- Rachpukdee S., Howteerakul N., Suwannapong N. and Tang-aaronsin S. (2013). Quality of life of stroke survivors: A 3-month follow-up study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, **22**, e70–e78.
- Singhpoo K., Charentanyarak L., Ngamroop R., Hadee N., Chantachume W., Lekbunyasin O., ... Tiamkao S. (2012). Factors related to quality of life of stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, **21**, 776–781.
- Sturm J.W., Donnan G.A., Dewey H.M., Macdonell R.A., Gilligan A.K., Srikanth V. and Thrift A.G. (2004). Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, **35**, 2340–2345.
- Wan-Fei K., Hassan S.T.S., Sann L.M., Ismail S.I.F., Raman R.A. and Ibrahim F. (2017). Depression, anxiety and quality of life in stroke survivors and their family caregivers: A pilot study using an actor/partner interdependence model. *Electronic Physician*, **9**, 4924–4933.
- Wannasiri Y., Pharm B., and Kopol N. (2010). The health utility of stroke patients at Ratchaburi hospital. *Thai Journal of Medicine*, **29**, 95–103.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/63529>



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

		<p>2. Hubungan dukungan keluarga terhadap kemandirian klien dengan <i>Cerebrovascular accident / Stroke</i></p> <p>Masukan pembimbing: pembuatan judul ada Hubungan antara A dengan B</p> <p>Acc judul: Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian <i>Activity Daily Living</i> pasien pasca Stroke</p>		2.	15/11/2021	<p>Pengajuan Judul</p> <p>Saran Pembimbing :</p> <p>1. Acc Judul Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian <i>Activity Daily Living</i> pasien pasca Stroke</p> <p>2. Lanjutkan BAB I. Membuat ringkasan jurnal yang didapat</p>	
2.	19/11/2021	<p>Pengajuan BAB 1</p> <p>Saran Pembimbing :</p> <p>1. Tambahkan 1 alinea tentang dukungan keluarga ,masalah dan dampak pada dukungan keluarga</p> <p>2. Hilangkan kalimat peneliti tertarik untuk melakukan</p> <p>3. Pada bagian Tujuan Khusus hilangkan kalimat Jurnal ilmiah</p>		3.	22/11/2021	<p>Pengajuan BAB 1</p> <p>Saran pembimbing : ACC untuk dilanjutkan ke BAB II</p>	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

3.	23/11/2021	Pengajuan BAB I yg sdh direvisi Saran Pembimbing ACC BAB 1 bisa dilanjutkan ke BAB 2		4.	13/1/2022	Pengajuan BAB II Saran Pembimbing ACC BAB II bisa dilanjutkan ke BAB III	
4.	9/12/2021	Pengajuan BAB 2 Saran pembimbing ; 1.perhatikan tanda baca titik ,koma ,dll 2.perhatiakan penulisan huruf capital 3.Sitasi masih tdk menggunakan aplikasi 4.tahun sitasi tdk boleh melebihi 2016 5.buat bagan tentang dukungan keluarga (BAB 2) 6.buat bagan kemandirian ADL 7.tambahkan bagan hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian ADL		5.	16/01/2022	Pengajuan BAB 2 Saran pembimbing Setuju dgn pembimbing 1 ,bisa di lanjutkan ke BAB selanjutnya	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

5.	20/12/2021	Pengajuan BAB 2 yang sdh di revisi Saran Pembimbing : Buat kerangka konsep hubungan dukungan keluarga dengan ADL pasien pasca stroke berdasarkan bagan yg sdh ada tidak membuat kerangka sendiri lagi ,gabungkan kerangka konsep dukungan keluarga dengan bagan ADL		6.	26/03/2022	Pengajuan BAB 3 Saran Pembimbang : Perjelas proses eliminasi jurnal hingga di temukan 5 jurnal yg masuk dalam kriteria inklusi	
7.	12/01 /2022	Pengajuan BAB 2 bagan yang sdh di revisi Saran Pembimbing Buat bagan arah dari kiri ke kanan dgn besar kolom sama		7	10/4/2022	Pengajuan BAB 3 yang sdh di revisi Saran Pembimbing : Acc,bisa dilakukan untuk sempro	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

8.	12/01/2022	Pengajuan BAB 2 ,tentang revisi bagan konseptual teori Saran Pembimbing ACC untuk di lanjutkan ke BAB 3		8.	28/ 6/2022	Pengajuan revisi hasil SemPro Pada bagian kriteria Inklusi dan Eksklusi Saran Pembimbing 1.Dipersingkat point 1.Variabel dependen dan Independen tidak sesuai kriteria 2.Dilanjutkan ke BAB 5 dan segera persiapkan ke Sem,Has	
9	07/02/2022	Pengajuan BAB 3 Saran Pembimbing : Bagan di sesuaikan dengan bagan teori PRISMA (Preferred Reporting Item For Systematic Review)		9.	30/6/2022	Pengajuan BAB 4 Dan BAB 5 Saran Pembimbing Acc bisa segera maju SemHas	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

10	14/03/2022	<p>Pengajuan BAB 3 yang sudah di revisi</p> <p>Saran Pembimbing :</p> <ol style="list-style-type: none">1. pada pencarian artikel di bagan PRISMA dan table PEOS berikan penjelasan kriteria inklusi 1,2,dan inklusi 32. pada matrik lampiran Jurnal bagian judul kolom pada halaman selanjutnya tetap di berikan		10	3/9/2022	<p>Pengajuan Revisi Skripsi hasil SemHas</p> <p>Saran Pembimbing</p> <p>Di BAB 5 Pembahasan masih ada teori yang bahasanya terkait definisi ,jadi hindari definisi setelah ada data kemudian langsung didukung dengan teori kemudian dilanjutkan dg Opini</p>	
11	27/03/2022	<p>Pengajuan BAB 3 revisi bagan PRISMA dan table PEOS</p> <p>Saran Pembimbing :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penjelasan diberikan salah satu, jadi begitu diatas ada nomor, mk dibagian lain yg merujuk k nomor itu bisa kita hubungkan2. Pada table PEOS Ini masih ada catatan, bisa seminar dulu sambil nanti kita perbaiki		11	13/9/2022	<p>Pengajuan Revisi BAB 5</p> <p>Saran Pembimbing</p> <p>Acc .bisa segera bendel Skripsi</p>	



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail: info@stikesdrsoebandi.ac.id Website: <http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

12	11/4/2022	Pengajuan simpro Saran Pembimbing Acc untuk di lakukan sempro					
13	28/6/2022	Pengajuan revisi SemPro Saran Pembimbing Acc. Bisa dilanjut ke BAB Selanjutnya					
14	1/7/2022	Pengajuan BAB 4 dan BAB 5 Saran Pembimbing Pada penjelasan berikan Bahasa atau kalimat yg tidak pengulangan pada bagian table					
15	29/7/2022	Pengajuan Revisi BAB 4 dan BAB 5 Saran Pembimbing Acc, Bisa menyiapkan untuk SemHas					



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

16	3/9/2022	Pengajuan Revisi SemHas Saran Pembimbing Acc ,Untuk BAB 4 ,5 bisa bendel Skripsi					
----	----------	--	--	--	--	--	--



UNIVERSITAS dr. SOEBANDI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS

Jl. Dr. Soebandi No. 99 Jember, Telp/Fax. (0331) 483536,

E_mail:info@stikesdrsoebandi.ac.id Website:<http://www.stikesdrsoebandi.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI

UNIVERSITAS dr. SOEBANDI JEMBER

Nama Mahasiswa : Ervien Mardijati

NIM 20010182

Judul Skripsi : Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* pasien pasca Stroke

Pembimbing 1 : Dr. Nikmatur Rohmah, S.Kep., Ns., M.Kes.

Pembimbing 2 : Ns.Anita Fatarona, S.Kep., M.Kep.

Pembimbing I				Pembimbing II			
No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan & Masukan Pembimbing	TTD DPU	No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan & Masukan Pembimbing	TTD DPA
1.	13/11/2021	Konsultasi judul: 1.Dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pada pasien <i>Cerebrovascular accident / Stroke</i>		1.	05/11/2021	Konsul Tema/Topik Judul : Saran Pembimbing : Mencari jurnal Nasional + Internasional ,artikel topik yang diangkat	