HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM *ACTIVITY DAILY LIVING* PADA PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK SYARAF RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG

(Skripsi)

Oleh
INTAN FAJAR NINGTIYAS

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
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

Oleh
INTAN FAJAR NINGTIYAS

(Skripsi)

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN

Pada

Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2017

ABSTRACT

FAMILY SUPPORT CORRELATION WITH THE INDEPENDENCE OF ACTIVITY DAILY LIVING IN POST-STROKE PATIENTS IN NEURAL POLYCLINIC OF DR. H. ABDUL MOELOEK HOSPITAL BANDAR LAMPUNG

By

Intan Fajar Ningtiyas

Background: 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 are to know correlation family support has a relationship with the activity level of independence in daily living in patients with post-stroke in neural polyclinic of Dr. H. Abdul Moeloek Hospital Bandar Lampung
Methods: This study design was a cross sectional. The study population consisted of post-stroke patients in neural polyclinic 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 α=0,05.
Results: 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.
Conclusion: There is correlation family support has a relationship with the activity level of independence in daily living in patients with post-stroke.

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

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN DALAM *ACTIVITY DAILY LIVING* PADA PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK SYARAF RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG

Oleh :

Intan Fajar Ningtiyas

Latar Belakang : 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 *activity daily living* (*ADL*) pada pasien pasca stroke di poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung

Metode : 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 independent penelitian ini adalah dukungan keluarga dan variabel dependent-nya adalah kemandirian dalam activity daily living. Analisis data menggunakan uji *Chi Square* dengan nilai α=0,05

Hasil : 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 .

Kesimpulan : Terdapat dukungan keluarga memiliki hubungan dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke.

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

Judul Skripsi	:	**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung**
Nama Mahasiswa	:	Intan Fajar Ningtiyas
Nomor Pokok Mahasiswa	:	1318011086
Program Studi	:	Pendidikan Dokter
Fakultas	:	Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisis Pembimbing

dr. Diana Mayasari, S. Ked., M. K. K.
NIP 198409262009122002

dr. Mukhlis Imanto, S. Ked., M. Kes., Sp. THT.
NIP 197802272003121001

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp. PA.
NIP 197012082001121001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

   Ketua : **dr. Diana Mayasari, S. Ked., M. K. K.**

   Sekretaris : **dr. Mukhlis Imanto, S. Ked., M. Kes., Sp. THT.**

   Penguji
   Bukan Pembimbing : **dr. TA Larasati, S. Ked., M. Kes.**

2. Dekan Fakultas Kedokteran

Dr. dr. Muhartono, S.Ked., M.Kes., Sp. PA.
NIP 197012082001121001

Tanggal Lulus UjianSkripsi : 1 Febuari 2017

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul "**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung**" adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut plagiarism.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, Januari 2017

Pembuat pernyataan,

Intan Fajar Ningtiyas

NPM 1318011086

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirlan di Metro pada tanggal 18 November 1995, merupakan anak kedua dari Bambang Irawan dan Kustantinah.

Pendidikan Taman Kanak-Kanak (TK) diselesaikan di TK Perwanida Metro pada tahun 2001, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan di SD Muhammadiyah Metro pada tahun 2007, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan di SMP Negeri 1 Metro pada tahun 2010, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan di SMA Negeri 1 Metro pada tahun 2013.

Pada tahun 2013, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Selama menjadi mahasiswa penulis pernah aktif pada organisasi PMPATD PAKIS Rescue Team.

SANWACANA

Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan hidayah-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad S.A.W.

Skripsi dengan judul "*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung"* adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Hasriadi Mat Akin, M.P., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Dr. dr. Muhartono, M. Kes, Sp. PA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
3. dr. Diana Mayasari, M. K. K, selaku Pembimbing Utama yang selalu bersedia meluangkan waktu dan kesediaannya untuk memberikan bimbingan, kritik, saran serta nasihat yang bermanfaat dalam proses penyelesaian skripsi ini

4. dr. Mukhlis Imanto, M. Kes, Sp. THT., selaku Pembimbing Kedua atas kesediannya untuk menyempatkan waktu memberikan bimbingan, saran dan kritik selama proses skripsi ini
5. dr. TA Larasati, M. Kes., selaku Penguji Utama pada ujian skripsi untuk masukan dan saran-saran yang diberikan selama proses skripsi ini
6. Soraya Rahmannisa, M. Biomed., selaku Pembimbing Akademik atas bimbingannya selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
7. Ayahanda tercinta, Bambang Irawan yang selalu memberikan doa dan semangat dalam menjalani pendidikan Kedokteran serta selalu mengingatkanku untuk selalu dekat dengan Allah SWT. Semoga Allah selalu memberikan kesehatan dan lindungan kepada ayahanda;
8. Ibunda tersayang, Kustatinah, terimakasih atas doa, kasih sayang, nasihat serta bimbingan yang tidak pernah berhenti diberikan untukku, serta selalu mengingatkanku untuk selalu mengingat Allah SWT. Semoga Allah SWT selalu melindungi ibunda dan menjadikan ladang pahala;
9. Kakak saya Uri Arta Ramadhani yang selalu memberikan doa, memotivasi dan semangat.
10. Direktur Utama RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung yang membantu dalam penelitian ini.
11. Dokter-dokter dan perawat di Poliklinik Syaraf Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung yang membantu dalam penelitian ini

12. Seluruh Staf Dosen FK Unila atas ilmu dan pengalaman berharga yang telah diberikan kepada penulis untuk menambah wawasan yang menjadi landasan untuk mencapai cita-cita.
13. Seluruh Staf Akademik, TU, dan Administrasi FK Unila, serta pegawai yang turut membantu dalam proses penelitian skripsi ini.
14. Keluarga besar dari kedua orangtua saya yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat untuk menggapai cita-cita.
15. Sahabat-sahabat saya sejak masuk kuliah yang sudah saya anggap seperti saudara saya, NuruliaAstri, Rienda Monica Novyana ,Ummi Rahmatinnur.
16. Machfudz Hadi Sapurta yang selalu memberikan motivasi dan semangat serta do'a, yang selalu mengingatkan ketika saya malas dan melakukan kesalahan.
17. Sahabat-sahabat saya yang tinggal satu atap Tiffany Putri Alamanda, Indah Iswara, Tara Aulianova, Noviyanti Choirunnisa Hasibuan, dan SeftiaVarera Nanda.
18. Sahabat-sahabat SMA saya Puji Kurnia Ningsih, Inge Nolia, Harizatul Fikriyah, Nuzulut Fiana, Rizqa Rahim, Anissa Ermasari, Ifa Arniliansyah, Aisyah, Refina Oktafiani, Irma.
19. Teman-teman KKN selama dua bulan yang masih menemani saya hingga sekarang: Machfudz H.S., Handicky, Ade, Cindy Tania, Heni Puspita Sari, Dini Ambarwaty.
20. Sahabat-sahabat angkatan 2013 yang tidak bisa disebutkan satu persatu. Terimakasih atas kebersamaan dan kerjasama dalam mengemban ilmu.
21. Kakak-kakak dan adik-adik tingkat saya (angkatan 2002-2016) yang sudah memberikan semangat kebersamaan dalam satu kedokteran.

Akhir kata, Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Akan tetapi, sedikit harapan semoga skripsi yang sederhana ini dapat berguna dan bermanfaat bagi kita semua. Aamiin.

Bandar Lampung, Januari 2017

Penulis

Intan Fajar Ningtiyas

DAFTAR ISI

Halaman

DAFTAR TABEL viii

DAFTAR GAMBAR..... ix

DAFTAR LAMPIRAN x

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang..... 1

1.2. Rumusan Masalah..... 5

1.3. Tujuan Penelitian..... 5

1.4. Manfaat Penelitian..... 6

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stroke..... 7

2.1.1 Pengertian Stroke..... 7

2.1.2 Penyebab Stroke 7

2.1.3 Patofisiologi Stroke 8

2.1.4 Faktor Resiko Stroke 9

2.1.5 Tanda dan Gejala Stroke..... 12

2.1.6 Tatalaksana Stroke..... 14

2.2. Kemandirian dalam *Activity Daily Living* 20

2.2.1 Pengertian Kemandirian *Activity Daily Living*..... 20

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living* 21

2.2.3 Cara Mengukur Kemandirian *Activity Daily Living* 24
2.3 Dukungan Keluarga 28
2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga 28
2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga 29
2.3.3 Pengukuran Dukungan Keluarga 30
2.3.4 Sumber Dukungan Keluarga 31
2.3.5 Manfaat Dukunga Keluarga 31
2.3 6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat *ADL* 31
2.4. Kerangka Teori 33
2.5. Kerangka Konsep 34
2.6. Hipotesis 34

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian 35
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian 35
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian 35
3.3.1 Populasi 35
3.3.2 Sampel 36
3.4. Identifikasi Variabel 37
3.5. Metode Pengumpulan Data 38
3.6. Definisi Operasional 38
3.7. Alur Penelitian 39
3.8. Alat dan Cara Penelitian 40
3.8.1 Alat Penelitian 40
3.8.2 Cara Penelitian 42
3.9. Pengolahan dan Analisis Data 42

3.9.1 Pengolahan Data 42
3.9.2 Analisis Data 43

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil 45
4.1.1 Karaketeristik Responden 46
4.1.2 Dukungan Keluarga 47
4.1.3 Tingkat Kemandirian dalam *ADL* 47
4.1.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat *ADL* 48
4.2 Pembahasan 49
4.2.1 Analisis Univariat 49
4.2.2 Analisis Bivariat 58

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan 62
5.2 Saran 63

DAFTAR PUSTAKA 64

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel Halaman

Tabel 1. Definisi Operasional 38

Tabel 2. Karakteristik Responden 46

Tabel 3. Dukungan Keluarga 47

Tabel 4. Tingkat Kemandirian 48

Tabel 5. Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kemandirian 49

DAFTAR GAMBAR

Gambar Halaman

Gambar 1. Kerangka Teori 33

Gambar 2. Kerangka Konsep..... 34

Gambar 3. Alur Penelitian 39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

Lampiran 3. Kuesioner Sosiodemografi

Lampiran 4. Kuesioner Dukungan Keluarga (PSS-fa)

Lampiran 5. Kuesioner Tingkat Kemandirian (Index Barthel)

Lampiran 6. Pengolahan Data Statistik

Lampiran 7. Foto Kegiatan

Lampiran 8. Surat Izin Penelitian

Lampiran 9. Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Penelitian

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia (Kaul dan Munshi, 2012). Sekitar 42,2 kematian per 100.000 penduduk akibat stroke pada tahun 2007 (NCHS, 2010). 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 (Junaedi dan Iskandar, 2007). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 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% (Riskesdas, 2007). Menurut Yayasan Stroke Indonesia dalam dasawardsa terakhir terdapat kecenderung meningkatnya penderita stroke di Indonesia , bahkan menurut survey tahun 2004, stroke menyerang 12,9% pada usia yang lebih muda dan 35,8% pasien usia lanjut.

Ketidakmampuan fisik, emosi, dan kehidupan sosial pasien stroke tentu saja mempengaruhi peranan sosialnya. Hal tersebut memberikan pengaruh yang

besar terhadap kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke (Astrom dan Asplund, 2005). Dalam penelitian Wyller et al (1998) dilaporkan bahwa pasien stroke mempunyai kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih rendah jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien stroke menjadi umum dilakukan dengan adanya pengakuan bahwa evaluasi perawatan pasien stroke harus meliputi kualitas sekaligus kuantitas dari kelangsungan hidup pasien.

Suwantara (2004) menyatakan, kira-kira 30% penderita stroke menunjukkan gangguan bicara, dan sekitar 15-25% mengalami gangguan memori yang mengakibatkan terganggunya pemenuhan aktivitas sehari-hari pada pasien tersebut. Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, hal yang perlu dipertimbangkan oleh keluarga adalah tingkat kemandirian atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari (AKS) atau *Activity Daily Living (ADL) (*Mulyatsih, 2008). 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 (Smeltzer dan Bare, 2002).

Hal ini di dukung oleh penelitian Haqhqoo *et al*, (2013) menemukan sekitar 65,5% penderita stroke mengalami ketergantungan dan membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupannya sehari-hari (AKS). Semakin lanjut usia, akan mengalami kemunduran terutama di bidang kemampuan fisik sehinggga mengakibatkan timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan sehari-harinya yang berakibat dapat meningkatkan ketergantungan terhadap bantuan orang lain (Nugroho, 2008). Sekitar 22,7% penderita stroke tergantung pada pasangan atau perawatnya dalam melakukan perawatan diri (Alaszewski, 2003).

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. Dalam hal ini fungsi psikososial meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada interpersonal contohnya akibat ketidakstabilan emosi dapat mengganggu tanggung jawab keluarga dan pekerjaan, sedangkan gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity daily living* (Hardywinoto, 2007).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat sakit) anggota keluarga. Dukungan keluarga merupakan sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh

dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Setiadi, 2008). Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk hubungan interpersonal yang diberikan oleh keluarga kepada pasien berupa perhatian (perasaan suka, cinta dan empati), bantuan instrumental (barang, jasa), informasi dan penilaian (informasi yang berhubungan dengan *self evaluation*) (Niven, 2000).

Penelitian Sit, Wong, Clinton, Li dan Fong. (2004) tentang dampak *social support* pada kesehatan pasien stroke di rumah oleh *family care giver* didapatkan bahwa *family care giver* yang baik pada pasien pasca stroke dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari *(Activity Of Daily Living = ADL)* secara mandiri dan menjadi lebih baik dengan dukungan dan *social support* dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikososial pasien pasca stroke.

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% (Riskesdas, 2013). 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.

Melihat dampak dari stroke dan peran keluarga terhadap kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke peneliti tertarik untuk

mengetahui apakah terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah: Apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasca stroke di Poliklinik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum:

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

1.3.2 Tujuan Khusus:

1. Mengetahui gambaran sosiodemografi pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
2. Mengetahui gambaran dukungan keluarga pada pasien pasca stroke Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
3. Mengetahui tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

4. Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

1.4 Manfaat

1. Manfaat Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan mengenai pentingnya dukungan sosial keluarga terhadap kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke serta menambah pengalaman dalam hal penulisan.

2. Manfaat bagi Keluarga

Memberikan pemahaman tentang dukungan-dukungan yang perlu diberikan kepada keluarga dan pasien pasca stroke agar mereka dapat menikmati produktivitasnya kehidupannya dalam beraktivitas sehari-hari.

3. Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan

Menambah wawasan tentang dukungan keluarga terhadap kemandirian lansia dalam beraktivitas sehari-hari dan sebagai sumber referensi bagi peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Pengertian Stroke

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 (Mansjoer, 2000). Sedangkan menurut WHO (2002) stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh yang berlangsung dengan cepat. Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah defisit neurologis yang timbul secara mendadak dan berlangsung 24 jam atau lebih yang dapat mengakibatkan hilangnya fungsi otak bahkan kematian.

2.1.2 Penyebab Stroke

Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari:

a. Trombosis Serebral

Trombosis terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya.

b. Hemoragi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk dalam perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi akibat adanya aterosklerosis dan hipertensi.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah hipertensi yang parah, henti jantung-paru, dan curah jantung yang turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Terdapat beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat seperti spasme arteri serebral yang disertai dengan subaraknoid dan vasokontriksi dari arteri cerebri disertai sakit kepala (migrain) (Mutaqin, 2008).

2.1.3 Patofisiologi

a. Stroke non hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus pun menjadi berkurang. Hal ini menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Sedangkan emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri

tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli (Bunner dan sudarth, 2002).

b. Stroke hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Akibat adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga dapat terjadi nekrosis jaringan otak (Brunner and Suddart, 2002).

2.1.4 Faktor Resiko Stroke

A. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat dilakukan intervensi, karena sudah merupakan karakteristik dari seseorang dari awal mula kehidupannya. Berikut ini merupakan faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi :

1) Umur

Umur merupakan faktor risiko *stroke*, dimana semakin meningkatnya umur seseorang, maka risiko untuk terkena *stroke* juga semakin meningkat. Menurut hasil penelitian pada *Framingham Study* menunjukkan risiko *stroke* meningkat sebesar 20 % pada usia 45-55 tahun, 32% pada usia 55-64 tahun, dan 83% pada kelompok umur 65-74 tahun (Wahjoepramono, 2005).

2) Jenis kelamin

Kejadian stroke lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan pada wanita. Akan tetapi, karena usia harapan hidup wanita lebih tinggi daripada laki-laki, maka tidak jarang pada studi-studi tentang stroke didapatkan pasien wanita pun cukup banyak.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat pada keluarga yang pernah mengalami serangan stroke menjadi faktor risiko untuk mengalami serangan stroke juga. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor , diantaranya faktor genetik, pengaruh budaya, dan gaya hidup dalam keluarga, interaksi antara genetik dan pengaruh lingkungan (Wahjoepramono, 2005).

4) Ras

Orang kulit hitam, seperti di Hispanik Amerika, Cina, dan Jepang memiliki insiden stroke yang lebih tinggi dibandingkan

dengan orang kulit putih (Wahjoepramono, 2005). Di Indonesia, seperti pada suku Batak dan Padang lebih rentan terserang stroke dibandingkan dengan suku Jawa. Hal ini dikarenakan pola dan jenis makanan yang lebih banyak mengandung kolesterol pada daerah tersebut (Depkes, 2007).

B. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi :

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah faktor-faktor yang masih dapat diubah atau diperbaiki untuk mencegah dari serangan stroke. Beberapa faktor yang masih dapat dimodifikasi adalah :

1) Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak juga akan terganggu dan dapat mengakibatkan sel-sel otak akan mengalami kematian .

2) Diabetes Mellitus

Menebalnya pembuluh darah otak pada penderita Diabetes mellitus akan menyempitkan diameter pembuluh darah yang akan menggangu kelancaran aliran darah ke otak, pada akhirnya akan menyebabkan kematian sel- sel otak.

3) Penyakit Jantung

Beberapa penyakit jantung berpotensi menimbulkan stroke dikemudian hari seperti penyakit jantung reumatik, penyakit jantung koroner dengan infark dan gangguan irama denyut janung. Faktor resiko ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepaskan sel- sel atau jaringan- jaringan yang telah mati ke aliran darah.

4) Transient Ischemic Attack (TIA)

TIA dapat terjadi beberapa kali dalam 24 jam atau terjadi berkali-kali dalam seminggu. Makin sering seseorang mengalami TIA maka kemungkinan untuk mengalami stroke semakin besar (Suhardjo, 2008).

2.1.5 Gejala dan Tanda *Stroke*

Stroke biasanya terjadi secara mendadak dan sangat cepat. Pada saat ini pasien membutuhkan pertolongan dan sesegera mungkin dibawa ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan penangan yang tepat. Pada saat terjadi serangan *stroke*, pasien akan memperlihatkan gejala dan tanda-tanda. Gejala dan tanda yang sering dijumpai pada penderita dengan stroke akut adalah (Junaidi, 2004) :

1. Adanya serangan defisit neurologis atau kelumpuhan fokal, seperti : hemiparesis (lumpuh sebelah badan yang kanan atau yang kiri saja)
2. Mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, atau terbakar

3. Mulut atau lidah mencong jika diluruskan
4. Sukar bicara atau bicara tidak lancar dan tidak jelas
5. Tidak memahami pembicaraan orang lain
6. Kesulitan mendengar, melihat, menelan, berjalan, menulis, membaca, serta tidak memahami tulisan
7. Kognitif menurun dan sering mengalami vertigo (pusing atau sakit kepala)
8. Menjadi pelupa atau demensia
9. Penglihatan terganggu, sebagian lapanagan pandangan tidak terlihat, gangguan pandangan tanpa rasa nyeri, penglihatan gelap atau ganda sesaat (hemianopsia)
10. Tuli satu telinga atau pendengaran berkurang
11. Emosi tidak stabil, seperti mudah menangis dan tertawa
12. Kelopak mata sulit dibuka dan selalu ingin tertidur
13. Gerakan tidak terkoordinasi, seperti : kehilangan keseimbangan
14. Biasanya diawali dengan *Transient Ischemic Attack (TIA)* atau serangan stroke sementara
15. Gangguan kesadaran, seperti pingsan bahkan sampai koma.

2.1.6 Tatalaksana

Penatalaksanaan pasien stroke dibagi menjadi dua fase yaitu fase akut dan fase rehabilitasi.

a. Fase akut

Pada fase ini kondisi hemodinamik pasien belum stabil, umumnya dalam perawatan di rumah sakit, bisa di ruang rawat biasa ataupun di unit stroke. Dibandingkan dengan perawatan di ruang rawat biasa, pasien yang di rawat di unit stroke memberikan *outcome* yang lebih baik. Pasien menjadi lebih mandiri, lebih mudah kembali dalam kehidupan sosialnya di masyarakat dan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik. Fase akut stroke biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Pasien yang koma saat pada saat masuk dipertimbangkan mempunyai prognosis yang buruk. Sebaliknya pasien dengan kesadaran penuh masih memiliki prognosis yang baik. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang adekuat. (Brunner dan Suddarth, 2002).

b. Fase Rehabilitasi

Rehabilitasi stroke adalah program pemulihan pada kondisi stroke yang bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik dan kemampuan fungsional pasien stroke, sehinga mereka dapat mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sasaran utama pada fase ini adalah pasien dan keluarga pasien, rehabilitasi ini meliputi perbaikan mobilitas, menghindari nyeri bahu, menhindari pasien jatuh, pencapaian perawatan diri, perbaikan proses piker, pencapaian beberapa bentuk komunikasi, mendapatkan kontrol kandung kemih, pemeliharaan integritas kulit, perbaikan fungsi keluarga dan tidak adanya komplikasi (Bruner dan Suddarth, 2002). Pada fase rehabilitasi

ini pasien dapat dirawat di rumah sakit, di pusat rehabilitasi ataupun di rumahnya sendiri yang bergantung pada sejumlah faktor, termasuk status kesehatan, prognosis kelangsungan hidup dan ketergantungan pasien dalam perawatannya. Salah satu alat ukur tingkat ketergantungan pasien stroke yaitu melalui Indeks Barthel (IB) yang dirumuskan oleh Mahoney, F.I dan Barthel D.W untuk mengukur ketergantungan dalam *ADL* (Gallo, 1998).

Intervensi Rehabilitasi Medis pada Stroke

Secara umum rehabilitasi pada stroke dibedakan dalam beberapa fase. Pembagian ini dalam rehabilitasi medis dipakai sebagai acuan untuk menentukan tujuan (*goal*) dan jenis intervensi rehabilitasi yang akan diberikan, yaitu:

1. Stroke fase akut: 2 minggu pertama pasca serangan stroke
2. Stroke fase subakut: antara 2 minggu-6 bulan pasca stroke
3. Stroke fase kronis: diatas 6 bulan pasca stroke

Rehabilitasi Stroke Fase Akut

Pada fase ini kondisi hemodinamik pasien belum stabil, sehingga diperlukan stabilisasi hemodinamik. Dibandingkan dengan perawatan di ruang rawat biasa, pasien yang di rawat di unit stroke memberikan *outcome* yang lebih baik. Pasien menjadi lebih mandiri, lebih mudah kembali dalam kehidupan sosialnya di masyarakat dan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik.

Rehabilitasi Stroke Fase Subakut

Pada fase ini kondisi hemodinamik pasien umumnyasudah stabil dan diperbolehkan kembali ke rumah, kecuali bagi pasien yang memerlukan penanganan rehabilitasi yang intensif. Sebagian kecil (sekitar 10%) pasien pulang dengan gejala sisa yang sangat ringan, dan sebagian kecil lainnya (sekitar 10%) pasien pulang dengan gejala sisa yang sangat berat dan memerlukan perawatan orang lain sepenuhnya. Namun sekitar 80% pasien pulang dengan gejala sisa yang bervariasi beratnya dan sangat memerlukan intervensi rehabilitasi agar dapat kembali mencapai kemandirian yang optimal. Rehabilitasi pasien stroke fase subakut dan kronis mungkin dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer.

Pada fase subakut pasien diharapkan mulai kembali untuk belajar melakukan aktivitas dasar merawat diri dan berjalan. Dengan atau tanpa rehabilitasi, sistim saraf otak akan melakukan reorganisasi setelah stroke. Reorganisasi otak yang terbentuk tergantung sirkuit jaras otak yang paling sering digunakan atau tidak digunakan. Melalui rehabilitasi, reorganisasi otak yang terbentuk diarahkan agar mencapai kemampuan fungsional optimal yang dapat dicapaioleh pasien, melalui sirkuit yang memungkinkan gerak yang lebih terarah dengan

menggunakan energi/tenaga se-efisien mungkin. Hal tersebut dapat tercapai melalui terapi latihan yang terstruktur, dengan pengulangan secara kontinyu serta mempertimbangkan kinesiologi dan biomekanik gerak. Prinsip-prinsip rehabilitasi stroke:

1. Bergerak merupakan obat yang paling mujarab. Bila anggota gerak sisi yang terkena terlalu lemah untuk mampu bergerak sendiri, anjurkan pasien untuk bergerak/ beraktivitas menggunakan sisi yang sehat, namun sedapat mungkin juga mengikutsertakan sisi yang sakit. Pasien dan keluarga seringkali beranggapan salah, mengharapkan sirkuit baru di otak akan terbentuk dengan sendirinya dan pasien secara otomatis bisa bergerak kembali. Sebenarnya sirkuit hanya akan terbentuk bilamada “kebutuhan” akan gerak tersebut. Bila ekstremitas yang sakit tidak pernah digerakkan sama sekali, presentasinya di otak akan mengecil dan terlupakan.
2. Terapi latihan gerak yang diberikan sebaiknya adalah gerak fungsional daripada gerak tanpa ada tujuantertentu. Gerak fungsional misalnya gerakan meraih, memegang dan membawa gelas ke mulut. Gerak fungsional mengikutsertakan dan mengaktifkan bagian-bagian dari otak, baik area lesi maupun area otak normal lainnya, menstimulasi sirkuit baru yang dibutuhkan. Melatih gerak seperti menekuk dan meluruskan (fleksiekstensi) siku lengan yang lemah menstimulasi area lesi saja. Apabila akhirnya lengan tersebut bergerak, tidak begitu saja bisa digunakan

untuk gerak fungsional, namun tetap memerlukan terapi latihan agar terbentuk sirkuit yang baru.

3. Sedapat mungkin bantu dan arahkan pasien untuk melakukan gerak fungsional yang normal, jangan biarkan menggunakan gerak abnormal. Gerak normal artinya sama dengan gerak pada sisi sehat. Bila sisi yang terkena masih terlalu lemah, berikan bantuan "tenaga" secukupnya dimana pasien masih menggunakan ototnya secara "aktif". Bantuan yang berlebihan membuat pasien tidak menggunakan otot yang akan dilatih (otot bergerak pasif). Bantuan tenaga yang kurang menyebabkan pasien mengerahkan tenaga secara berlebihan dan mengikutsertakan otot-otot lain. Ini akan memperkuat gerakan ikutan ataupun pola sinergis yang memang sudah ada dan seharusnya dihindari. Besarnya bantuan "tenaga" yang diberikan harus disesuaikan dengan kemajuan pemulihan pasien.
4. Gerak fungsional dapat dilatih apabila stabilitas batang tubuh sudah tercapai, yaitu dalam posisi duduk dan berdiri. Stabilitas duduk dibedakan dalam stabilitas duduk statik dan dinamik. Stabilitas duduk statik tercapai apabila pasien telah mampu mempertahankan duduk tegak tidak bersandar tanpa berpegangan dalam kurun waktu tertentu tanpa jatuh atau miring ke salah satu sisi. Stabilitas duduk dinamik tercapai apabila pasien dapat mempertahankan posisi duduk sementara batang tubuh doyong ke arah depan, belakang, ke sisi kiri atau kanan dan atau dapat bertahan tanpa jatuh/miring ke

salah satu sisi sementara lengan meraih ke atas, bawah, atau samping untuk suatu aktivitas. Latihan stabilitas batang tubuh selanjutnya yaitu stabilitas berdiri statik dan dinamik. Hasil latihan ini memungkinkan pasien mampu melakukan aktivitas dalam posisi berdiri. Kemampuan optimal dicapai apabila pasien juga mampu melakukan aktivitas sambil berjalan.

5. Persiapkan pasien dalam kondisi prima untuk melakukan terapi latihan. Gerak fungsional yang dilatih akan memberikan hasil maksimal apabila pasien siap secara fisik dan mental. Secara fisik harus diperhatikan kelenturan otot-otot, lingkup gerak semua persendian tidak ada yang terbatas, dan tidak ada nyeri pada pergerakan. Secara mental pasien mempunyai motivasi dan pemahaman akan tujuan dan hasil yang akan dicapai dengan terapi latihan tersebut. Kondisi medis juga menjadi salah satu pertimbangan. Tekanan darah dan denyut nadi sebelum dan sesudah latihan perlu dimonitor. Lama latihan tergantung pada stamina pasien. Terapi latihan yang sebaiknya adalah latihan yang tidak sangat melelahkan, durasi tidak terlalu lama (umumnya sekitar 45-60 menit) namun dengan pengulangan sesering mungkin.
6. Hasil terapi latihan yang diharapkan akan optimal bila ditunjang oleh kemampuan fungsi kognitif, persepsi dan semua modalitas sensoris yang utuh. Rehabilitasi fisik dan rehabilitasi fungsi kognitif tidak dapat dipisahpisahkan. Mengembalikan kemampuan fisik seseorang harus melalui kemampuan kognitif, karena

rehabilitasi pada prinsipnya adalah suatu proses belajar, yaitu belajar untuk mampu kembali melakukan suatu aktivitas fungsional dengan segala keterbatasan yang ada.

2.2 Kemandirian dalam *Activity Daily Living (ADL)*

2.2.1 Pengertian Kemandirian dalam *Activity Daily Living (ADL)*

Kemandirian adalah kemampuan seseorang dalam menentukan keputusan dan mampu melaksanakan tugas hidup dengan penuh tanggung jawab tanpa tergantung oleh orang lain. Dalam kamus psikologi kemandirian berasal dari kata "independen" yang diartikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang tidak tergantung pada orang lain dalam menentukan keputusan dan adanya sikap percaya diri (Chaplin, 2002).

ADL merupakan keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki setiap orang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhannya dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat. Istilah *ADL* mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer dan bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto,2005). Terdapat beberapa macam – macam *ADL*, seperti :

1) *ADL* dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil, serta kemampuan mobilitas dalam kategori *ADL* dasar ini.
2) *ADL instrumental*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan (penggunaan alat-alat makan), menggunakan telefon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.
3) *ADL vokasional*, yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
4) *ADL non vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang (Sugiarto, 2005).

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living*

Menurut Hardywinoto (2007), kemauan dan kemampuan untuk melakukan *activity of daily living* tergantung pada beberapa faktor, yaitu:

a. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana seseorang tersebut bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Pada lansia yang telah memasuki usia 70 tahun (lansia resiko tinggi) biasanya akan mengalami penurunan dalam berbagai hal termasuk tingkat kemandirian dalam melakukan aktifitas sehari – hari (Maryam, 2008).

b. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan dalam *activity of daily living*, seperti sistem muskuloskeletal yang dikoordinasikan dengan sistem syaraf sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan atau motorik. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma dapat mengganggu pemenuhan seseorang dalam *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

c. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living.* Fungsi kognitif menunjukkan proses seseorang dalam menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental yamg buruk dapat memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

d. Fungsi Psikososial

Fungsi psikososial menunjukkan kemampuan seseorang dalam mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. 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 terhadap keluarga dan

pekerjaan. Sedangkan gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

e. Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Banyak faktor yang dapat menyebabkan timbulnya stress (stressor), dapat timbul dari dalam tubuh atau lingkungan yang mengakibatkan dapat terganggunya keseimbangan tubuh dan kualitas hidup sesorang. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti trauma atau psikologi seperti kehilangan.

f. Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan) dan membantu makhluk hidup dalam mengatur lingkungan fisik disekitarnya. Salah satu irama biologi yaitu irama sirkardian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaaan irama sirkardian dalam membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon.

g. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti halnya pada lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami apraksia tentunya

akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

h. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sosial tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu salah satunya adalah pemeliharan *Activity of Daily Living* (Pujiono, 2009).

2.2.3 Cara Mengukur Kemandirian dalam *Activity Daily Living*

Kemampuan dan ketidakmampuan dalam melakukan aktivas sehari-hari atau untuk mengukur tingkatkemandirian lansia dapat diukur dengan menggunakan indeks Katz, indeks Barthel, Lowton IADL, Kenny self-care dan indeks ADL. Lueckenotte (2000) menjabarkan untuk melihat tingkat kemandirian dalam aktivitas terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Indeks ADL Katz

   Indeks ADL didasarkan pada fungsi psikososial dan biologis dasar dan mencerminkan status kesehatan respon neurologis dan lokomotorik yang terorganisasi. Penilaian Indeks ADL Katz didasarkan pada tingkat kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas secara mandiri. Jadi suatu aktivitas akan diberi nilai jika aktivitas tersebut dapat dilakukan secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain (Lueckenotte, 2000).

Daftar faktor, sifat, dan keterampilan yang diukur melalui indeks *Katz* adalah mandi (*bathing*), buang air besar (*toileting*), buang air kecil (*continence*), berpakaian (*dressing*), bergerak (*transfer*), makan (*feeding*). Berdasarkan keenam aktivitas yang dinilai, pemeriksa dapat mengkategorikan pasien ke dalam kelompok: (1) KATZ A meliputi ketidaktergantungan dalam hal kontinen buang air besar/buang air kecil, makan , mengenakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah tempat ke tempat yang satu ke tempat yang lain, dan mandi, (2) KATZ B meliputi ketergantungan pada salah satu dari fungsi diatas, (3) KATZ C meliputi ketergantungan mandi dan salah satu dari fungsi di atas, (4) KATZ D meliputi ketergantungan mandi, berpakaian dan salah satu fungsi diatas, (5) KATZ E meliputi ketergantngan mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi diatas, (6) KATZ F meliputi ketergantungan makan, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi diatas, (7) KATZ G meliputi ketergantungan untuk semua fungsi di atas (Lueckenotte, 2000).

2. Indeks Barthel

Indeks Barthel adalah suatu alat yang cukup sederhana untuk menilai perawatan diri dan mengukur aktivitas harian seseorang yang berfungsi secara khusus dalam penerapan aktivitas sehari-hari dan mobilitas (Lueckenotte, 2000). Indeks Barthel terdiri dari 10 item, seperti transfer (tidur ke duduk, bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan kembali), mobiliasi (berjalan), penggunaan toilet (pergi ke

atau dari toilet), membersihkan diri, kemampuan buang air besar atau buang air kecil, mandi, berpakaian, makan, naik dan turun tangga (Lueckenotte, 2000).

Penilaian ini dapat digunakan untuk menentukan tingkat dasar dari fungsi dan dapat digunakan untuk memonitor perbaikan dalam aktivitas sehari-hari dari waktu ke waktu. Penilaian indeks Barthel berdasarkan pada tingkat bantuan orang lain dalam meningkatkan aktivitas sehari-hari meliputi sepuluh aktivitas (Lueckenotte, 2000).

Apabila seseorang mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri akan mendapatkan nilai 15 dan jika membutuhkan bantuan nilai 10 dan jika tidak mampu 5 untuk item masing-masing. Kemudian nilai dari setiap item akan dijumlah untuk mendapatkan skor total dengan skor maksimum 100. Namun nilai 5, 10, 15 cukup sering diganti dengan 1, 2 dan 3 dengan skor maksimum 20 (Lueckenotte, 2000).

3. Lowton IADL

Pengkajian aktivitas sehari-hari dengan indeks Lawton IADL menggunakan beberapa item penilaian, yaitu:

(1) Menggunakan telepon meliputi mengoperasikan telepon atas inisiatif sendiri mencari dan menghubungkan nomor telepon dan seterusnya, menghubungi beberapa nomor telepon yang telah dikenal dengan baik, menjawab telepon tetapi tidak menghubungi, tidak menggunakan telepon sama sekali

(2) Berbelanja meliputi mengurus semua keperluan belanja secara mandiri, berbelanja secara mandiri untuk pembelian yang kecil, perlu ditemani pada setiap kegiatan belanja, tidak mampu berbelanja sama sekali

(3) Persiapan makan meliputi merencanakan dan menyajikan makanan yang cukup secara mandiri, menyiapkan makanan yang adekuat jika bahan-bahan untuk membuatnya telah disediakan, memanaskan dan menyajikan makanan yang disiapkan, atau menyiapkan makanan tetapi tidak mempertahankan diet yang adekuat, memerlukan makanan yang telah disiapkan dan disajikan

(4) Memelihara rumah meliputi memelihara rumah sendiri atau kadang-kadang dengan bantuan (misalnya bantuan untuk pekerjaan rumah yang berat), melaksanakan tugas ringan sehari-hari seperti mencuci piring dan merapikan tempat tidur, melaksanakan tugas ringan sehari-hari tetapi tidak dapat memelihara tingkat kebersihan yang dapat diterima, perlu bantuan untuk semua tugas pemeliharaan rumah, tidak berpartisipasi dalam setiap tugas pemeliharaan rumah

(5) Mencuci pakaian meliputi apakah mencuci pakaian sepenuhnya, mencuci barang-barang yang kecil, kaos kaki, stocking, dan lain-lain, memerlukan semua cucian dikerjakan oleh orang lain

(6) Model transportasi meliputi berpergian secara mandiri dengan transportasi umum atau mengemudi mobil pribadi, melakukan perjalanan sendiri dengan menggunakan taksi tetapi tidak jika

menggunakan transportasi umum, berpergian dengan transportasi umum walaupun dengan dibantu ataupun ditemani oleh orang lain, berpergian terbatas hanya menggunakan mobil atau taksi dengan bantuan orang lain, tidak berpergian sama sekali

(7) Tanggung jawab untuk pengobatannya sendiri meliputi bertanggungjawab untuk disiplin minum obat dalam dosis benar dan waktu yang benar, mengambil tangung jawab jika pengobatan telah disiapkan lebih dahulu dalam dosis terpisah, tidak mampu untuk menggunakan pengobatan miliknya sendiri

(8) Kemampuan dalam menangani keuangan meliputi mengatur berbagai masalah keuangan secara mandiri (anggaran, menulis cek, membayar uang sewa dan tagihan lainnya, pergi ke bank), mengumpulkan dan mempertahankan sumber pendapatan, mengatur pembelian kebutuhan sehari-hari tetapi perlu bantuan yang berkenaan dengan perbankan, pembelian yang besar dan sebagainya, tidak mampu untuk menangani keuangan (Lawton & Brody, 1969 dalam Stenley and Bare 2006).

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap atau tindakan penerimaan suatu keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk

hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan dan mendukungnya dalam kehidupannya (Friedman, 2010).

2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Emosional

Keluarga adalah tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan juga menenangkan pikiran. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu jika ada keluarga yang memperhatikan dan membantu dalam penyelesaian masalah yang sedang dihadapinya.

b. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam penyelesaian masalah dan juga sebagai orang yang memfasilitasi dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pengawasan dalam kebutuhan individu. Keluarga turut mencari dan memberi solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

d. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi yang baik dan benar. Dalam hal ini juga diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi masalah-masalah yang sedang dihadapi.

2.3.3. Pengukuran Dukungan Keluarga

Menurut Schwarzer and Leppin, 1990 dalam Smet, 1994; dukungan sosial dapat dilihat sebagai fakta sosial atas dukungan yang sebenarnya terjadi atau diberikan oleh orang lain kepada individu (*perceived support*) dan sebagai kognisi individu yang mengacu pada persepsi terhadap dukungan yang diterima (*received support*).

Baron dan Byrne, 2000 dalam Aprianti, 2012 mendefinisikan dukungan sosial sebagai kenyamanan fisik dan psikologis yang diberikan oleh teman-teman dan anggota keluarganya. Dukungan sosial sendiri terdapat 2 konstruk, yaitu received social dan perceived social (Haber, dkk., 2007). Pengertian dari *received social support* adalah perilaku membantu yang muncul dan diberikan secara alamiah, sedangkan *perceived social support* diartikan sebagai keyakinan bahwa perilaku membantu akan tersedia ketika diperlukan. Oleh karena itu secara singkat dapat dikatakan bahwa *received support* adalah perilaku membantu yang memang benar-benar terjadi dan *perceived support* adalah perilaku membantu yang mungkin akan terjadi (Norris dan Kaniasty, 1996). Dan pengukuran terhadap *received social support* dibuat untuk menilai aksi suportif yang signifikan yang diberikan

kepada penerima oleh jaringan sosialnya, sedangkan pengukuran terhadap *perceived social support* dilakukakan untuk menilai presepsi penerima mengenai keberadaan dukungan yang diberikan dan di dapat (Sarason, 1983).

2.3.4 Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga. Dukungan sosial keluarga berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 1998).

2.3.5 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga. (Friedman, 1998).

2.3.6 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada Pasien Pasca Stroke

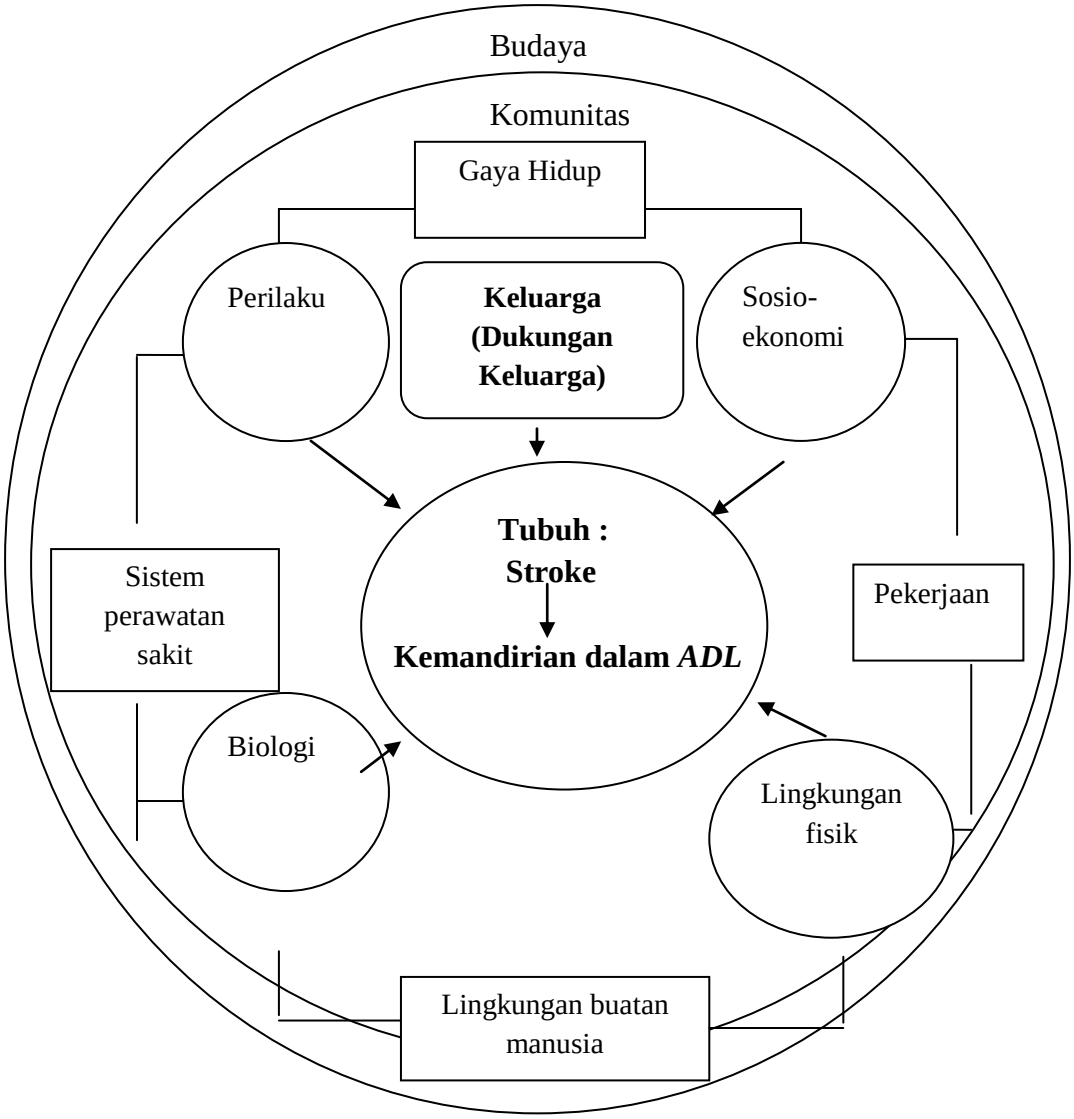
Adanya bantuan dan dukungan dari keluarga, teman-teman, dan pemberi pelayanan perawatan kesehatan, maka sebagian besar masalah mental dan emosional yang berat dapat dicegah. Adanya dukungan baik

dari keluarga membuat seseorang menjadi termotivasi untuk lebih mandiri dan merasa masih dibutuhkan (Pratiwi, 2009).

Hasil penelitian Ratnasari, Kristiyawati, & Solechan (2011) menunjukkan 5%, 30%, 45% dan 20% dari 20 penderita stroke secara berturut-turut berada pada kategori *ADL* ketergantungan ringan, tergantung sebagian, sangat tergantung dan ketergantungan total berdasarkan penilaian modifikasi indeks barthel. Haqhqoo *et al*, (2013) menemukan sekitar 65,5% penderita stroke ketergantungan dan membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS).

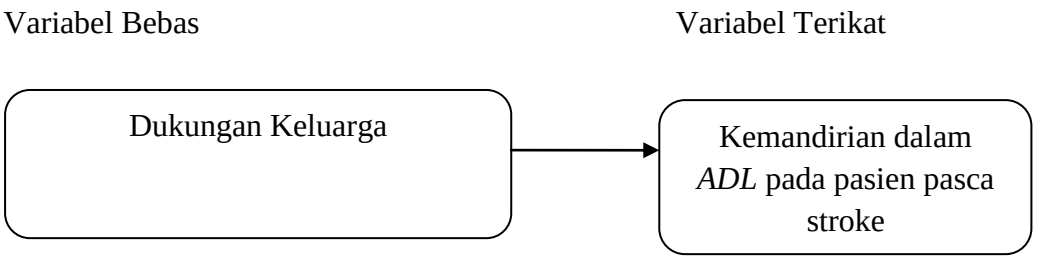
Penelitian Sit, Wong, Clinton, Li dan Fong (2004) tentang dampak *social support* pada kesehatan pasien stroke di rumah oleh *family care giver* didapatkan bahwa *family care giver* pada pasien pasca stroke dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri dan menjadi lebih baik dengan dukungan dan *social support* dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikososial pasien pasca stroke.

2.4 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Mandala of Health (Sumber: Hancock, 1985 dengan modifikasi Hardywinoto, 2007)

2.5 Kerangka konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

2.6 Hipotesis

Dari konsep penelitian di atas dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu:

Ho: Tidak ada hubungan antara hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif observasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menenkankan waktu pengukuran atau observasi data variabel bebas dan terikat hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2008).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama bulan Desember 2016 di Poliklinik Syaraf RSUD DR. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Menurut Sugiyono (2012), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi yang diambil untuk penelitian ini adalah pasien pasca stroke yang berada di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011). Sedangkan menurut pendapat lainnya, yang dimaksud sampel atau contoh adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini, metode pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Rumus jumlah sampel minimal yang dipakai adalah rumus deskriptif sebagai berikut:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 \times P \times Q}{d^2}$$

Keterangan:

$Z\alpha$ = Derivat baku alpha

P = Proporsi kategori

Q = 1 - P

d = Presisi

Tingkat kepercayaan ditetapkan sebesar 95% sehingga α= 5% dan $Z\alpha$ = 1,96%, dengan kesalahan prediksi yang masih bisa diterima d = 10%. Prevalensi (P) sebesar 11,4% dari data Riskesdas tahun 2013. Oleh karena itu, didapatkan Q sebesar 0,886.

$$N = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}114 \times 0{,}886}{(0{,}1)^2}$$

$$N = \frac{3{,}8146 \times 0{,}114 \times 0{,}886}{0{,}01}$$

$$N = \frac{0,3852}{0,01}$$

$$N = 38,52 \approx 39$$

Untuk mengatasi kecukupan jumlah sampel minimal bila adanya sampel yang drop out maka sampel ditambah 10% dari jumlah sampel yaitu perhitungan 39 + (10% x 39) = 42,9 responden. Jadi jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 43 responden.

Adapun sampel yang diambil harus dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

1. Pasien pasca stroke nonhemoragik yang datang ke poliklinik syaraf RSUD H. DR. Abdul Moeloek
2. Pasien pasca stroke yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

Pasien pasca stroke yang menderita skizofrenia, mengalami gangguan psikotik

3.4 Identifikasi Variabel

3.4.1 Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependent variabel*) dalam penelitian ini adalah tingkat kemandirian dalam *activity daily living* pada pasien pasca stroke.

3.4.2 Variabel Bebas

Variabel bebas (*independent variabel*) dalam penelitian ini dukungan keluarga.

3.5. Metode Pengumpulan Data

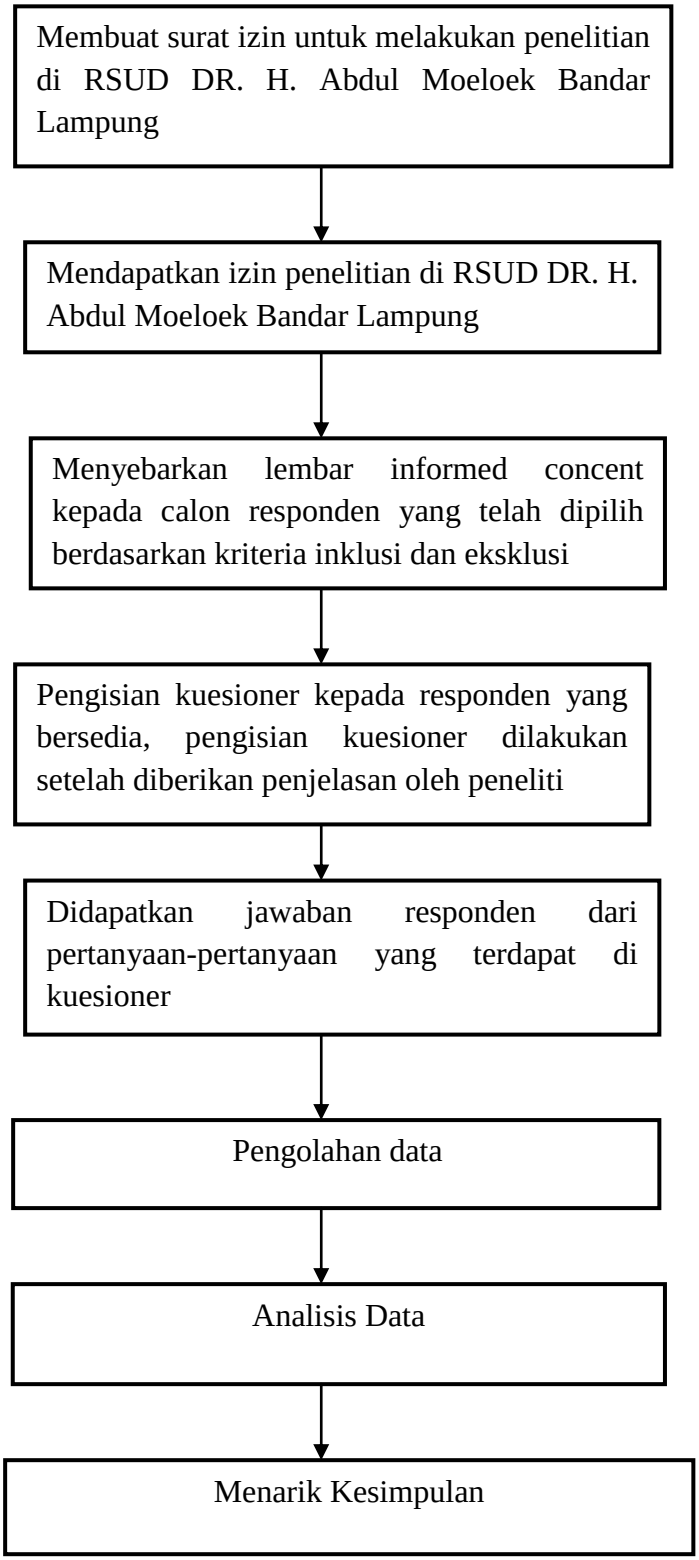
Pada penelitian ini, jenis data yang digunakan adalah data primer. Data primer adalah data yang diambil dari sumbernya langsung yang dirumuskan melalui kuesioner mengenai gambaran kemandirian lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari dan kuesioner mengenai dukungan keluarga.

3.6 Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
Dukungan Keluarga	Dukungan dari keluarga baik inti maupun luas yang didapatkan pasien pasca stroke di kehidupan sehari-harinya	Kuesioner *Preceived Social Support-Family Scale (PSS-fa)*	0 = Dukungan keluarga kurang jika skor ≤30 1 = Dukungan baik skor >30	Nominal
Variabel dependen				
Kemandirian dalam *Activity Daily Living*	Kemampuan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari (*Activity Daily Living*)	Kuesioner Barthel Index	80-100 : Mandiri 60-579 : Ketergantungan ringan 40-59 : Ketergantungan sedang 20-39 : Ketergantungan berat <20 : Ketergantungan total	Ordinal

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

3.8 Alat dan Cara Penelitian

3.8.1 Alat Penelitian

a. Alat Tulis

Adalah alat yang digunakan untuk mencatat, melaporkan hasil penelitian. Alat tersebut adalah pulpen, kertas, pensil dan komputer.

b. Kuesioner penelitian

Adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Kuesioner yang digunakan adalah:

1. Kuesioner *Perceived Social Support-Family Scale (PSS-fa)*

   Kuesioner dukungan keluarga menggunakan *Perceived Social Support-Family Scale (PSS-Fa)* yang terdiri dari 20 item. Kuesioner *PSS-Fa* dibuat dengan skala *likert* dengan jawaban sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Jika kuesioner dimulai dengan pernyataan positif maka skor 1 diberikan jika jawabannya sangat tidak setuju, 2 jika menjawab tidak setuju, 3 jika jawabannya setuju dan 4 jika menjawab sangat setuju. Jika kuesioner dimulai dengan pernyataan negatif, maka jawaban sangat tidak setuju diberikan nilai 4, setuju diberikan nilai 3, setuju diberikan nilai 2 dan jawaban sangat setuju diberikan nilai 1 (Suardana, 2011).

   Uji validitas kuesioner dukungan keluarga oleh Suardana (2011) telah dilakukan dan Hasil analisis pada n= 30 (r tabel = 0,361; α =0,05), didapatkan hasil *uji validitas* dukungan keluarga

berkisar antara 0,362-0,717. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa,kuisioner yang digunakan dalam pengumpulan data sudah valid. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan terhadap kuisioner dukungan keluarga menghasilnya r hitung sebesar 0,888 (r tabel =0,361). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini reliabel.

2. Kuesioner Barthel Index

   Skala Barthel atau Barthel Indeks ADL adalah skala ordinal digunakan untuk mengukur kinerja dalam aktivitas sehari-hari (ADL). Skala ini diperkenalkan pada tahun 1965, dan menghasilkan skor 0-20. Meskipun versi ini asli masih banyak digunakan, itu dimodifikasi oleh Granger dkk.pada tahun 1979, ketika itu datang untuk memasukkan 0-10 poin untuk setiapvariabel, dan perbaikan lebih lanjut diperkenalkan pada tahun 1989. dimodifikasi Indeks Barthel dirancang sebagai skala yang asli tidak sensitif terhadap perubahan dan memiliki skor sewenang-wenang. Efektivitasnya tidak hanya dengan rehabilitasi dipasien tetapi perawatan rumah, perawatan kesehatan, keperawatan terampil, dan masyarakat. Hal ini bagaimanapun, telah digunakan secara luas untuk memantau perubahan fungsional pada individu yang menerima rawat rehabilitasi,terutama dalam memprediksi hasil fungsional yang berhubungan dengan stroke. Indeks Barthel telah terbukti

memiliki portabilitas dan telah digunakan di 16 kondisi diagnostik utama. Indeks Barthel telah menunjukkan keandalan yang tinggi interator (0,95) dan uji reliabilitas tes ulang (0,89) serta korelasi yang tinggi (0,74-0,8) dengan ukuran lain cacat fisik.

c. Lembar *informed consent*

Adalah lembar persetujuan untuk menjadi responden penelitian. Dalam lembar persetujuan untuk menjadi responden ini sebelumnya telah dijelaskan maksud dan tujuan penelitian agar responden mengetahui tujuannya dan telah dijelaskan pula bahwa data ini bersifat rahasia sehingga hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

3.8.2 Cara Penelitian

Dalam penelitian ini, data diambil secara langsung dari responden (data primer), yang meliputi :

a. Penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian

b. Pengisian *informed consent*

c. Pencatatan hasil pengukuran pada formulir lembar penelitian.

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

3.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Editing

Editing merupakan pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diperoleh dari responden (Setiadi, 2007). Kegiatan pengecekan pada pengisian lembar observasi apakah jawaban dalam lembar observasi sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

b. Coding

Coding merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu (Setiadi, 2007). Kegiatan mengubah data huruf menjadi data angka sehingga mudah dalam menganalisa.

c. Entry data

Proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program yangada di komputer (Setiadi, 2007). Memasukkan data dari kuesioner ke dalam program yang terdapat di komputer yaitu SPSS 22.

d. Cleaning

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, data–data yang tidak sesuai dengan kebutuhan akan terhapus (Setiadi, 2007). Kegiatan pengecekan ulang yang sudah di *entry* apakah terdapat kesalahan atau tidak

3.9.2 Analisis Data

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menerangkan karakteristik masing–masing variabel, baik variabel bebas maupun terikat.

b. Analisis Bivariat

Tujuan analisis bivariat adalah untuk melihat ada tidaknya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel terikat dengan variabel bebas. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square*. Uji c*hi-square* merupakan uji komparatif yang digunakan dalam data di penelitian ini. Uji signifikan antara data yang diobservasi dengan data yang diharapkan dilakukan dengan batas kemaknaan ($p<\alpha$) dengan $\alpha = 0{,}05$ yang artinya apabila diperoleh $p<0{,}05$, berarti ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan bila nilai $p>0{,}05$, berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Apabila uji *chi-square* tidak memenuhi syarat parametrik (nilai *expected count* <20%) maka dilakukan uji alternatif *Fisher*.

3.10 Etik Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh komite etik penelitian kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan dikeluarkannya keterangan lulus uji etik *(Ethical Approval)*dengan nomor surat 1051/UN26.8/DL/2017.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian dalam *Activity Daily Living* pada pasien stroke dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Stroke lebih banyak dialami oleh laki-laki (53,48%) daripada wanita, selain itu lebih banyak dialami pada usia ≥60 tahun (53,48%). Rata-rata pasien pasca stroke hanya mengenyam pendidikan hingga tingkat SMA 41,86%.
2. Gambaran dukungan keluarga pada pasien pasca stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek paling banyak mendapatkan dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 77% sedangkan yang mendapat dukungan keluarga tidak baik 23%.
3. Tingkat kemandirian dalam *ADL* pada pasien pasca stroke paling banyak berada di tingkat mandiri yaitu sebanyak 47% dan tidak ada yang mengalami ketergantungan total.
4. 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.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Keluarga dan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat umumnya dan keluarga pasien bahwa ada banyak faktor seperti dukungan keluarga dan sosial yang diberikan, kondisi kesehatan, dan faktor usia yang dapat ,mempengaruhi pelaksanaan *Activity Daily Living*

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat mengembangkan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan kemandirian dalam *activity daily living* pasien pasca stroke dengan faktor lain seperti kondisi ekonomi. Jika mungkin lebih dalam mengkaji karakterisitik dari responden seperti lama menderita stroke

5.2.3 Bagi Institusi Kesehatan

Diharapkan dapat lebih memberikan edukasi kepada keluarga untuk memberikan dukungan yang diperlukan untuk rehabilitasi pasien stroke dan ikut serta dalam membimbing pasien stroke agar tetap memiliki semangat untuk sembuh dari penyakitnya.

DAFTAR PUSTAKA

Alaszewski, H., Alaszewski, A., Potter,J., Penhale, B., & Billings, J. 2003. *Life After Stroke : Reconstructing Everyday Life*. University of Kent : Centre for Helath Service Studies.

Apriyanti, Indah. 2012. Hubungan antara Perceived Social Support dan Psychology WellBeing pada Mahasiswa Perantau Tahun Pertama di Universitas Indonesia. Skripsi. Jakarta: Fakultas Psikologi Program Studi Sarjana Reguler Depok.

Arif, Mansjoer, dkk.. 2000. Kapita Selekta Kedokteran. Edisi 3. Jakarta: Medica Aesculpalus, FKUI.

Arikunto. 2010. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Baron, R. A., dan Byrne, D. 2000. Psikologi Sosial. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Brunner, L dan Suddarth, D. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah (H. Kuncara, A. Hartono, M. Ester, Y. Asih, Terjemahan). (Ed.8) Vol 1 Jakarta : EGC.

Chaplin, J.P. 2002. Kamus Lengkap Psikologi. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.

Cohen, S., dan Syme. S. L. 1985. Social Support and Health. Florida: Academic Press, Inc.

Depkes RI. 2007. Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.

Farida I dan Amalia. 2009. Mengantisipasi stroke. Yogyakarta: Bukubiru.

Feigin, V. 2006. Stroke, Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke Edisi 2. Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.

Friedman, M. 1998. Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik (Family Nursing : Theory and Practice. Jakarta: EGC.

Friedman, M dan Marilyn. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluaraga: Riset Teori dan Praktek. Jakarta : EGC.

Gallo, Joseph J. 1998. Buku Saku Gerontologi. Jakarta: EGC.

Goldstein, L.B., et al., 2006. Primary Prevention of Ischemic Stroke. Stroke, 37: 1583-1633.

Haber, dkk. 1984. Psychology of Adjusment. Illinois: The Dorsey Press.

Hancock T. 1985. The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. *Family and Communiting* Health 8 (3) : 1-10.

Hardywinoto, Setiabudhi. 2007. Panduan Gerontologi. Jakarta: Pustaka Utama.

Haqhqoo, H. A. Pazuki, E. S. Hosseini, A. S. Rassafiani, M. Depression, activities of daily and quality of life in patients with stroke. *Journal of the Neurological Sciences*, 328(1), 87-91.

Hayase et al. 2004. Age Related Changes in Activities of Daily Living Ability. Australian Occupational Therapy journal, 51 (4).

Kaul S and Munshi A. 2012. Genetics of Ischemic Stroke: Indian Perspective. Neurology India, 60(5), 498-503.

Junaidi, I., 2004. Panduan Praktis Pencegahan dan Pengobatan *Stroke*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populers.

Lestari, N. K. 2010. Pengaruh Massage dengan Minyak Kelapa terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta Pusat. Jakarta: Universitas Pembangunan Nasional Veteran.

Lueckenotte, A.G. 2000. Gerontologic Nursing. (^{2nd} ed.). Missouri : Mosby.

Mandic, M., & Rancic, N. 2011. The Recovery of Motor Function in Post Stroke Patients. *Medical Archives*, 65(2), 106-108.

Maryam, R. Siti, dkk. 2008. Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta : Salemba Medika.

Mulyatsih, Enny. 2008. Stroke : Petunjuk Praktis bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke. Jakarta: FK UI.

Muttaqin,Arif. 2008. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Imunologi. Jakarta: Salemba Medika.

NCHS. 2010. Heart Disease Stroke. NCHS Dataline. Retrieved from http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/stats_states.htm.

Niven, N. 2000. Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Norris, F. H. dan Kaniasty, K. 1996. Received and Perceived Social Support In Times of Stress: A Test of Social Support Deterioration Different Model. Journal of Personality and Social Support. 71(3), 489-511.

Nugroho, Wahjudi. 2008. Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Jakarta: EGC.

Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.

Nurkhayati. 2005. Gambaran Dukungan Sosial Keluarga pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa Rutin di Instalasi Dialysis RS Dr. Sadjito. Yogyakarta. Skripsi: FK UGM.

Nurwahyuni, C. T. 1999. Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Berkaita.n dengan Jenis Stroke dan Letak Lesi. Universitas Diponegoro, Semarang

Prastowo, Y. E. 2008. Identifikasi kebutuhan aktivitas sehari-hari pada lansia stroke / pasca stroke di RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

Pujiono. 2009. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia di Desa Jetis Kecamatan Karangrayung Kabupaten Grobogan. Tidak Dipublikasikan. Tesis. Semarang: Program Studi Magister Promosi Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.

Puspita, M dan Putro, G. 2008. Hubungan Gaya Hidup terhadap Kejadian Stroke Di Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran Kediri. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Volume 11(3), hal. 263-269.

Pratiwi, Hartika. 2009. Social Support pada Lansia Penderita Penyakit Jantung Koroner. Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara.

Rachmawati, Triyani. 2014. Dukungan Sosial dan Kemandirian Lansia yang Tinggal dan Tidak Tinggak di Panti. Bogor: Institut Pertanian Bogor.

Ratna, W. 2010. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Rihama.

Riset Kesehatan Dasar. 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta: Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.

Santoso, T. A. 2003. Kemandirian Aktivitas Makan, Mandi dan Berpakaian pada Penderita Stroke 6-24 Bulan Pasca Okupasi Terapi. Semarang: Universitas Diponegoro.

Sarason, B. R. 1983. Assesing Social Support Measures: Theoretical and Practical Implication. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 25. Hal. 813-832.

Setiadi. 2007. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Shafae, Mohammed A. 2006. Perception of Stroke and Knowledge of Potensial Risk Factors Among Omani Patients at Increased Risk for Stroke. Pubmed Centrals.

Sit, J.W.H., Wong, T.K.S., Clinton, M., Li, L.S.W., & Fong,Y.M . (2004). Stroke care in the home : the impact of social support on the general health of family care givers. *Journal of Clinical Nursing*.

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo dkk. Jakarta: EGC.

Stanley, M & Bare, P. G. 2006. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Jakarta: EGC.

Suardana, I. W. 2011. Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial, dan Status Kesehatan dengan Tingkat Depresi pada Agregat Lanjut Usia Di Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem Bali. Jakarta: Universitas Indonesia.

Sugiarto, A. 2005. Hubungan Aktivitas Sosial, Interaksi Sosial, dan Fungsi Keluarga dengan Kualitas Hidup Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas Denpasar Utara Kota Denpasar. Denpasar: Universitas Udayana.

Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Pedidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: ALFABETA.

Suhardjo. 2008. Perencanaan Pangan Dan Gizi. Jakarta: Bumi Aksara.

Suhita. 2005. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Minat Berwiraswasta dengan Kecenderungan Post-Power Syndrome pada Purnawirawan TNI dan POLRI. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Suprajitno. 2004. Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: EGC.

Suwantara, J.R., 2004. Depresi Pasca Stroke : Epidemiologi, Rehabilitasi, dan Psikoterapi. *Jurnal Kedokteran Trisakti*. 23(4):150-156.

Wahjoepramono, Eka J., 2005. Stroke Tata Laksana Fase Akut. Jakarta: Universitas Pelita Harapan.

Yusuf, H. M., dan Kongkoli, E. Y. 2013. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari di panti sosial tresna wredha gau mabaji Kabupaten Gowa. *Media Keperawatan*, 2(3), 741.