

# HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN ACTIVITY OF DAILY LIVING PASCASTROKE

*Association Between Family Support and Post-Stroke Activity of Daily Living Autonomy*

**Esa Karunia**

FKM Universitas Airlangga, esa.karunia17@gmail.com

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga  
Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

## ABSTRAK

Jumlah penderita stroke di Indonesia mengalami peningkatan tiap tahunnya. Stroke menimbulkan beberapa dampak yaitu kecacatan yang dapat mempengaruhi atau mengganggu seseorang dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL). Stroke juga dapat menimbulkan depresi, sehingga dibutuhkan dukungan keluarga agar pasien stroke dapat melakukan aktivitas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam melakukan ADL pascastroke. Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik, dengan rancang bangun penelitian yaitu desain *cross sectional*. Metode pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan jumlah responden 47 orang. Penelitian dilaksanakan di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pada bulan Juni-Juli 2015. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pekerjaan, dan dukungan keluarga, sedangkan variabel terikatnya adalah kemandirian ADL pascastroke. Hasil penelitian menyebutkan sebagian besar responden pascastroke berumur 43–61 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan tidak bekerja. Sebagian besar responden mendapatkan dukungan keluarga yang baik, sehingga responden bisa lebih mandiri dalam beraktivitas. Berdasarkan analisis menggunakan *Chi-square*, terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam melakukan ADL pascastroke, nilai  $p = 0,018$  dengan  $\alpha = 0,05$ , namun tidak terdapat hubungan antara umur, jenis kelamin, dan pekerjaan dengan kemandirian ADL pascastroke. Diharapkan keluarga menciptakan situasi yang tenang, serta menciptakan aktivitas yang bermanfaat untuk kemandirian orang pascastroke.

**Kata kunci:** *activity of daily living*, dukungan keluarga, kemandirian, pascastroke

## ABSTRACT

*The number of stroke patients in Indonesia has increased every year. Stroke has several impacts, namely disability that can affect or interfere with someone in conducting Activity of Daily Living (ADL). Stroke can also cause depression, so family support is needed so that stroke patients can do activities. This study aims to analyze the relationship between family support and independence in conducting ADL post-stroke. This study was an analytic observational study, with a research design that is a cross-sectional design. The sampling method uses simple random sampling with 47 respondents. The study was conducted at the Medical Rehabilitation Installation of the Haji Public Hospital, Surabaya in June-July 2015. The independent variables in this study were age, sex, work, and family support, while the dependent variable was ADL independence after stroke. The results of the study mentioned that the majority of post-stroke respondents were 43-61 years old, were male, and did not work. Most respondents get good family support so that respondents can be more independent in their activities. Based on the analysis using Chi-square, there is a relationship between family support and independence in performing ADL post-stroke,  $p$ -value =  $0.018$  with  $\alpha = 0.05$ , but there is no relationship between age, sex, and occupation with ADL post-stroke independence. It is expected that the family creates a calm situation, as well as creating activities that are useful for the independence of people after stroke.*

**Keywords:** *activity of daily living*, autonomy, family support, post-stroke

## PENDAHULUAN

Penambahan usia merupakan proses alami seseorang yang menuju tahap akhir kehidupan. Saat ini jumlah lansia diperkirakan ada 500 juta dengan usia rata-rata 60 tahun dan mencapai 1,2

milyar pada tahun 2025. Di Amerika pertambahan lansia diperkirakan mencapai 1000 orang perhari pada tahun 1985. Hal ini sering disebut dengan istilah ledakan penduduk usia lanjut (lansia) (Padila, 2013). Lansia merupakan periode yang ditandai dengan kemunduran kemampuan fisik

yang dapat mengakibatkan penurunan pada peranan sosial. Hal ini pula yang menyebabkan timbulnya gangguan di dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya sehingga tingkat ketergantungan semakin meningkat. Adanya kelemahan pada fungsi tubuh secara menyeluruh, terutama pada fleksibilitas pembuluh darah juga menyebabkan lansia mudah terkena penyakit degeneratif, terutama stroke.

Stroke merupakan penyakit yang termasuk urutan ketiga penyebab kematian di dunia setelah jantung dan kanker. Stroke juga merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan serius dan permanen nomor 1 di dunia. Di dunia serangan stroke terjadi pada 15 juta orang. Dari 15 juta orang tersebut, 5 juta orang meninggal, 15 juta orang lainnya bertahan hidup, namun mengalami cacat permanen dan hidup bergantung kepada keluarga dan masyarakat, serta 15 juta orang sisanya sembuh seperti semula sebelum terkena stroke (WHO, 2010).

Menurut WHO, stroke merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada umur 60 tahun dan urutan kelima penyebab kematian pada umur 15-59 tahun. Di seluruh dunia, sebanyak 3 juta perempuan dan 2,5 juta laki-laki meninggal akibat terserang stroke di setiap tahunnya. Di Amerika, stroke telah menyebabkan kematian sebanyak 130.000 orang dan menjadi penyebab kematian tertinggi nomor lima (CDC, 2015). Rata-rata setiap 4 menit ada satu orang yang meninggal akibat stroke.

Setiap tahunnya, lebih dari 795.000 orang di Amerika menderita stroke dan rata-rata terserang setiap 40 detik (*Stroke Association*, 2015). Dari 795.000 orang, 610.000 orang diantaranya terserang stroke untuk pertama kali dan 185.000 orang lainnya pernah mengalami stroke sebelumnya (Mozaffarian, 2015). Di Indonesia terjadi peningkatan jumlah penderita stroke, yaitu dari 8,3 per mil di tahun 2007 menjadi 12,1 per mil pada tahun 2013. Prevalensi kelompok umur yang didiagnosis atau gejala, tertinggi adalah pada umur  $\geq 75$  tahun (43,1‰). Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi stroke paling banyak terjadi di daerah perkotaan daripada pedesaan, baik berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (8,2‰) maupun berdasarkan diagnosis atau gejala (12,7‰) (Riskesdas, 2013).

Dalam istilah medis, stroke disebut *cerebrovascular accident* (CVA). Stroke adalah salah satu gangguan saraf yang terjadi akibat dari terganggunya peredaran darah ke otak yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Gangguan saraf ini bersifat permanen.

Gejala klinis berlangsung mendadak dan progresif sehingga terjadi kerusakan otak secara akut serta terjadi secara fokal atau global (Lingga, 2013). Stroke memiliki dua tipe berdasarkan penyebabnya, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Sekitar 87% orang terserang stroke iskemik, yaitu stroke yang disebabkan adanya sumbatan dalam aliran darah ke otak, sedangkan sisanya menderita stroke hemoragik (Mozaffarian, 2015).

Orang yang terserang stroke terkadang bingung dengan apa yang tengah dialaminya, sehingga harus ada orang yang membantu. pertolongan yang datang dengan cepat akan mengurangi dampak yang terjadi akibat stroke. *The golden period* adalah istilah medis yang sering digunakan untuk menyebutkan waktu terbaik untuk pemberian pertolongan pada pasien stroke. Dalam waktu 3 jam pasca terserang stroke, penanganan medis harus segera didapat, dengan demikian kecacatan dapat dicegah, apabila penanganan diterima melebihi waktu tersebut, maka akan terjadi kecacatan permanen atau bahkan meninggal.

Stroke memberi dampak yang dapat mempengaruhi aktivitas seseorang, misalnya menjadikan seseorang tidak percaya diri, menurunkan produktivitas, hilangnya semangat untuk melaksanakan hobi dan masih banyak yang lainnya. Dampak yang dapat ditimbulkan pascastroke adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia, dan masih banyak yang lainnya (Lingga, 2013). Pasca terserang stroke akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari.

Kerusakan fungsional menyebabkan seseorang menderita kecacatan, sehingga penderita stroke menjadi tidak produktif. Seseorang yang menderita stroke akan semakin bergantung kepada orang lain dalam melakukan *activity of daily living* (ADL), sehingga perlu pemberian terapi. Pemberian terapi hanya memperbaiki saraf motorik agar penderita tidak bergantung kepada orang lain atau mengurangi ketergantungan penderita terhadap orang lain dalam melakukan ADL.

Gangguan fungsional yang dialami orang pascastroke menjadi salah satu faktor yang kemandirian dalam melakukan aktivitas. Upaya untuk memulihkan anggota gerak adalah dengan melakukan rehabilitasi. Rehabilitasi juga tidak

hanya memulihkan gangguan fungsional, tetapi juga membantu meringankan tugas orang yang ada di sekitar orang pascastroke dan menumbuhkan semangat orang pascastroke.

Tidak hanya mengalami kecacatan, pasien stroke juga cenderung mengalami depresi. Dalam hal ini, peranan dan dukungan dari orang sekitar, terutama keluarga sangat diperlukan untuk mempengaruhi orang tersebut untuk tidak depresi. Hal ini dikarenakan pada dasarnya manusia senantiasa hidup dalam suatu lingkungan sejak manusia dilahirkan. Di dalam lingkungan pasti terjadi hubungan timbal balik yang nantinya akan mempengaruhi manusia (Gerungan, 1991). Di lingkungan keluarga sudah dapat dipastikan terjadi interaksi antar anggota keluarga yang mana dapat mempengaruhi satu sama lain.

Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga baik moril maupun materiil berupa motivasi, saran, informasi dan bantuan yang nyata (Smet, 2004). Dukungan keluarga dapat diperoleh dari anggota keluarga (suami, istri, anak, dan kerabat), teman dekat atau relasi (Kuntjoro, 2002). House dalam Smet (2004) menyatakan bahwa dukungan keluarga berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Adanya dukungan keluarga membuat orang pascastroke tidak mengalami depresi, karena tetap terjalin komunikasi dengan orang lain.

Dukungan keluarga juga diperlukan pada penentuan pelaksanaan terapi di mana terapi ini untuk mengurangi kerusakan fungsional, agar nantinya pasien lebih mandiri dalam melakukan ADL pascastroke. Dukungan keluarga akan dapat membantu proses perawatan pasien untuk agar penderita stroke dapat melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Adanya dukungan keluarga yang optimal, akan menyebabkan penderita stroke menjadi mandiri dalam melakukan aktivitas dan apabila tidak ada dukungan keluarga maka pasien stroke menjadi ketergantungan kepada orang lain dalam pemenuhan ADL.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, dan pekerjaan), dukungan keluarga dan kemandirian, analisis kemandirian ADL berdasarkan karakteristik geografi, serta menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke.

## METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian observasional analitik, karena tidak ada perlakuan kepada subjek yang dilakukan oleh peneliti. Rancang bangun yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*. Desain studi *cross sectional* adalah desain studi epidemiologi yang mempelajari prevalensi, distribusi maupun hubungan antara penyakit dengan paparan, atau karakteristik yang terkait dengan kesehatan lainnya yang dilakukan secara serentak pada individu di suatu populasi pada suatu saat (Murti, 2003).

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni-Juli 2015 di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya. Populasi penelitian sebanyak 90 orang. Jumlah populasi ini didasarkan pada jumlah pasien pascastroke yang berkunjung di Instalasi Rehabilitasi Medik pada tahun 2014. Metode pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling*, dengan jumlah responden sebanyak 47 orang. Kriteria dalam pemilihan sampel adalah pasien pascastroke yang mengikuti terapi minimal satu bulan di Instalasi Rehabilitasi Medik RSU Haji Surabaya, dapat berkomunikasi, menandatangani *informed consent* dan bersedia menjadi responden. Penelitian ini telah melalui kaji etik guna menjelaskan maksud dan tujuan penelitian responden, kesediaan menjadi responden, serta kerahasiaan responden.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi (umur, jenis kelamin, dan pekerjaan) dan dukungan keluarga, sedangkan variabel terikatnya adalah kemandirian ADL. Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dan observasi ke penderita stroke, sedangkan pengumpulan data sekunder adalah dengan melihat rekam medik pasien dan laporan bulanan Instalasi Rehabilitasi Medik RSU Haji Surabaya. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner karakteristik responden, form *barthel index* dan kuesioner dukungan keluarga. Form *barthel index* digunakan untuk mengukur tingkat kemandirian dalam melakukan ADL.

Analisis data dilakukan secara analitik sesuai dengan tujuan dan skala data yang digunakan. Untuk mengetahui gambaran distribusi responden menggunakan statistik deskriptif. Untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat menggunakan analisis *Chi-square*. Apabila dari analisis data terdapat hubungan antara variabel

bebas dengan variabel terikat, maka akan dihitung besar risiko menggunakan *Odds Ratio*.

## HASIL

### Distribusi Karakteristik Demografi, Dukungan Keluarga dan Kemandirian ADL

**Tabel 1.** Distribusi Karakteristik Demografi Pasien Pascastroke

Karakteristik Demografi	Jumlah (Orang)	Persentase
<b>Umur</b>		
43–61 tahun	25	53,2
62–80 tahun	22	46,8
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	27	57,4
Perempuan	20	42,6
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	14	29,8
Tidak bekerja	33	70,2

Variabel umur dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu kelompok umur 43–61 tahun dan 62–80 tahun. Responden pascastroke sebagian besar yang mengikuti rehabilitasi adalah kelompok umur 43–61 tahun. Responden laki-laki yang mengikuti rehabilitasi medik lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Hasil pada tabel 1 menunjukkan bahwa responden pascastroke sebagian besar tidak bekerja.

**Tabel 2.** Distribusi Dukungan Keluarga Pasien Pascastroke

Dukungan Keluarga	Jumlah (Orang)	Persentase
Dukungan baik	39	83
Dukungan kurang	8	17
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Variabel dukungan keluarga dibagi menjadi dua, yaitu dukungan keluarga yang baik dan dukungan keluarga yang kurang. Dukungan baik diperoleh apabila skor total dari kuesioner  $\geq 18$ , sedangkan untuk dukungan keluarga yang tergolong kurang baik, skor totalnya  $\leq 17$ . Hasil penelitian memperlihatkan bahwa responden pascastroke sebagian besar mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga.

**Tabel 3.** Distribusi Kemandirian *Activity Daily Living* Pasien Pascastroke

Kemandirian ADL	Jumlah (Orang)	Persentase
Mandiri	25	53,2
Tidak mandiri	22	46,8
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Variabel kemandirian dibagi menjadi dua golongan, yaitu mandiri dan tidak mandiri. Penggolongan ini didasarkan pada nilai form *barthel index*. Kemandirian diperoleh apabila nilai *barthel index* 100, dan dikatakan tidak mandiri apabila skor total 0–99 atau  $< 100$ . Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien pascastroke yang paling banyak mengikuti rehabilitasi adalah pasien yang sudah mandiri dalam beraktivitas

### Hubungan Antara Karakteristik Demografi dengan Kemandirian ADL Pascastroke

**Tabel 4.** Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kemandirian ADL Pascastroke

Karakteristik Demografi	Mandiri		Tidak mandiri	
	n	%	n	%
<b>Umur</b>				
43–61 tahun	16	64	9	40,9
62–80 tahun	9	36	13	59,1
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	12	48	15	68,2
Perempuan	13	52	7	31,8
<b>Pekerjaan</b>				
Bekerja	9	36	5	22,7
Tidak bekerja	16	64	17	77,3

Responden pascastroke yang berumur 43–61 tahun lebih banyak yang mandiri dibandingkan yang tidak mandiri. Hasil perhitungan menggunakan *Chi-Square* didapatkan nilai  $p = 0,197$  dengan  $\alpha = 0,05$ . Ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kemandirian ADL pascastroke.

Responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak yang tidak mandiri. Berbeda dengan responden laki-laki, responden perempuan lebih banyak yang mandiri dibandingkan dengan yang tidak mandiri. Hasil dari perhitungan menggunakan *Chi-square* didapatkan nilai  $p = 0,271$  dengan  $\alpha = 0,05$ . Ini berarti bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian ADL pascastroke.

Pada variabel pekerjaan, baik responden yang bekerja maupun yang tidak bekerja lebih banyak yang mandiri dibandingkan dengan yang tidak mandiri. Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan *Chi-square*, nilai  $p = 0,501$  dengan  $\alpha = 0,05$ . Ini berarti bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kemandirian ADL pascastroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik demografi tidak berhubungan dengan kemandirian ADL pasca stroke.

**Tabel 5.** Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian ADL Pascastroke

Dukungan keluarga	Mandiri		Tidak Mandiri	
	n	%	n	%
Dukungan baik	24	61,5	15	38,5
Dukungan kurang	1	12,5	7	87,5
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>53,2</b>	<b>22</b>	<b>46,8</b>

Tabulasi silang pada tabel 5, antara dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari kelompok responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik lebih banyak yang mandiri. Hasil perhitungan menggunakan *Chi-square* diperoleh nilai  $p = 0,018$  dengan  $\alpha = 0,05$ , ini berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari pascastroke. Apabila dihitung besar risiko, hasil penelitian menunjukkan adanya risiko dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke OR = 11,2, 95% CI (1,251 < OR < 100,31). Risiko ini bermakna, sehingga berarti dukungan keluarga yang baik mempunyai risiko mandiri dalam melakukan ADL sebesar 11,2 kali dibandingkan responden yang kurang mendapat dukungan keluarga.

## PEMBAHASAN

### Gambaran Karakteristik Demografi Responden

Responden pascastroke yang mengikuti rehabilitasi medik dimulai dari umur yang paling muda yaitu 43 tahun sampai yang paling tua yaitu 80 tahun. Rata-rata keseluruhan umur responden adalah 54,64 tahun. berdasarkan hasil penelitian, paling banyak responden berumur antara 43–61 tahun.

Salah satu faktor risiko stroke adalah umur. Semakin bertambah usia seseorang, risiko untuk terserang stroke semakin meningkat. Hal ini disebabkan karena adanya kelemahan fungsi tubuh secara menyeluruh terutama terkait dengan fleksibilitas pembuluh darah. Ketika seseorang

memasuki usia 50 tahun, risiko stroke menjadi berlipat ganda setiap usia bertambah 10 tahun. Maka tak jarang sekitar dua pertiga penderita stroke berusia diatas 65 tahun (Lingga, 2013).

Saat ini stroke tidak hanya dialami oleh kelompok lansia, namun kelompok muda pun dapat terserang stroke. Stroke dapat menyerang pada kelompok umur kurang dari 15 tahun dan 15–44 tahun. Pada tahun 2009, Hall (2012), menyatakan bahwa 34% orang yang dirawat di rumah sakit karena terserang stroke, kebanyakan berumur < 65 tahun. Stroke non perdarahan (iskemik) lebih banyak dialami oleh kelompok umur lansia, sedangkan stroke perdarahan lebih sering menyerang usia muda.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wardhani (2014) dan Rosiana (2012), yang menyebutkan bahwa kelompok umur terbanyak adalah 51–80 tahun. Keselarasan penelitian juga terdapat pada penelitian Nurmalasari (2012), yang menunjukkan bahwa paling banyak pasien stroke berumur < 65 tahun. Pada lansia, terjadi perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem saraf. Perubahan-perubahan tersebut meliputi berat otak menurun, hubungan persarafan cepat menurun, lambat dalam merespons dan waktu berpikir, penglihatan berkurang, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, reflek tubuh berkurang serta kurang koordinasi tubuh (Padila, 2013). Kemunduran pembuluh darah juga meningkat seiring pertambahan umur, sehingga perubahan pada sistem saraf dan pembuluh darah inilah yang dapat memicu mudahnya lansia terserang stroke.

Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, paling banyak adalah responden yang berjenis kelamin laki-laki. Jenis kelamin adalah salah satu faktor risiko stroke yang tidak dapat diubah. Laki-laki berisiko satu seperempat kali lebih tinggi dibanding dengan perempuan. Banyak faktor yang menyebabkan laki-laki lebih berisiko, diantaranya kebiasaan merokok, minum alkohol, hipertensi, dan hipertrigliseridemia.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wardhani (2014), yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien pascastroke adalah berjenis kelamin laki-laki. Menurut Brown dalam Elkind dan Sacco (2001), setelah memasuki umur 55 tahun, setiap sepuluh tahun, risiko peningkatan kejadian stroke menjadi 2 kali pada laki-laki dan perempuan. Pasca menopause, perempuan lebih tinggi risiko kematiannya akibat stroke dibanding laki-laki.

Perempuan lebih cenderung mudah mengalami stres dan depresi. Hal inilah yang diduga kuat menyebabkan risiko kematian perempuan lebih tinggi. Selain itu terdapat faktor lain yaitu perempuan yang sudah tua akan mengalami kerentanan tubuh, sehingga tubuh tidak mampu mengatasi komplikasi akibat stroke. Menopause juga menjadi faktor yang memicu tingginya angka stroke pada perempuan (Lingga, 2013). Maka dari itu, harapan hidup laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan.

Karakteristik pasien menurut pekerjaan menunjukkan bahwa distribusinya mulai dari ibu rumah tangga, pensiunan, PNS, swasta, dan wiraswasta. Karakteristik pekerjaan di atas kebanyakan pasien tidak bekerja. Pekerjaan merupakan salah satu faktor risiko yang secara tidak langsung mempengaruhi kejadian stroke. Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Rosiana (2012) yang menyebutkan bahwa responden lebih banyak yang masih bekerja (PNS, swasta, dan wiraswasta) daripada yang tidak bekerja.

Engstrom, *et al.* (2005) menyebutkan bahwa stres akibat kerja inilah yang menjadi faktor pemicu terjadinya stroke. Dari hasil wawancara Responden pada awalnya bekerja, namun setelah terserang stroke menjadi tidak bekerja anggota gerak tubuh tidak dapat digunakan untuk melakukan pekerjaan sehingga menjadi tidak produktif. Faktor yang menyebabkan responden yang awalnya bekerja menjadi terserang stroke adalah adanya stres kerja, perasaan lelah, ada riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus serta permasalahan lain baik itu di lingkungan kerja maupun di lingkungan keluarga.

### **Gambaran dukungan keluarga**

Keluarga memiliki berbagai fungsi, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi kesehatan dan fungsi ekonomi. Fungsi keluarga inilah yang menyebabkan timbulnya dukungan keluarga. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan sosial yang dipandang keluarga sebagai sesuatu yang dapat diadakan oleh keluarga (Friedman, 1998). Hasil pengumpulan data dari responden, diperoleh bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan yang baik dari keluarga. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Wardhani (2014) yang menyatakan bahwa sebagian besar responden mendapat dukungan yang baik dari keluarga. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien pascastroke guna mempercepat proses penyembuhan.

Dukungan keluarga diibaratkan sebagai proses yang terjadi sepanjang hidup dengan sifat dan jenis yang berbeda-beda di tiap tahap kehidupan. Ada empat macam dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan informasi. Pada dukungan instrumental, keluarga berperan sebagai sumber pertolongan yang praktis dan fasilitas selama masa perawatan. Penelitian ini menekankan bahwa keluarga disini bertindak sebagai perantara antara penderita stroke dengan pelayanan kesehatan, misalnya mengantar dan menjemput penderita untuk melakukan terapi, menjadi sumber finansial perawatan atau penyedia dana kesehatan karena penderita stroke tidak bisa bekerja. Selain itu hal lain yang dapat dilakukan keluarga adalah membantu penderita apabila mengalami kesulitan dalam melakukan suatu hal. Dukungan ini paling efektif apabila dihargai oleh penderita dan dapat mengurangi depresi.

Pada hasil wawancara, keluarga penderita sudah menggunakan jaminan kesehatan. Namun untuk pembayaran iuran tiap bulan dapat dibayar dari uang pensiun maupun oleh keluarga penderita. Ketika pasien ingin terapi tapi tidak dapat pergi sendiri karena kondisinya, keluarga langsung membantu mengantarkan ke tempat rehabilitasi di pelayanan kesehatan terdekat. Apabila ada anggota keluarga yang tidak dapat mengantarkan dengan alasan masih bekerja, maka pasien akan dibantu oleh sopir yang ada di rumah maupun tetangga yang memiliki waktu luang. Pada saat di rumah keluarga juga membantu dengan menyediakan alat yang memudahkan penderita berlatih atau membantu secara langsung untuk melakukan rentang gerak sendi sesuai yang diajarkan dan disarankan terapis. Jadi tidak semua mendapat dukungan instrumental secara penuh.

Dukungan penghargaan di mana keluarga menyatakan penghargaan maupun penilaian positif kepada penderita. Dukungan penghargaan ini jarang dilakukan karena tidak terbiasa mengungkapkan. Dukungan ini berfungsi untuk membesarkan hati penderita, sehingga lebih bersemangat dalam melakukan rehabilitasi. Dukungan ini juga berarti pemberian motivasi. Dengan adanya motivasi, makan penderita akan lebih giat berlatih dan keinginan untuk sembuh akan muncul (Lingga, 2013).

Pada saat wawancara pada penderita yang merupakan responden, kebanyakan dari mereka memang jarang mendapatkan pujian. Ada yang dari responden, meskipun tidak mendapat pujian tetap

pergi melakukan rehabilitasi. responden juga ada yang tidak mendapat pujian menjadi malas atau tidak rutin dalam menjalankan rehabilitasi.

Dukungan emosional menempatkan keluarga sebagai tempat yang aman dan nyaman untuk pemulihan dan membantu penguasaan emosi. Penanaman kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan adalah aspek dari dukungan ini. Pada penelitian ini, responden sulit dalam mengendalikan emosi. Hal ini dikarenakan tidak adanya perkembangan kondisi yang lebih baik dan merasa sulit untuk mengungkapkannya.

Keluarga harus memiliki cara untuk menghadapi emosi penderita. Kebanyakan keluarga memilih diam ketika penderita emosi, namun, tidak serta merta mengabaikan penderita. Keluarga harus tetap menanyakan kondisi penderita, memberi dorongan agar mau melakukan aktivitas dan terapi. Adanya dukungan keluarga ini emosi ini setidaknya akan lebih cepat mereda.

Kesabaran anggota keluarga memang sangat dibutuhkan untuk menghadapi emosi penderita. Berbagai emosi ditunjukkan oleh penderita namun keluarga harus bersabar. Anggota keluarga tidak boleh cemas dalam menghadapi emosi penderita. Apabila keluarga menanggapi emosi penderita, maka akan terjadi pertengkaran di dalam keluarga. Bentuk perhatian berupa dukungan emosional yang dapat diberikan keluarga adalah dengan memberikan kasih sayang. Keluarga juga ada yang memilih diam, mengalah, memberitahu dan mengingatkan untuk tidak marah sebagai bentuk perhatian. Dari hasil wawancara, hampir semua responden mendapatkan dukungan emosional secara penuh.

Pada dukungan informasi, keluarga bertindak sebagai penyebar informasi. Dukungan informasi ini berupa pemberian nasihat, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan informasi yang diberikan dalam penelitian ini adalah informasi yang bermanfaat bagi kesehatan, keluarga menyarankan dan mengingatkan untuk melakukan rehabilitasi. Dukungan informasi ini tidak banyak diberikan keluarga kepada penderita apabila menyangkut penyakit stroke. Hal ini dikarenakan takut akan memperberat penyakit dan menghambat pemulihan sebab penderita merasa depresi. Dukungan informasi ini diharapkan dapat menambah pengetahuan responden mengenai kesehatannya dan bagaimana proses pemulihannya. Keluarga juga diharapkan mampu mengerti arah pembicaraan pasien, karena ucapan pasien terkadang tidak jelas atau pasien mengalami afasia.

### Gambaran kemandirian ADL pascastroke

Berdasarkan hasil yang didapat, sebagian besar responden sudah tergolong mandiri dalam melakukan ADL. Penelitian yang dilakukan Subyantoro juga menyebutkan bahwa paling banyak responden yang diteliti memiliki tingkat ketergantungan yang ringan. Tingginya kemandirian diakibatkan karena responden sering melakukan ADL. Di samping itu, responden juga rajin dan patuh melaksanakan terapi, baik di rumah maupun di rehabilitasi medik (Karunia, 2015).

Keterbatasan fisik dan mental mengharuskan pasien pascastroke menjadi bergantung kepada orang lain atau tidak mandiri. Orang yang berada di sekitar orang tersebut, sangat dibutuhkan untuk merawat pasien, guna mencukupi kebutuhan pasien. Orang pascastroke perlu untuk mencukupi kebutuhan dasar, seperti makan, minum, membersihkan diri, dan aktivitas hidup lainnya. Orang pascastroke dalam mencukupi kebutuhan dasar masih memerlukan orang lain untuk membantunya.

Pengukuran kemandirian dilakukan pada orang pascastroke menggunakan form *Barthel index*. *Barthel index* merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi untuk mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas. *Barthel index* juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi orang yang mengalami gangguan keseimbangan. Pada *barthel index* terdapat 10 indikator, yaitu makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, transfer, mobilitas, dan naik turun tangga (Padila, 2013).

Indikator pertama pada pengukuran kemandirian, adalah makan. Orang pascastroke yang mengalami kelumpuhan total, pasti akan memerlukan orang lain untuk membantunya makan. Salah satu anggota gerak yang tidak dapat digerakkan atau lumpuh sebagian, masih dapat menggunakan tangannya yang normal untuk makan. Membiarkan orang pascastroke makan sendiri merupakan salah satu bentuk rehabilitasi fisik yang sangat bermanfaat untuk membantu orang pascastroke untuk mandiri. Apabila orang pascastroke memerlukan bantuan untuk makan, maka orang yang menyuapi harus bersabar, dikarenakan kemampuan untuk mengunyah dan menelan makanan mengalami gangguan atau disfagia. Orang pascastroke lebih mudah tersinggung apabila orang yang menyuapi tidak sabar menghadapinya. Fakta di lapangan, sebagian besar responden mandiri dalam hal makan, meskipun

harus makan dengan tangan kiri, karena tangan kanannya lumpuh.

Mandi adalah indikator kedua dalam *barthel index*. Adanya keterbatasan fisik bukanlah menjadi faktor penghambat untuk tidak mandi secara rutin. Orang pascastroke harus tetap mandi secara rutin meskipun harus dibantu oleh orang lain. Kesegaran akan memberikan energi yang positif kepada orang pascastroke, misalnya akan merasa bugar dan pikiran menjadi jernih (Lingga, 2013).

Orang pascastroke yang berjalan masih menggunakan alat bantu, sebaiknya dibiarkan untuk mandi sendiri. Hal ini penting dilakukan, agar orang tersebut lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhannya. Pertolongan orang lain diperlukan apabila kemampuan gerak orang pascastroke untuk mandi terbatas (Lingga, 2013). Pada kegiatan mandi, penting juga untuk melatih mengoperasikan alat-alat yang ada di kamar mandi, seperti kran, gayung, memakai sabun mandi, dan *bathub*. Pada kondisi di lapangan, berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar responden menggunakan alat bantu berjalan seperti tongkat, sehingga untuk mandi, mereka dapat melakukannya dengan mandiri.

Indikator ketiga adalah perawatan diri. Perawatan diri yang dimaksud di sini adalah menggosok gigi, mencuci muka, menyisir rambut dan lainnya. Perawatan diri ini dapat dilakukan sendiri tanpa perlu bantuan orang lain, apabila orang pascastroke tidak mengalami kelumpuhan total. Perawatan diri dapat dilakukan dengan duduk atau berdiri, apabila orang pascastroke lumpuh total, maka harus disandarkan oleh orang yang membantu.

Orang pascastroke yang mengalami gangguan memori akan lupa cara untuk menggosok gigi, maka perlu diajarkan cara menggosok gigi yang benar (Lingga, 2013). Hasil wawancara pada penelitian ini menunjukkan orang pascastroke dapat menggosok gigi, mencuci muka dan menyisir rambut dengan mandiri, meskipun untuk menuju wastafel atau tempat untuk merawat diri masih dibantu oleh orang lain.

Indikator selanjutnya adalah berpakaian. Selama tangan tidak mengalami kelumpuhan total, orang dengan pascastroke seharusnya dapat berpakaian sendiri. Berpakaian dengan bantuan orang lain ditujukan untuk orang yang lumpuh total, tangan terasa nyeri dan tak nyaman saat digerakkan. Orang dengan pascastroke disarankan untuk menggunakan pakaian yang longgar dan usahakan kemeja. Ini ditujukan agar pasien berlatih menggunakan jarinya

terutama saat memasangkan kancing (Lingga, 2013).

Sebagian besar responden dalam penelitian ini mampu berpakaian sendiri. Meskipun responden berjalan masih menggunakan alat bantu baik itu tongkat maupun kursi roda, namun untuk berpakaian, mereka sudah dapat mandiri. Pada indikator ini, tidak hanya membahas mengenai berpakaian, namun juga membahas mengenai memakai sepatu beserta talinya. Pada awalnya, pasien diajarkan cara memakai sepatu sendiri, namun setelah terbiasa, biarkan memakai sepatu secara mandiri. Manfaat dari hal ini adalah dapat melatih tangan saat menggunakan sepatu dan memakai tali sepatu dengan benar.

Indikator kelima pada *barthel index* adalah mengontrol buang air besar. Orang pascastroke harus dibiasakan buang air besar di toilet. Hal ini mengajarkan kepada orang pascastroke untuk hidup secara normal, namun pada kondisi darurat, orang pascastroke terpaksa buang air besar di ranjang. Orang pascastroke yang usianya sudah sangat tua terkadang terjadi inkontinensia atau tiba-tiba buang air besar namun tidak terasa.

Orang pascastroke yang sudah dapat menggerakkan anggota gerak atau menggunakan alat bantu, akan dapat buang air besar sendiri di toilet. Disarankan orang pascastroke ini menggunakan toilet duduk guna mengurangi terjadinya kecelakaan saat buang air besar, misalnya tiba-tiba nyeri pada kaki. Responden pada penelitian ini sebagian besar tidak mengalami inkontinensia atau masih dapat menahan buang air besar.

Orang pascastroke yang mengalami kelumpuhan total akan kehilangan sensasi untuk buang air kecil atau inkontinesia urin. Orang tersebut akan sering mengompol. Orang pascastroke biasanya buang air kecil menggunakan kateter urin di setiap harinya. Hal ini lebih banyak terjadi pada lansia yang mengalami stroke. Faktor umur juga menjadi faktor terjadinya inkontinensia urin (Lingga, 2013).

Tidak banyak orang pascastroke yang menderita kelumpuhan pada satu sisi mengalami inkontinensia urin. Untuk mengatasi hal ini, anggota keluarga memakaikan *diapers* atau popok khusus untuk lansia. Pada hasil penelitian, sebagian responden tidak mengalami inkontinensia urin dan sebagian mengalami inkontinensia urin.

Indikator yang akan dibahas saat ini adalah mengenai penggunaan toilet. Penggunaan toilet ini berkaitan dengan kegiatan saat buang air besar dan kecil misalnya memakai dan melepas celana dan menyiram WC. Orang pascastroke yang mengalami



kelumpuhan satu sisi akan dapat secara mandiri melakukannya. Hal serupa juga terjadi pada penelitian ini, bahwa sebagian besar responden mandiri dalam penggunaan toilet, meskipun untuk berjalan terkadang masih butuh bantuan minimal.

Transfer dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur adalah indikator kemandirian pada pengukuran kemandirian. Orang pascastroke yang mengalami kelumpuhan total akan memerlukan bantuan beberapa orang untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi, begitu juga sebaliknya. Bertumpu pada tangan yang sehat menjadi kekuatan orang pascastroke dengan kelumpuhan satu sisi untuk transfer, namun, seharusnya tangan yang mengalami kelumpuhan juga harus dilatih dengan cara menekan kasur pada saat orang tersebut duduk.

Tangan yang lumpuh tidak seharusnya dibiarkan terus lunglai. Apabila terus dibiarkan lemas dan lunglai, untuk mencapai kemandirian akan semakin sulit (Lingga, 2013). Pada hasil wawancara dengan orang pascastroke, kebanyakan mereka melakukannya dengan sendiri, meskipun harus bertumpu dengan tangan yang sehat. Tak banyak juga yang masih butuh bantuan orang lain untuk transfer.

Indikator yang akan dibahas saat ini adalah terkait mobilitas. Mobilitas yang dimaksud dalam hal ini adalah berjalan di permukaan datar. Berjalan diatas permukaan datar tidak harus berjalan menggunakan kaki, tapi juga apabila tidak dapat berjalan dapat mengayuh kursi roda sendiri. *Barthel index* terdapat empat kriteria terkait indikator mobilitas, yaitu tidak dapat berjalan dan mengayuh kursi roda sendiri, memerlukan kursi roda, berjalan dengan bantuan, serta mandiri.

Pada orang yang mengalami kelumpuhan total, pasti membutuhkan orang lain untuk latihan jalan. Biasanya mereka menggunakan kursi roda dan tidak dapat mengayuhnya sendiri. Apabila orang pascastroke yang sudah bisa berjalan meskipun menggunakan *walker*, sebaiknya jangan dibiasakan untuk dituntun orang lain (Lingga, 2013). Cara seperti ini akan membantu orang pascastroke menguatkan kembali kakinya yang lumpuh, namun hal ini harus tetap diawasi oleh anggota keluarga atau orang yang ada disekitarnya.

Pada hasil di lapangan, menunjukkan pada saat melakukan terapi, orang pascastroke ini menggunakan kursi roda meskipun sudah dapat berjalan meski menggunakan *walker* atau sudah bisa berjalan dengan pelan. Hal ini dikarenakan mereka merasa takut dan lelah apabila terus berjalan. Namun,

ada juga yang berjalan menggunakan *walker*. Orang yang mengalami stroke dengan tingkat keparahan yang ringan, akan langsung dapat berjalan dengan normal apabila terus berlatih. Pada penelitian ini, sebagian besar merekan mandiri dalam mobilitas.

Indikator yang terakhir adalah naik dan turun tangga. Naik dan turun tangga, tidak akan dapat dilakukan oleh orang yang mengalami kelumpuhan total. Hal yang dilakukan oleh orang pascastroke yang menderita kelumpuhan total adalah berpegangan pada orang yang ada di sekitar. Tidak hanya itu, tangan yang sehat biasanya digunakan untuk berpegangan pada pegangan tangga. Tangan ini dijadikan tumpuan bagi orang tersebut. pada penelitian ini, diketahui bahwa paling banyak responden mandiri dalam hal ini, meskipun bertumpu pada *walker* maupun tangannya yang sehat.

Pada hasil wawancara yang dilakukan dengan responden, ketidakmandirian yang dialami responden dikarenakan responden malas atau hilang minat terhadap kegiatan atau aktivitas. Selain itu, keluarga juga tidak membiarkan responden beraktivitas sendiri. Ada alasan lain yang menyebabkan responden tidak mandiri, yaitu responden pernah terjatuh ketika berlatih atau melakukan aktivitas, sehingga menimbulkan trauma yang pada akhirnya membuat responden takut untuk beraktivitas, terutama berjalan. Kejadian terpeleset di kamar mandi adalah kejadian yang sering terjadi.

Stroke serangan kedua ini menjadi faktor yang berpengaruh juga dalam kemandirian. Stroke serangan kedua ini lebih parah dampaknya. Sebagian besar orang yang terkena stroke serangan kedua ini, anggota gerak sulit untuk digerakkan. Pada kondisi di lapangan ini terjadi, orang yang tidak mandiri ini mengalami stroke serangan kedua.

### **Hubungan karakteristik demografi dengan kemandirian ADL pascastroke**

Umur merupakan salah satu faktor risiko penyebab stroke, namun pada penelitian ini, umur tidak berhubungan dengan kemandirian pascastroke. Pada dasarnya semakin bertambah umur, semakin berkurang kemampuan melakukan ADL. Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Rinajumita (2011) dan Karunia (2015), yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian ADL pascastroke. Penurunan kemampuan fungsi untuk memenuhi kebutuhan dasar dan merawat diri pasti terjadi apabila seseorang yang berumur tua, terlebih lagi pada lansia yang mengalami stroke. tidak hanya

lansia, namun orang yang belum memasuki usia lanjut tapi terserang stroke juga tidak akan dapat mandiri dalam beraktivitas.

Berdasarkan hasil penelitian, dinyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian ADL pascastroke. laki-laki tidak selalu mandiri dalam beraktivitas. Penelitian yang serupa, terjadi pada penelitian Karunia (2015), yang menyebutkan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari pascastroke. Pada kondisi di lapangan kemandirian lebih banyak dialami oleh kaum perempuan. Hal ini karena stroke yang menyerang lebih cepat ditangani dan waktu latihan lebih cepat diterima. Pada laki-laki yang menyebabkan ketidakmandirian adalah depresi. Laki-laki lebih mudah mengalami depresi karena pada awalnya mereka adalah yang bekerja untuk keluarga, namun setelah terserang stroke mereka tidak dapat bekerja. Menjadi beban keluarga dan merasa hidup tidak berguna lebih banyak dirasakan oleh laki-laki.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kemandirian ADL pascastroke. Tidak selamanya orang yang bekerja lebih mandiri dari orang yang tidak bekerja. Orang yang tidak bekerja apabila tetap giat berlatih di rumah atau mengikuti rehabilitasi dapat menjadi mandiri dalam beraktivitas, terutama memenuhi kebutuhan dasarnya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Karunia (2015), yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari pascastroke.

### **Hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke**

Keluarga adalah kelompok sosial yang pertama dalam kehidupan manusia, tempat belajar dan menyatakan diri sebagai manusia sosial di dalam hubungan interaksi dengan kelompok (Gerungan, 1991). Keluarga juga memberi pengaruh pada penentuan keyakinan dan nilai, terutama dalam penentuan program pengobatan. Peranan keluarga juga berpengaruh pada perkembangan individu. Sesuai dengan pernyataan di atas, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke. Keluarga memberi pengaruh terhadap perkembangan pascastroke. Bagi penderita stroke dalam upaya mempertahankan kesehatan, keluarga bertindak sebagai *support system*.

Kecacatan yang diderita oleh penderita stroke, membuatnya sulit untuk beradaptasi, sehingga berpengaruh terhadap suasana hati, bisa marah atau bahkan menangis. Menurunnya kapasitas otak akibat stroke pasti akan mempengaruhi fungsi otak. Kecacatan juga akan mempengaruhi fungsi gerak dan psikologis. Hal ini akan semakin parah apabila orang tersebut kehilangan kemandirian dalam beraktivitas. Perubahan fisik membuat penderita stroke merasa terasingkan dan hidupnya tidak berguna lagi karena hidupnya bergantung pada orang lain. Hal ini pula akan menjadi murung dan depresi.

Berdasarkan analisis risiko, dukungan keluarga berisiko menyebabkan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari atau ADL pascastroke (Karunia, 2015). Maka dari itu, pemulihan pascastroke ditujukan semata-mata untuk mengembalikan kemandirian, namun juga memulihkan aspek-aspek sosial. Rehabilitasi dilaksanakan mada saat awal seseorang terkena stroke sampai jangka panjang. Pada saat dirumah, keluarga berperan dalam pengembalian kemandirian misalnya dengan perawatan secara praktis di rumah serta latihan guna membiasakan hidup secara mandiri.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rinajumita (2011) dan Karunia (2015), yang menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari. Hasil wawancara, dukungan keluarga yang paling banyak diterima adalah sikap sabar yang diberikan oleh anggota keluarga dalam menghadapi responden, selalu menghargai apa yang dilakukan responden, selalu memotivasi agar tetap berlatih, selalu memberikan informasi yang bermanfaat bagi kesehatan, dan selalu mengantar dan menjemput responden. Responden yang memiliki dukungan keluarga yang kurang dikarenakan hidup terpisah dengan anggota keluarga yang lain atau hidup sendiri, suami/istri salah satunya meninggal, dan hidup dengan keluarga, namun sudah tidak dipedulikan dan anggota keluarga sibuk bekerja.

Keputusan yang dibuat anggota keluarga dan dukungan untuk mengikuti terapi juga akan mempengaruhi kecepatan orang pascastroke untuk mencapai kemandirian. Kemandirian akan lebih cepat muncul apabila anggota keluarga cepat memutuskan kapan dilakukan rehabilitasi. Semakin cepat latihan, maka akan semakin cepat pula penyesuaian terhadap kemandirian. Beberapa penelitian menyatakan sebaiknya latihan atau rehabilitasi medik dimulai sebelum 6 bulan pasca

serangan stroke terjadi, agar pemulihan berjalan dengan baik (Lingga, 2013).

Kalimat pujian ini menjadi salah satu sumber kekuatan dan motivasi untuk tetap berlatih dan rutin melakukannya. Pada masa latihan, keluarga dan pelatih harus bekerjasama untuk menciptakan suasana latihan yang santai namun terarah. Kalimat pujian dan penyemangat diberikan apabila orang pascastroke tersebut telah berhasil menyelesaikan latihan. Adanya kalimat pujian yang diucapkan anggota keluarga maupun pelatih akan memberi semangat berlatih dikarenakan keinginan yang besar untuk segera pulih muncul.

Bentuk dukungan keluarga lainnya yang dapat meningkatkan kemandirian adalah dengan menyediakan benda-benda yang dibutuhkan orang pascastroke. Benda ini dibutuhkan oleh orang pascastroke untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Beberapa benda yang dibutuhkan ini dapat dimodifikasi sesuai dengan kondisi orang pascastroke. benda-benda tersebut adalah sapu tangan untuk mengelap air liur, perlengkapan makan dan minum, perlengkapan untuk perawatan diri dan kebersihan tubuh, serta alat bantu jalan.

Sebelum menyediakan benda-benda tersebut, sebaiknya menanyakan benda yang disukai oleh orang pascastroke. Benda-benda yang disukai tersebut akan membuatnya senang dan memungkinkan diletakkan di manapun sesuai keinginannya. Benda-benda tersebut diharapkan dapat melatih dan dapat menghibur orang pascastroke. Pada saat wawancara, terdapat anggota keluarga pasien yang menyediakan alat *fitness* di rumah seperti yang ada di tempat rehabilitasi (Lingga, 2013). Alat *fitness* ini adalah *static bicycle*. Alat ini sangat bermanfaat bagi pasien, karena membuatnya aktif berlatih sendiri.

Mengatur pola diet juga penting untuk mempertahankan kesehatan dan mempercepat pemulihan pascastroke. Makanan yang akan diberikan kepada orang pascastroke harus diperhatikan nilai gizinya dan harus memadai. Disfagia yang dialami oleh orang pascastroke, menyulitkan dalam menelan makanan, oleh karena itu anggota keluarga harus menyediakan makanan yang sesuai dengan acuan menu yang boleh dikonsumsi oleh orang pascastroke. Kecukupan kalori juga perlu diperhatikan.

Orang pascastroke yang kekurangan kalori tidak memiliki tenaga untuk berlatih dan merasa lemas. Kalori yang berlebihan juga membuat orang pascastroke sulit untuk bergerak. Hal inilah

yang juga akan menghambat kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Lingga, 2013). Dukungan keluarga yang berupa penyediaan diet pascastroke juga mempengaruhi kecepatan pemulihan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari.

Tempat tinggal juga menjadi faktor yang mempengaruhi kemandirian ADL pasien pascastroke. Hal ini terkait dengan gambaran ergonomi tidaknya tempat tinggal sesuai dengan kondisi pasien. Kondisi tempat tinggal dapat menjadi pemicu timbulnya kemandirian pascastroke, serta bahkan dapat menjadi penghambat pasien pascastroke dalam melakukan aktivitas (Irfan, 2010). Kondisi tempat tinggal orang pascastroke seharusnya dibuat atau dirancang sesuai dengan kondisi orang pascastroke itu sendiri, sehingga mereka merasa nyaman dan semakin gemar berlatih di rumah.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Responden pascastroke paling banyak berumur 43-61 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan tidak bekerja. Dukungan yang baik dari keluarga lebih banyak diterima oleh orang pascastroke, karena keluarga selalu memberikan dorongan dan motivasi untuk tetap berlatih. Responden dalam penelitian ini adalah orang yang mengikuti rehabilitasi, sehingga sebagian besar mereka mandiri dalam beraktivitas. Hasil analisis data, menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur, jenis kelamin dan pekerjaan dengan kemandirian dalam melakukan ADL, namun terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian ADL pascastroke.

### Saran

Bagi anggota keluarga, diharapkan untuk menciptakan suasana yang baru, agar anggota keluarga yang mengalami stroke lebih tenang. Situasi yang tenang akan menghindarkan dari emosi dan depresi yang nanti akan berakibat pada ketidakmandirian. Anggota keluarga harus terus memotivasi agar orang pascastroke terus berlatih. Selain itu tetap mempertahankan atau meningkatkan kondisi kesehatan agar tidak mengalami stroke serangan kedua. Keluarga selalu berusaha untuk menciptakan aktivitas yang bermanfaat bagi kemandirian, dengan demikian kejadian depresi akan berkurang. Bagi pelatih atau terapis, diharapkan juga mampu mengerti bahasa yang digunakan pasien untuk memudahkan komunikasi. Kalimat pujian

juga tetap harus diberikan dan selalu berkomunikasi, agar pasien tidak pasif dan tidak mengalami depresi. Pihak Instalasi Rehabilitasi Medik juga tetap melakukan penyuluhan kepada anggota keluarga pasien mengenai tata cara perawatan pasien pascastroke.

## REFERENSI

- CDC, NCHS. 2015. Underlying Cause of Death 1999-2013.
- Elkind, MS., Sacco, R. 2001. *Stroke*. Woburn: butterworth-heinemann: 100.
- Engstrom, G., Hedblad, B., Rsovall, M., Janzon, L., Lindgarde, F. 2005. Occupation, Marital Status, and Low-Grade Inflammation: Mutual Confounding or Independent Cardiovascular Risk Factors?. *Journal of The American Heart Association*, vol. 26 no. 1: 643–648.
- Friedman, M.M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Gerungan, WA. 1991. *Psikologi Sosial*. Bandung: PT Eresco.
- Hall, M.J., Levant, S., DeFrances C.J. 2012. *Hospitalization for stroke in U.S. hospitals, 1989–2009*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- Irfan M. 2010. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Karunia, E. 2015. Determinan Kemandirian Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) Pascastroke. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, Balitbangkes.
- Kuntjoro. 2002. Hubungan Dukungan Sosial dengan Tingkat Sosial pada Lansia. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Muhammadiyah.
- Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pascastroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J, Go A.S., Arnett D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., de Ferranti, S., et al. 2015. Heart Disease and Stroke Statistics 2015. *Journal of American Heart Association. Circulation* 131; 29–322.
- Murti, B. 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiology*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nurmalasari, N. 2013. Pengaruh Rehabilitasi Medik Terhadap Kecepatan Stroke Recovery pada Penderita Stroke Iskemik. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rinajumita. 2011. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lampas Kecamatan Payakumbuh Utara Tahun 2011. *Skripsi*. Padang: Universitas Andalas.
- Rosiana, E. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Fisioterapi pada Klien Pascastroke di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD Sleman Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Respati: 11–15.
- Smet, K.G. 2004. Social Support Survey. *Journal of Social Science and Medicine*, 32, pp. 705–06.
- Stroke Association. 2015. Impact of Stroke (Stroke Statistics) [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics\\_UCM\\_310728\\_Article.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-Stroke-Stroke-statistics_UCM_310728_Article.jsp). [Sitasi 29 Juli 2015]
- Wardhani, I.O. 2014. Hubungan Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi pada Pasien Pascastroke. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- WHO. 2010. Global Burden of Stroke. [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_15\\_burden\\_stroke.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf). [Sitasi tanggal 30 Juli 2015]