

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE
YANG MENGALAMI KELUMPUHAN DI RUMAH**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

ADE PRIHASTINI EKA YATSIH

NIM 16.0354.689.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE
YANG MENGALAMI KELUMPUHAN DI RUMAH**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan
(S. Kep)



Disusun Oleh:

ADE PRIHASTINI EKA YATSIH

NIM 16.0354.689.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

HALAMAN PENGESAHAN
PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE
YANG MENGALAMI KELUMPUIHAN DI RUMAH

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Ade Prihastini Eka Y.
16035468901

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 18 Agustus 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom
NIDN. 1112058203



2. Ns Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1129059301



3. Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep. M.Kep
NIDN. 1124118301



4. Ns. Hamka, S.Kep., M.Kep., RN., WOC(ET)N
NIK. 198605212011111001



Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ade Prihastini Eka Yatsih
NIM : 16.0354.689.01
Program Studi : S1–Ilmu Keperawatan
Judul Laporan Tugas Akhir : Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien
Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di
Rumah

Menyatakan bahwa Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang di rujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, Agustus 2020
Yang membuat pernyataan,

Ade Prihastini Eka Yatsih

NIM:16.0354.689.01

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT, yang mana atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah” dalam rangka memenuhi syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di ITKES Wiyata Husada Samarinda.

Dalam pembuatan Skripsi ini, saya sangat menyadari bahwa penulis tidak dapat melakukannya sendiri tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MD., MM selaku Ketua Yayasan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Dr. Eka Ananta Sidharta CA. CFrA selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata Samarinda.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri M. Kep., Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda
5. Ns. Chrisylen Damanik S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing I, atas bimbingan serta masukannya dalam berbagi ilmu maupun pengalaman yang sangat bermanfaat.
6. Ns. Hamka S.Kep., M.Kep., WOC(ET)N selaku Pembimbing II, atas bimbingan serta masukan dalam berbagi ilmu maupun pengalaman yang bermanfaat.
7. Ns. Siti Mukarommah, S.Kep, M.Kep selaku Penguji satu yang memberikan masukan demi perbaikan terhadap penulisan penelitian saya baik proposal maupun skripsi.
1. Ns. Marina Kristi Layun, S.Kep, M.Kep selaku penguji dua yang memberikan masukan demi perbaikan terhadap penulisan penelitian saya baik proposal maupun skripsi.

8. Kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan baik bersifat moral maupun material selama saya menjalankan studi di ITKES Wiyata Husada Samarinda.
9. Rekan-rekan satu bimbingan yang saling bertukar informasi, saling memberi saran dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
10. Teman-teman angkatan 2016 ITKES Wiyata Husada Samarinda, khususnya Keperawatan kelas A yang saling mendukung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, Agustus 2020

Peneliti



ITKES WHS

Ade Prihastini Eka Yatsih

NIM: 16.0354.689.01

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ade Prihastini Eka Yatsih

NIM : 16.0354.689.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di Rumah.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Agustus 2020

Yang menyatakan

Ade Prihastini Eka Yatsih

ABSTRAK

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE YANG MENGALAMI KELUMPUHAN DI RUMAH

Ade Prihastini Eka Yatsih¹, Chrisyen Damanik², Hamka³

Latar Belakang: Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang menyuplai darah ke otak. Dampak bagi keluarga merawat pasien stroke di rumah, akan memiliki tekanan yang tidak semestinya pada pengasuh seperti melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional di lakukan untuk memberi kenyamanan **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan memberikan gambaran yang menyeluruh terhadap pengalaman dalam kesiapan dan kemampuan dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. **Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi, pengambilan data *in-depth interview* dengan wawancara semi struktur, kepada 3 keluarga pasien sesuai dengan kriteria inklusi. **Hasil:** menghasilkan 3 tema terkait (1) Tahapan kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke; (2) Bentuk dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke; (3) Harapan keluarga saat merawat pasien stroke. **Kesimpulan:** keluarga yang merawat pasien stroke harus memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke di rumah seperti tahap kesiapan, bentuk dukungan dan memiliki harapan yang baik kedepan.

Kata kunci: Merawat, Pengalaman keluarga, Stroke

¹ Mahasiswa, Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen, Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Praktisi Perawatan Luka, Fasilitas Pelayanan Kesehatan NCI Centre Kalimantan

ABSTRACT

FAMILY EXPERIENCE IN CARING FOR STROKE PATIENTS WHO EXPERIENCED HOME GROWTH

Ade Prihastini Eka Yatsih¹, Chrisylen Damanik², Hamka³

Background: Stroke is a cerebrovascular disease in which there is impaired brain function associated with disease of the blood vessels that supply blood to the brain. The impact on families caring for stroke patients at home, will have undue pressure on caregivers such as carrying out routine checks, self-care management, changing diet, physical activity, and maximizing emotional support to provide comfort. **Purpose:** This study aims to explore and provides a comprehensive picture of the experience in preparedness and ability to treat stroke patients who have paralysis at home. **Methods:** This study used a phenomenological approach. In-depth interviews were collected using semi-structured interviews with 3 patient families according to the inclusion criteria. Results: produced 3 related themes (1) The stages of family readiness to face family members who have had a stroke; (2) Forms of family support in caring for stroke patients; (3) Family expectations when caring for stroke patients. **Conclusion:** families who care for stroke patients must have the readiness to care for stroke patients at home such as the stage of readiness, forms of support and have good hopes for the future.

Keywords: Caring, Family Experience, Stroke

¹ Student, Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

² Lecturers, Nursing Study Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³ Wound Care Practitioners, NCI Center Kalimantan Health Care Facility

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PUBLIKAS	vi
ABTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	5
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Telaah Pustaka	9
1. Konsep Stroke	9
2. Konsep kelumpuhan.....	15
3. Konsep Keluarga	17
4. Dukungan Keluarga.....	23
5. Keperawatan Keluarga	25
B. Teori Keperawatan	26
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	31
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian	32
C. Partisipan.....	33
D. Instrument Penelitian	34
E. Teknik Pengumpulan Data	35
F. Proses Pengumpulan Data.....	35
G. Analisis Data	37
H. Keabsahan Data	39
I. Etika penelitian	40
J. Alur peneleitian	42
BAB IV HASIL PENELITIAN	43
A. Hasil Penelitian	43
1. Karakteristik umum	43
2. Tema-tema yang di dapatkan	45
B. Pembahasan	55
C. Keterbatasan	60

BAB V PENUTUP	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	62
LAMPIRAN.....	



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka pikir dengan modifikasi Sister Chalista Roy	30
Skema 2.2	Alur peneleitian	42
Skema 4.2.1	Tema 1 Tahapan kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke	47
Skema 4.2.2	Tema 2 Bentuk dukungan keluarga saat merawat pasien stroke...	49
Skema 4.2.3	Tema 3 Harapan keluarga saat merawat pasien stroke.....	50



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik partisipan	43
---	----



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : *Plan of Action* Tugas Akhir Tahun Akademik 2019/2020
- Lampiran 2 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Permohonan Menjadi Partisipan
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan Pada Penelitian
- Lampiran 5 : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan Dan Pengambilan Data Di
Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata
- Lampiran 6 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 7 : Flayer
- Lampiran 8 : Langkah-Langkah melakukan IDIs
- Lampiran 9 : Sop Pencegahan Covid -19
- Lampiran 10 : Analisis Data
- Lampiran 11 : Dokumentasi Kegiatan
- Lampiran 12 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 13 : Manuskrip



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah suatu penyakit serebrovaskuler dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardhani, 2015). Di mana Penderita stroke akan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh di sebabkan oleh karena penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Immobilisasi yang tidak mendapatkan penanganan yang tepat, akan menimbulkan komplikasi berupa abnormalitas tonus, Orthostatic hypotension, deep vein thrombosis dan kontraktur (Garrison, 2003).

Lewis (2007) mengemukakan bahwa atrofi otot karena kurangnya aktivitas dapat terjadi hanya dalam waktu kurang dari satu bulan setelah terjadi serangan stroke. Kontraktur merupakan salah satu penyebab terjadinya penurunan kemampuan pasien stroke dalam melakukan rentang gerak sendi. Sehingga stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf akibat aliran darah ke otak karena adanya sumbatan dan perdarahan ke otak. Kelumpuhan merupakan suatu kondisi yang menyebabkan seseorang kehilangan kemampuan untuk menggerakkan sebagian atau seluruh tubuh yang diakibatkan oleh hilangnya fungsi otot atau hanya secara parsial, yang mana masih dapat bergerak namun sangat lemah dan terbatas karena penurunan aktivitas sendi sehingga sendi akan mengalami kehilangan cairan sinovial dan menyebabkan kekakuan akan mengalami kelumpuhan yang paling umum terbesar di Indonesia adalah Penyakit stroke.

Berdasarkan *world stroke organization*, (2016) stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan penyebab kedua kematian di dunia. Setiap tahun, 17 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Hampir enam juta meninggal dan lima juta orang mengalami cacat permanen yang disebabkan oleh stroke. Sedangkan menurut *American Heart Association*, (2016) setiap 40 detik seseorang mengalami stroke dan setiap 4 menit seseorang meninggal karena stroke. Terdapat kecenderungan meningkatkan jumlah penyandang

stroke di dunia dalam dasawarsa terakhir kecenderungan menyerang generasi muda yang masi produktif (Iriani, 2018).

Di Indonesia stroke berada pada peringkat pertama sebagai penyebab kematian disemua umur dengan persentase 15,4%. Berdasarkan hasil Riskesdas 2007 stroke juga menduduki peringkat pertama sepuluh besar penyakit tidak menular di Indonesia dengan persentase 26,9% dimana prevalensi stroke di Indonesia 83% per 1000 penduduk. Berdasarkan data (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Di Kalimantan timur tahun 2018 penyakit stroke berkisar 14,7%, berusia ≥ 75 dengan persentase 50,2%, untuk jenis kelamin laki-laki 11.0% lebih tinggi di bandingkan dengan perempuan 10.9%, untuk perkotaan 12,6% angka presentase lebih tinggi di bandingkan perdesaan 8,8%, untuk pendidikan yang tertinggi adalah tidak/belum pernah sekolah dengan presentase 21.2% dan untuk yang tidak berkerja 21.8% lebih tinggi dari yang bekerja (Riskesdas, 2018) dan jumlah penderita stroke di Samarinda sendiri 161 pada tahun 2019 (Dinkes Samarinda, 2019).

Peneliti Setyoadi (2017) menjelaskan dalam hal ini, sebanyak 50% dari penderita stroke mengalami kesulitan melakukan aktivitas di karenakan kelumpuhan termasuk mandi, jalan kaki, naik tangga, melakukan pekerjaan rumah tangga, menyiapkan makanan, dan berpergian. Penderita stroke tidak dapat mandiri dan memerlukan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, sehingga pasien stroke memerlukan dukungan dari keluarga yang tinggal dalam satu rumah. Karunia (2016) melakukan penelitian yang menjelaskan mengenai Hubungan Antara Keluarga dengan kemandirian *Activity of Daily Living Pasca Stroke*, yang mana dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga baik moril maupun materil berupa motivasi, saran, informasi dan bantuan yang nyata (Smet, 2004). Dukungan keluarga dapat di peroleh dari anggota keluarga (suami, anak, dan kerabat), teman keluarga relasi (Kuntjito, 2002). Adanya dukungan keluarga membuat orang pasca stroke tidak mengalami depresi, karena tetap terjalani komunikasi dengan orang lain, agar nantinya psien lebih mandiri dalam melakukan *Activity of Daily living (ADL)* paska stroke sehingga keluarga dapat membantu proses perawatan pasien untuk penderita stroke bisa

melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal, di dalam dukungan keluarga, keluarga memiliki dampak di mana pemulihan penderita stroke memerlukan waktu yang lama dalam penyembuhannya.

Dampak dimana keluarga merasa terbebani dengan pemberian perawatan jangka panjang dan dengan dampak yang ditimbulkan dari penyakit stroke pada penderita, akan menimbulkan dampak psikologis pada keluarga pasien, salah satunya keluarga merasa khawatir dengan perkembangan keadaan klien, pengobatan maupun perawatan (Nursalam, 2009). Bahwa merawat pasien stroke di rumah, terutama mereka yang lumpuh akan memiliki tekanan yang tidak semestinya pada pengasuh seperti melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional di lakukan untuk memberi kenyamanan. Namun, beberapa keluarga mengalami kesulitan dalam menjalani rutinitas yang stabil berhubungan dengan proses pengobatan yang lama, perubahan aktivitas fisik, serta perubahan peran, tanggung jawab, dan beban finansial (Kartika, 2015).

Studi pendahuluan di Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata menyatakan bahwa jumlah pasien stroke sepanjang 2019 hingga 2020 sebanyak 73 pasein. Hasil wawancara dengan keluarga pasien yang merawat keluarga penderita stroke. Wawancara yang pertama di lakukan kepada Ny.N mengatakan bahwa dengan kondisi suaminya yang menderita stroke sudah ke tiga kalinya ini memiliki perasaan duka, dan penuh kesabaran serta merasakan kelelahan dalam perawatan dengan jangka panjang, dan istri selalu siap menemani sepanjang hari untuk memenuhi kebutuhan suami, harapan istri hanya bisa memberikan yang terbaik kepada suaminya sedangkan Nn.C yang merawat kakeknya, dengan penderita stroke mengatakan bahwa dia yang dominan merawat kakeknya di bandingkan keluarga yang lain, karena kesibukan masing-masing keluarganya, cucunya berfikir bahwa kakeknya sulit untuk sembuh, karna kondisi usia yang sudah menua, dan cucu hanya bisa berserah diri kepada yang Maha Kuasa. Ny. A yang merawat suaminya yang menderita stroke mengatakan istri tetap berusaha dan semangat untuk kesembuhan suaminya, dengan

menyemangati dalam perawatannya yang telah di jalani di rumah dan selalu berdoa untuk di beri kesabaran dalam situasi apapun itu.

Berdasarkan uraian diatas hasil studi pendahuluan memiliki hasil yang berbeda meskipun keluarga yang memberi perawatan (*family caregiver*) pada keluarga merasa terbebani karena harus merawat dalam jangka waktu yang lama namun, dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien karena memiliki pengaruh positif terhadap perawatan dan kesehatan pasien paska perawatan di Rumah Sakit. Pasien stroke yang mengalami keterbatasan fisik akan mudah mengalami perubahan emosi dan tidak ada lagi harapan, karena ketidak mampuan dalam beradaptasi dengan kondisi sakitnya dan keluarga juga beradaptasi dengan stressor yang juga di alaminya dengan ini model konseptual teori adaptasi yang di kemukakan Sister Calista Roy menitik beratkan bahwa penerimaan jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas atau soial. Masing–masing di perlukan oleh perawat sebagai system adaptasi yang *holistic* dan terbuka.

Berdasarkan fenomena yang peneliti amati dan pahami baik dari hasil teori yang sudah ada maupun penelitian yang sudah ada peneliti tertarik untuk mengajukan penelitian dengan judul “Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah”. Studi kualitatif, pengalaman keluarga merawat anggota keluarga yang sakit stroke akan berbeda di rasakan pada setiap orang, sehingga pendekatan kualitatif memungkinkan untuk di lakukan guna mendapatkan pengalaman pada area yang lebih luas. Berbagai fenomena pengalaman keluarga dengan penyakit stroke dan memerlukan bantuan pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) telah ditemukan dengan hasil yang variatif. Penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2009) tentang pengalaman caregiver merawat pasien stroke di rumah di Kota Depok, hasil penelitian mengidentifikasi adanya beban yang dirasakan *caregiver* baik secara fisik, psikologis, ekonomi dan sosial. Selain itu belum ada peneliti kualitatif yang spesifik menggali Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah.

B. Rumusan Masalah

Stroke adalah suatu penyakit serebrovaskuler dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak. Penderita stroke akan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh di sebabkan oleh karena penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi). Dampak bagi keluarga bahwa merawat pasien stroke di rumah, terutama mereka yang lumpuh akan memiliki tekanan yang tidak semestinya pada pengasuh seperti melakukan pemeriksaan rutin, manajemen perawatan diri, perubahan pola makan, aktivitas fisik, dan memaksimalkan dukungan emosional di lakukan untuk memberi kenyamanan. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan dan penyebab kedua kematian di dunia. Setiap tahun, 17 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Hampir enam juta meninggal dan lima juta orang mengalami cacat permanen yang disebabkan oleh stroke. Berdasarkan fenomena di atas perlu di lakukan penelitian terkait apakah terdapat perbedaan Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan memberikan gambaran yang menyeluruh terhadap pengalaman dari kesiapan dan kemampuan dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi sesuatu referensi dan konsep yang dapat menggali informasi bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut.

2. Manfaat Praktis

Manfaat praktis dari penelitian ini hasil yang di peroleh dari peneliti ini dapat di jadikan sebagai kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.

E. Penelitian terkait

Penelitian yang berkenaan dengan pengalaman keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengikuti kegiatan rehabilitas paska stroke antara lain:

1. Esa karunia (2016) meneliti tentang peneliti meneliti hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian dalam melakukan ADL paska stroke. Penelitian ini termasuk penelitian observasional analitik, dengan rancangan penelitian yaitu desain *cross sectional*. Metode pengambilan sampel menggunakan simple random sampling dengan jumlah responden 47 orang. Penelitian dilaksanakan di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUD 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 paska stroke. Hasil penelitian menyebutkan sebagian besar responden paska stroke berumur 43–61 tahun, berjenis kelamin laki-laki, dan tidak bekerja. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga sangat berperan penting bagi kesembuhan pasien paska stroke. Berbedaannya menggunakan metode pengambilan sampel menggunakan sampel random dan sedangkan persamaannya dukungan keluarga akan dapat membantu proses perawatan stroke dapat melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Keluarga sangat berperan penting dalam ADL pasien stroke.
2. Setyoadi (2017). Meneliti tentang untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke di instalasi rawat jalan rehabilitasi medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pengambilan sampel secara *purposive sampling* dengan jumlah sampel 57 pasien. Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Barthel index* dan kuesioner dukungan keluarga. Berdasarkan hasil analisis data didapatkan dukungan keluarga skor rata-rata adalah 87, 84 termasuk kategori baik. Sementara skor rata-rata kemandirian pasien stroke adalah 81,75 termasuk kategori sesang. Hasil uji statistik menunjukkan nilai signifikasi $p = 0,00$ ($\alpha = 0,05$). Perbedaannya penelitian ini terhadap metode kuantitatif sedangkan peneliti menggunakan

metode kualitatif, persamaan mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke.

3. Iriani Dewi Setiawan (2018). Ini menunjukkan bahwa pada pasien paska stroke mengalami status mobilitas yang buruk antara satu dan tiga tahun setelah stroke. Pasien mengalami penurunan tingkat aktivitas, masalah kognitif, kelelahan dan perasaan depresi setelah stroke menyatakan bahwa pasien setelah mengalami stroke cenderung akan hidup lama dalam penurunan fungsi, terjadi perubahan peran fisik, gangguan mood, penurunan kognitif dan penurunan interaksi sosial. Informan pada penelitian ini berjumlah 6 informan yang menggunakan *purposie sampling*. Dengan perekam *voice recorder*, metode Colaizi. Dampak dari perubahan-perubahan tersebut dapat menyebabkan salah satunya penurunan kualitas hidup pasien. Melihat kompleksnya masalah yang dialami oleh pasien paska stroke maka peneliti mengambil pengalaman hidup pada pasien pasca stroke. Perbedaannya membahas pengalaman hidup pasien tidak membahas pengalaman keluarganya dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah, sedangkan persamaan dalam penelitian sama menggunakan metode Colaizz.
4. Annisa Wuri Kartika (2015). Menunjukkan bahwa merawat anggota keluarga yang mengalami sakit kronis memengaruhi kehidupan anggota keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis. Metode penelitian yang di gunakan, yaitu kualitatif dengan fenomenologi deskriptif. Partisipan merupakan delapan keluarga yang merawat anggota keluarga dengan sakit kronis. Tema yang di temukan mencakup perubahan status penelitian menggambarkan respon psikologis keluarga, upaya untuk memprtahankan kesehatan, dan harapan keluarga. Stimulus yang di alami keluarga berbeda bergantung pada onset, lama, dan prognosis penyakit serta tahapan stress yang dialami keluarga. Perawat dapat memberikan manajemen asuhan keperawatan kepada keluarga berupa intervensi pendidikan kesehatan mengenai penyakit kronis, psikoedukasi, dan konseling keluarga dalam penderita sakit kronis. Perbedaan dari

penelitian ini adalah Pengalaman Keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah dan persamaan dengan penelitian ini menggunakan metode yang sama yaitu kualitatif.

5. Elsi Ramadani (2019) penelitian ini bertujuan untuk analisis peningkatan kekauan otot pada pasien stroke non-hemoragik dengan hemiparese melalui latihan Pasif *Range of Motion* (ROM) di rumah sakit Curup Bengkulu 2019. Dengan metode penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* desain pre dan post-test. Meningkat pada kelompok intervensi dan tidak ada peningkatan pada kelompok kontrol. Persamaan dengan penelitian ini membahas kelumpuhan atau kecacatan pada penderi stroke dan perbedaannya tidak menggunakan metode experiment.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah pustaka

1. Konsep Stroke

1) Definisi

Stroke adalah suatu penyakit serebrovaskuler dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardani, 2015). Stroke adalah keadaan yang muncul ketika pembuluh darah ke otak gagal mensuplai oksigen ke sel-sel otak. Stroke terjadi karena terganggunya suplai darah ke otak yang dikarenakan pecahnya mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan otak (*World Health Organization*, 2016). Data statistik stroke dunia menyatakan sekitar 15 juta orang di dunia mengalami stroke tiap tahunnya dan 1 dari 6 orang diseluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidup mereka (*Stroke Association*, 2013).

Stroke bisa disebabkan oleh thrombosis, biasanya terjadi karena adanya aterosklerosis. Stroke karena thrombosis paling sering terjadi pada orang dengan diabetes. Embolisme sumber penyebab emboli adalah tumor, lemak bakteri dan udara. Perdarahan (hemoragik): stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang banyak dan penyembuhan paling lambat di bandingkan dengan tipe stroke yang lain. Sedangkan Penyebab lainnya biasanya terjadi karena infeksi, tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, dan perlukaan otak (Ira tri ongo, 2011).

Faktor resiko stroke adalah suatu keadaan/kondisi kesehatan atau penyakit yang ada pada seseorang yang beresiko terhadap timbulnya serangan stroke. Kondisi ini jika tidak di kendalikan atau di obati dapat memburuk dan berakibat terjadinya penyempitan atau pecahnya pembuluh darah di otak (Yastroki, 2009). Adapun faktor resiko stroke dapat di modifikasin antara lain: (1) tekanan darah tinggi atau Hipertensi; (2) penyakit jantung; (3) diabetes militus; (4) hiper

koletrolatau Lemak; (5) Obesitas atau kurang aktivitas; (6) usia; (7) keturunan. Berikut adalah penjelasan yang lebih mendalam:

Tekanan darah atau Hipertensi merupakan hasil tekanan darah yang konsisten sistolik dari 140 mmHg atau diastolic lebih dari 90 mmHg. Hipertensi umum terjadi, menyerang lebih dari sepertiga orang I atas usia 50 tahun. Hipertensi merusak sel-sel endotel arteri kemungkinan di sebabkan oleh kelebihan tekanan dan perubahan karakteristik aliran darah. Kerusakan ini dapat merangsang perkembangan plak aterosklerosis, hipertensi dan aterosklerosis seperti lingkaran setan. Aterosklerosis menyebabkan hipertensi, sebaliknya hipertensi juga dapat memacu terjadinya aterosklerosis. Tekanan darah yang tinggi bisa menimbulkan daya regang yang dapat mencederai endotel arteri, terutama di daerah percabangan atau belokan. Cedera yang berulang-ulang menimbulkan peradangan yang akhirnya plak dengan segala konsekuensinya (Kabo Petter, 2008).

Penyakit jantung pada Stroke merupakan faktor penyebab paling kuat terjadinya stroke iskemik. Jenis penyakit jantung yang menjadi faktor resiko stroke diantaranya penyakit jantung seperti pada fibrilasi atrium yang dapat menyebabkan penurunan kardiak output, sehingga terjadi gangguan perfusi serebral. Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah keadaan dimana terjadi ketidak seimbangan antara kebutuhan otot jantung atas oksigen dengan penyediaan yang di berikan oleh pembuluh darah koroner. Ketidakmampuan pembuluh darah koroner untuk menyediakan kebutuhan oksigen biasanya diakibatkan oleh penyumbatan athroma (plak) pada dinding bagian dalam pembuluh darah koroner (Abdul Majid, 2007).

Diabetes di kaitkan dengan kadar lemak darah lebih tinggi, insidensi hipertensi lebih tinggi, dan kegemukkan, semua faktor resiko mempunyai kekhasan masing-masaing selain itu, diabetes mempengaruhi endotalium pembuluh darah, berperan pada peroses aterosklerosis dan terjadi gangguan atau kerusakan vaskuler baik pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil karena

hiperglikemia sehingga aliran darah menjadi lambat, termasuk juga hambatan dalam aliran darah ke otak (Lemone Priscilla, 2014).

Kolesterol kadar kolesterol yang tinggi membuatnya lebih mudah tertimbun (melekat) pada dinding pembuluh darah sehingga menjadi plak dengan segala konsekuensinya. Kolesterol LDL yang teroksidasi paling berbahaya karena mudah terjebak masuk ke dalam dinding pembuluh darah dan menyebabkan plak atheroma, dan bila plak atheroma tersebut mengalami peradangan, maka dinding pembuluh darah menjadi tidak stabil, dalam tubuh menyebabkan arterosklerosis pada pembuluh darah ke otak dan terbentuknya lemak sehingga aliran darah lambat. Di samping itu hiperkolesterol dapat menimbulkan penyakit jantung koroner (Arifin et al., 2010).

Obesitas dan kurang aktivitas merupakan faktor penyebab terjadinya hiperkolesterol, hipertensi dan penyakit jantung. Umumnya didefinisikan sebagai indeks massa tubuh (IMT) 30kg/m^2 atau lebih dan didistribusikan lemak yang mempengaruhi resiko PJK. Orang yang obesitas mempunyai angka diabetes, hipertensi dan hiperlidemia yang lebih tinggi (Lemone Priscilla, 2014).

Usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah, makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke terutama pada Usia 40–lanjut usia. Riwayat medis keluarga adalah catatan informasi kesehatan tentang seseorang dan kerabat dekatnya. Sebuah catatan lengkap mencakup informasi dari tiga generasi keluarga, termasuk anak-anak, saudara laki-laki dan perempuan, orang tua, bibi dan paman, keponakan dan keponakan, kakek-nenek, dan sepupu dan dalam hal ini adanya riwayat keluarga yang terkena stroke terutama keluarga inti (Tarwoto, 2013).

Klasifikasi Price (2006) menjelaskan stroke diklasifikasikan menjadi 2 sub grup mayor, yaitu: (1) Stroke Hemoragik Stroke hemoragik terjadi pada otak yang mengalami kebocoran atau pecahnya pembuluh darah di dalam otak, sehingga darah menggenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak. Adanya darah yang

mengenangi atau menutupi ruang-ruang jaringan sel otak akan menyebabkan kerusakan jaringan sel otak dan menyebabkan kerusakan fungsi kontrol otak. Stroke hemoragik pada umumnya terjadi pada lanjut usia, karena penyumbatan terjadi pada dinding pembuluh darah yang sudah rapuh (*aneurisma*). Stroke hemoragik bisa juga disebabkan karena faktor keturunan (*genetik*). Keadaan yang sering terjadi adalah kerapuhan karena mengerasnya dinding pembuluh darah akibat tertimbul plak atau *arteriosclerosis* akan lebih parah lagi apabila disertai dengan gejala tekanan darah tinggi. (2) Stroke iskemik Stroke iskemik adalah stroke yang disebabkan karena oklusi secara tiba-tiba pada arteri yang menyuplai aliran darah ke otak. Oklusi ini dapat disebabkan oleh pembentukan thrombus pada tempat oklusi tersebut (stroke iskemik trombotik) maupun pembentukan thrombus di tempat lain yang kemudian terbawa aliran darah dan menyumbat arteri di otak (stroke iskemik emboli) (Price, 2006)

Penegasan diagnosis jenis stroke ini berdasarkan neuroimaging. Stroke terjadi pada otak yang mengalami gangguan pasokan darah yang disebabkan karena penyumbatan pada pembuluh darah otak. Penyumbatnya adalah plak atau timbunan lemak yang mengandung kolesterol yang ada dalam darah. Penyumbatan bisa terjadi pada pembuluh darah besar (*arteri karotis*), atau pembuluh darah sedang (*arteri serebri*) atau pembuluh darah kecil.

Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi karena dinding bagian dalam pembuluh darah (*arteri*) menebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar dan tertahan. Oleh karena darah berupa cairan kental, maka ada kemungkinan akan terjadi gumpalan darah (*trombosis*), sehingga aliran darah makin lambat dan lama-lama menjadi sumbatan pembuluh darah. Akibatnya, otak mengalami kekurangan pasokan darah yang membawahi nutrisi dan oksigen yang diperlukan oleh darah. Sekitar 85 % kasus stroke disebabkan oleh stroke iskemik atau infark, stroke infark pada dasarnya terjadi akibat kurangnya aliran darah ke otak. Penurunan

aliran darah yang semakin parah dapat menyebabkan kematian jaringan otak.

b. Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Manifestasi klinis stroke menurut (Smeltzer, 2002), antara lain: defisit lapang pandang, defisit motorik, defisit sensorik, defisit verbal, defisit kognitif dan defisit emosional; (1) Defisit Lapang Pandangan; (a) Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan; (b) Kesulitan menilai jarak; (c) Diplopia; (2) Defisit Motorik; (a) Hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama); (b) Hemiplegi (Paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama); (c) Ataksia (Berjalan tidak mantap, dan tidak mampu menyatukan kaki; (d) Disartria (Kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara; (e) Disfagia (Kesulitan dalam menelan); (3) Defisit Sensorik : kebas dan kesemutan pada bagian tubuh; (4) Defisit Verbal; (a) Afasia ekspresif (Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami); (b) Afasia reseptif (Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan); (c) Afasia global (kombinal baik afasia reseptif dan ekspresif); (5) Defisit Kognitif; (a) Kehilangan memori jangka pendek dan panjang (b) Penurunan lapang perhatian; (c) Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi d. Perubahan penilaian; (6) Defisit Emosional a. Kehilangan kontrol diri b. Labilitas emosional; (c) Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress; (d) Depresi; (e) Menarik diri f. Rasa takut, bermusuhan dan marah; (g) Perasaan isolasi (Smeltzer, 2002).

c. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan umum yaitu berupa tindakan darurat sambil berusaha mencari penyebab dan penatalaksanaan yang sesuai dengan penyebab. Penatalaksanaan umum ini meliputi memperbaiki jalan napas dan mempertahankan ventilasi, menenangkan pasien, menaikkan atau elevasi kepala pasien 30° yang bermanfaat untuk memperbaiki drainase vena, perfusi serebral dan menurunkan tekanan intrakranial, atasi syok, mengontrol tekanan rerata arterial, pengaturan cairan dan elektrolit, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan tinggi intrakranial, dan melakukan pemeriksaan pencitraan menggunakan Computerized Tomography untuk mendapatkan gambaran lesi dan pilihan pengobatan (Affandi, 2016).

Penatalaksanaan umum lainnya yang dilakukan pada pasien stroke yaitu meliputi pemeriksaan fisik umum, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh, dan melakukan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu berupa pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan jantung, dan neurologi. Pengendalian kejang pada pasien stroke dilakukan dengan memberikan diazepam dan antikonvulsan profilaksi pada stroke perdarahan intraserebral, dan untuk pengendalian suhu dilakukan pada pasien stroke yang disertai dengan demam. Pemeriksaan penunjang untuk pasien stroke yaitu terdiri dari elektrokardiogram, laboratorium (kimia darah, kadar gula darah, analisis urin, gas darah, dan lain-lain), dan pemeriksaan radiologi seperti foto rontgen dada dan CT Scan.

Terapi farmakologi Penatalaksanaan farmakologi yang bisa dilakukan untuk pasien stroke yaitu pemberian cairan hipertonis jika terjadi peninggian tekanan intra kranial akut tanpa kerusakan sawar darah otak (Blood-brain Barrier), diuretika (asetazolamid atau furosemid) yang akan menekan produksi cairan serebrospinal, dan steroid (deksametason, prednison, dan metilprednisolon) yang dikatakan dapat mengurangi produksi cairan serebrospinal dan mempunyai efek langsung pada sel endotel (Affandi, 2016).

2. Konsep kelumpuhan

1) Definisi

Paralisis atau kelumpuhan di sebabkan karena hilangnya suplay saraf ke otot sehingga otak tidak mampu untuk menggerakkan ekstermitas, hilangnya suplay saraf ke otot akan menyebabkan otot tidak lagi menerima sinyal kontraksi yang di butuhkan untuk mempertahankan ukuran otot yang normal sehingga terjadi atrofi. Serta otot akan di rusak dan di gantikan oleh jaringan fibrosa dan jaringan lemak. Jaringan fibrosa yang menggantikan serat otot selama atrofi akibat denervasi memiliki kecenderungan untuk terus memendek selama berbulan bulan, yang di sebut kontraktur. Atrofi otot menyebabkan penurunan aktivitas pada sendi sehingga sendi akan mengalami kehilangan cairan synovial dan menyebabkan kekauan sendi. Kekakuan sendi dan kecenderungan otot untuk memendek menyebabkan penurunan rentang gerak pada sendi (Guyton,2007).

2) Gejala kelumpuhan

Gejala umum dari paralisis adalah hilangnya kemampuan untuk menggerakkan anggota tubuh. Kondisi ini bisa muncul bertahap atau secara tiba-tiba. Paralisis bisa terjadi pada satu atau beberapa area tubuh, tergantung pada penyebabnya. Bagian tubuh yang umumnya terkena paralisis di antaranya: Tangan, Wajah, Salah satu sisi tubuh (hemiplegia), Satu tangan atau satu tungkai, Kedua tangan dan tungkai (tetraplegia atau quadriplegia), Kedua tungkai (paraplegia). Selain sulit digerakkan, gejala lainnya dari paralisis adalah kaku disertai kedutan, mati rasa, nyeri, kesemutan, serta lemas dan lunglai pada otot atau atrofi otot. Kesulitan bicara, kesulitan menelan, dan kesulitan bernapas juga bisa menjadi indikasi paralisis yang butuh penanganan sesegera mungkin (Garrison, 2003).

3) Penyebab kelumpuhan

Meski otot tubuh yang terkena imbasnya, paralisis bukan disebabkan oleh masalah pada otot. Kelumpuhan justru terjadi karena kelainan saraf motorik atau saraf tulang belakang yang membawa pesan gerakan dari otak. Penyebab paralisis tidak selalu sama. Beda gejala, beda pula penyebabnya. Berikut contohnya; (1) Stroke Beberapa gejala stroke yang dapat terjadi yakni lumpuh di salah satu sisi wajah, tangan terasa kaku secara tiba-tiba, disertai bicara yang terbata-bata dan kelemahan anggota gerak tubuh; (2) *Bell's palsy* Lumpuh tiba-tiba di salah satu sisi wajah. Gejala penyakit *Bell's palsy* pada masing-masing orang bisa berbeda, terkadang kondisi ini disertai nyeri pada telinga dan wajah; (3) *Multiple sclerosis* Gejala awal penyakit *multiple sclerosis* dapat berupa gangguan penglihatan, nyeri atau kesemutan, dan perlahan berlanjut menjadi paralisis pada bagian wajah, lengan, dan kaki; (4) Cedera Benturan atau trauma pada kepala yang mengakibatkan terganggunya fungsi otak dapat menyebabkan paralisis. Selain itu, cedera pada saraf tulang belakang juga bisa menyebabkan paralisis; (5) Penyakit neuronmotorik Kelumpuhan bertahap pada lengan dan kaki. Penyakit saraf motorik ini diduga disebabkan oleh gangguan autoimun; (6) Tumor otak Paralisis terjadi secara perlahan di satu bagian sisi tubuh.

Tumor otak juga menimbulkan gejala lain, seperti sakit kepala, kejang, mual muntah, kesulitan bicara, sulit menelan dan gangguan psikologis. Muncul gejala pada tumor otak tergantung pada jenis, lokasi, dan ukuran tumor otak; (7) sindrom pascapolio kelumpuhan yang terjadi bertahun-tahun setelah terserang polio; (8) *Cerebral palsy* paralisis sejak lahir, kondisi ini terjadi karena cacat bawaan lahir; (9) *sindrom guillain-barre* (GBS) paralisis pada kedua kaki yang menyebar ke bagian atas tubuh seperti lengan, dan wajah dalam hitungan hari atau minggu, jika tidak segera di tangani GBS dapat menyebabkan kelumpuhan otot pernapasan yang bisa berakibat fatal; (10) *Slepp paralysis* Kelumpuhan sementara saat mulai akan tertidur atau ketika

bangun tidur. Kondisi ini juga disebut ketidihan. Selain paralisis, orang yang mengalami ketidihan juga dapat mengalami halusinasi (Olunu.E, 2018).

4) Penatalaksanaan

Diagnosis dilakukan berdasarkan penelusuran riwayat gejala yang dirasakan penderita. Selain itu, dokter juga akan melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang seperti MRI, CT scan, tes darah, dan pemeriksaan hantaran listrik saraf. Setelah penyebab paralisis diketahui, penanganan paralisis akan disesuaikan dengan tingkat kelumpuhan dan diagnosis penyakitnya. Umumnya, pasien membutuhkan alat bantu seperti kursi roda untuk mobilitas sehari-hari. Selain itu, penderita paralisis disarankan menjalankan fisioterapi. Fisioterapi bermanfaat dalam meningkatkan kekuatan dan massa otot. Obat-obatan juga mungkin dibutuhkan untuk mengurangi kejang, kaku, dan nyeri otot. Kondisi paralisis membutuhkan penanganan dan observasi oleh dokter di rumah sakit. Apapun penyebabnya, keluhan paralisis atau kelumpuhan merupakan kondisi yang tidak bisa dianggap enteng. Paralisis dapat menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memengaruhi kualitas hidup penderitanya. Karena itu, jika terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada paralisis, segeralah berkonsultasi ke dokter (Lewis, 2007).

3. Konsep Keluarga dalam merawat anggota keluarga pasca stroke

a. Definisi

Konsep keluarga dapat di artikan sebagai unit utama dari masyarakat terdiri dari dua orang atau lebih dan mempunyai peran utama dalam memelihara kesehatan seluruh anggota keluarganya (Ali, 2010). Friedman (2010) dalam penelitian yang di lakukan oleh (Damayanti, 2018) mengatakan konsep keluarga dapat di artikan sebagai unit dasar dalam masyarakat, merupakan segala bentuk kasih sayang antara manusia dengan tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan antara individu.

b. Tujuan dasar keluarga

Keluarga merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggota keluarganya. Unit dasar ini sangat mempengaruhi perkembangan seseorang individu, sehingga dapat menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan hidup seseorang. Unit keluarga menempati sebuah posisi diantara individu dan masyarakat masyarakat (Friendman, 2010 di dalam penelitian damayanti, 2018). Dalam dasar tujuan bersifat ganda yaitu (1) memenuhi kebutuhan masyarakat, yang meliputi sebagai bagiannya. (2) memenuhi kebutuhan individu yang menjadi bagian dari keluarga.

c. Ciri-ciri keluarga

Konsep keluarga mengenai ciri-ciri keluarga sebagai berikut); (1) konsep merupakan hubungan perkawinan (2) keluarga berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja di bentuk atau di pelihara. (3) Keluarga mempunyai suatu system tata nama, dan terbentuknya garis keturunan (4) keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota yang berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak. (5) keluarga mempunyai tempat tinggal bersama (Ali, 2010).

d. Tipe keluarga

Dalam tipe keluarga konsep keluarga sebagai berikut (Ali 2010); (1) *Nuclear Family* (keluarga inti); (2) *Extended Family* (keluarga besar); (3) *Single parent family*; (4) *Nuclear dyed*; (5) *Bleanded Family*; (6) *Three generation family*; (7) *single adult living alone*, dan (8) *Midle age atau ederly couple*. Berikut penjelasan yang lebih jelas

- 1) *Nuclear Family* (keluarga inti) terdiri dari orang tua anak yang masi menjadi tanggungannya dan tinggal dalam satu rumah, terpisah dari anak sama keluarga lainnya.

- 2) *Extended Family* (keluarga besar) satu keluarga yang terdiri dari satu keluarga atau dua keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah dan saling menunjang satu sama lain.
- 3) *Single Parent Family* satu keluarga yang dikepalai oleh satu kepala keluarga dan hidup bersama dengan anak-anak yang masih bergantung kepadanya.
- 4) *Nuclear dyed*, keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
- 5) *Blended Family*, suatu keluarga yang terbentuk dari perkawinan pasangan, yang masing-masing pernah menikah dan membawa anak hasil perkawinan terdahulu.
- 6) *Three generation family*, keluarga yang terdiri dari tiga generasi, yaitu kakek, nenek, bapak, ibu dan anak dalam satu rumah.
- 7) *Single adult living alone*. Bentuk keluarga yang hanya terdiri dari satu orang dewasa yang hidup dalam rumahnya.
- 8) *Middle age atau ederly couple*. Keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya.

e. Bentuk-bentuk keluarga

Menurut (Ali, 2010) mengatakan bentuk keluarga menggambarkan perbedaan sosial, tingkah laku, dan kultur, serta gaya hidup. Dalam asuhan keperawatan bentuk keluarga ini perlu di perhatikan. Terdapat beberapa bentuk keluarga, yaitu:

- 1) Keluarga inti, keluarga inti terdiri dari suami, istri, dan anak
- 2) Keluarga besar tradisional, bentuk keluarga yang pasangan suami istri sama-sama melakukan pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, dan kerabat dalam keluarga tersebut.
- 3) Keluarga dengan orang tua tunggal, keluarga ini hanya memiliki satu kepala rumah tangga, ayah atau ibu (duda/janda/belum menikah).

- 4) Individu dewasa yang hidup sendiri, individu hidup berkelompok seperti dipanti wreda, tetapi ada juga yang menyendiri.
- 5) Keluarga berkomposisi, keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama.
- 6) Keluarga berantai, keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- 7) Keluarga kabitas, dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu keluarga.

f. Struktur keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga dimasyarakat. Struktur terdiri dari bermacam-macam diantaranya (1) patrilineal (2) Matrilleneal (3) Matrilokal (4) Patrilokal dan (5) keluarga kawin, dan berikut ini adalah penjelasannya;

- 1) Patrilineal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- 2) Matrilleneal adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sederhana dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
- 3) Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- 4) Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- 5) Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa anak saudara yang menjadi bagian karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Harnilawati, 2013)

g. Fungsi Keluarga

Fungsi yang dapat dijalani keluarga sebagai berikut: (1) Fungsi biologis (2) Untuk meneruskan keturunan (3) Memelihara dan membesarkan anak (3) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga (4) Memelihara dan merawat anggota keluarga (Lidya, 2018).

h. Peran keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peran yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut; (1) peran ayah (2) peran ibu dan (3) peran anak, berikut penjelasan lebih lanjutnya:

- 1) Peran ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, peran sebagai pencari nafkah, pendidikan, pelindung dan pemberi rasa nyaman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungan.
- 2) Peran Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peran sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, di samping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- 3) Peran anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual (Istiati, 2010).

i. Tugas keluarga dalam kesehatan

Tugas dalam pemeliharaan para anggotanya dan saling memelihara. Tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga, yaitu;

- 1) Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat.

- 3) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan yaitu menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada (Ali, 2010).

j. Peran dan fungsi keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami stroke

- 1) Peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku secara relative homogeny, di batasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial. Banyak teori dengan posisi sosial dasar keluarga. Konsep penting dalam peran yaitu pengambilan peran anggota keluarga harus mampu membayangkan diri dalam peran pendamping atau mitra peran, dan mapu memberi tugas sebuah peran kepada orang lain dan juga dapat memahami lebih baik bagaimana berperilaku dalam peran tersebut (Damayanti, 2018).
- 2) Keluarga perlu memperlakukan penderita paska stroke dengan sikap yang bisa membutuhkan dan mendukung tubuhnya harapan dan optimis. Harapan dan optimisme akan menajdi penggerak pemulihan dari skizofrenia, di lain pihak kata menghina memandang rendah dan membutuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulih. Garapan merupakan dalam pemulihan adalah adanya keluarga, saudara dan teman yang percaya bahwa seseorang penderita pasca stroke bisa pulih (Damayanti, 2018).
- 3) Peran keluarga diharapkan dalam perawatan anggota keluarga dengan paska stroke adalah dalam pemberian obat, pengawasan minum obat dan meminimalkan sekpresi keluarga. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan perawat utama bagi penderita paska stroke (Damayanti, 2018).

4. Dukungan Keluarga

a. Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal dan eksternal (Damayanti, 2018). Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga menjadi penyumbang terbesar dalam memberikan dukungan (Damayanti, 2018). Jenis dukungan keluarga (Damayanti, 2018) mengatakan terdapat 4 jenis dukungan keluarga, yaitu: (1) Dukungan instrumental Merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit (2) Dukungan informasional Merupakan keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebarnya informasi) (3) Dukungan penilaian (appraisal) Merupakan keluarga bertindak sebagai sebuah umpan baik, membimbing dan menerima pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga (4) Dukungan emosional Merupakan keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Ciri-ciri dukungan keluarga Menurut Setiadi (2008) dalam (Damayanti, 2018), dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial internal seperti dukungan sosial dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal komariah (2014), dukungan sosial adalah dukungan atau bantuan yang bersasal dari orang lain seperti teman, keluarga, tetangga, rekan kerja dan orang lain (Dimatteo 1991)

Setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain : (1) Informatif Merupakan bantuan informasi yang di sediakan agar dapat di gunakan oleh seseorang dalam menghadapi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, ide-ide atau informasi lainnya yang di perlukan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau

hamper sama (2) Perhatian emosional setiap orang pasti membentuk efeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapi, bahkan mau membantu memecahkan yang dihadapi (3) Bantuan instrumental bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan personal-persoalan yang dihadapi, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain (4) Bantuan penilaian merupakan bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penelitian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang. Berkaitan dengan dukungan seseorang keluarga maka penilaian yang sangat membantu adalah penelitian yang positif (Setiadi, 2008).

b. Fungsi dukungan keluarga

Menurut (Friedman, 2010) menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, yaitu: (1) Dukungan emosioanl Aspek-aspek dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan fungsi efektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga fungsi efektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung serta menghargai antara anggota keluarga (2) Dukungan informasi Aspek-aspek dalam dukungan informasi meliputi nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (3) Dukungan

instrumental Keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawat kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga, termasuk kebutuhan kesehatan anggota keluarga. Sedangkan fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarganya (4) Dukungan penelitian keluarga bertindak sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penelitian mempunyai fungsi efektif. Dengan adanya support, penghargaan dan perhatian ini, pasien menjadi termotivasi, pasien merasa dihargai dan masih ada yang memperhatikan dirinya. Selain itu ada juga sumber dan manfaat dukungan keluarga sumber dukungan keluarga, dimana keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi keluarga memandang orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Suwardiman D, 2011). Manfaat dukungan keluarga menurut (Suwardiman D, 2011), adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda namun demikian keluarga maupun berfungsi dalam kepandaian dan akal sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan.

5. Keperawatan keluarga

Keluarga mempunyai peran penting dalam keperawatan karena keluarga menyediakan sumber-sumber yang penting untuk memberikan pelayanan kesehatan/keperawatan bagi dirinya dan orang dalam keluarga. Mereka mengacu pada keluarga sebagai pasien dari keluarga dari perawat komunitas dengan fokus utamanya adalah kebutuhan keluarga (Ali, 2010).

Dalam sebuah unit keluarga, kegagalan fungsi apa saja (penyakit, cedera, perpisahan) akan mempengaruhi satu atau lebih anggota keluarga dalam hal tertentu. Keluarga merupakan satu atau lebih anggota keluarga

dalam hal tertentu, keluarga merupakan jaringan yang mempunyai hubungan erat serta bersifat mandiri, dan masalah individu dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain dan seluruh sistem. Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan perawatan diri, pendidikan kesehatan, konseling keluarga, serta upaya keperawatan yang mengurangi risiko akibat pola hidup dan bahaya dari lingkungan. Upaya tersebut bertujuan mengangkat derajat kesehatan keluarga secara menyeluruh, yang secara tidak langsung mengangkat derajat kesehatan setiap anggota keluarga (Ali, 2010).

B. Konsep adaptasi keluarga terhadap anggota keluarga mengalami stroke

Menurut Roy terdapat lima objek utama dalam ilmu keperawatan yaitu; 1) manusia, individu yang mendapatkan asuhan keperawatan, 2) keperawatan, 3) konsep sehat, 4) konsep lingkungan, dan 5) aplikasi tindakan keperawatan. Roy juga menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas atau sosial. Masing-masing di perlakukan oleh peran sebagai system adaptasi yang holistic dan terbuka. Sistem terbuka yang berdampak pada perubahan yang konsisten terhadap informasi, kejadian, dan energi antar system dan lingkungan. Interaksi yang konsisten antar individu dan lingkungan menjadi khas dari perubahan internal dan eksternal. Dengan perubahan tersebut, individu harus mempertahankan integritas dirinya yaitu beradaptasi secara kontinu (Nursalam, 2014)

Roy mengidentifikasi input sebagai suatu stimulus yang berasal dari dalam diri individu. Adanya 3 stimulus yang terjadi pada individu itu sendiri yaitu stimulus fokal yang menggambarkan akan keinginan keluarga agar keluarga yang mengalami stroke menjadi pulih kembali, dan stimulus residual yang menggambarkan sikap keluarga dalam menghadapi keluarga yang mengalami stroke. Stimulus yang terjadi akan menyebabkan suatu proses kontrol yaitu mekanisme yang terjadi akan menyebabkan suatu proses kontrol yaitu pada mekanisme coping di mana proses penerimaan dan beradaptasi keluarga terhadap keluarga yang mengalami stroke, pada regulator terjadi proses kontrol bahwa keluarga mampu mengatasi emosi yang dialaminya dalam

menghadapi anggota keluarganya yang mengalami stroke, dan kognator di mana proses kontrol yang terjadi bahwa keluarga belajar untuk menerima anggota keluarganya serta mengasuh anggota keluarga yang mengalami stroke dengan baik. (Nursalam, 2014)

Sehingga dari beberapa proses kontrol yang terjadi akan menimbulkan suatu efek pada fungsi fisiologi yaitu berpengaruh pada proses metabolisme tubuh, gangguan tidur serta aktivitas sehari-hari keluarga. Efek yang terjadi pada konsep diri yaitu keluarga mampu mengasuh dan merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan dengan baik serta keluarga memiliki kepercayaan diri dalam hal pengasuhan anggota keluarga yang mengalami stroke. Efek pada fungsi peran keluarga yaitu keluarga mampu melakukan tugas dan kewajiban sebagai keluarga yang mampu menerima dan mencintai anggota keluarganya yang mengalami stroke dengan baik. Sehingga dari adaptif yaitu keluarga mampu mengontrol emosi dengan baik, keluarga yakin dapat merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan dengan baik, keluarga mampu menjelaskan apa yang terjadi pada dirinya, keluarga mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya, dan keluarga juga mempunyai harapan yang besar kepada anggota keluarganya yang mengalami stroke di masa yang akan datang. Sehingga ketika individu memiliki respon yang adaptif terhadap anggota keluarganya mengalami stroke maka akan berdampak terhadap proses adaptasi yang di jalani (Nursalam, 2014).

a. Input

System adaptasi mempunyai input yang berasal dari internal individu. Roy mengidentifikasi input sebagai suatu stimulus. Stimulus merupakan suatu unit informasi, kejadian, atau energi yang berasal dari lingkungan. Adanya stimulus fokal berisi keinginan keluarga agar anggota keluarganya yang mengalami stroke dapat sembuh normal kembali dan stimulus residual yaitu sikap keluarga dalam menghadapi anggota keluarganya yang mengalami stroke. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspons sebagai suatu input dalam system adaptasi. Tingkat adaptasi bergantung dari stimulus yang di dapat

berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respon antara individu sangat unik dan bervariasi bergantung pada pengalaman yang di dapatkan sebelumnya, status kesehatan individu, dan stressor yang di berikan (Nursalam, 2014).

b. Proses

- 1) Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping di pengaruhi oleh faktor kemampuan genetik dan mekanisme lainnya.
- 2) Subsistem regulator mempunyai komponen input, proses internal, dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara system regulator berupa kimiawi, saraf atau endokrin yang di hubungkan dengan kemampuan ibu dalam mengatasi emosi terhadap kondisi anak.
- 3) Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi yang dihubungkan dengan kelaug belajar untuk menerima kondisi anggota keluarganya yang mengalami stroke dan keluarga dapat mengontrol emosi dalam mengasuh anggota keluarganya yang mengalami stroke (Nursalam, 2014).

c. Efektor

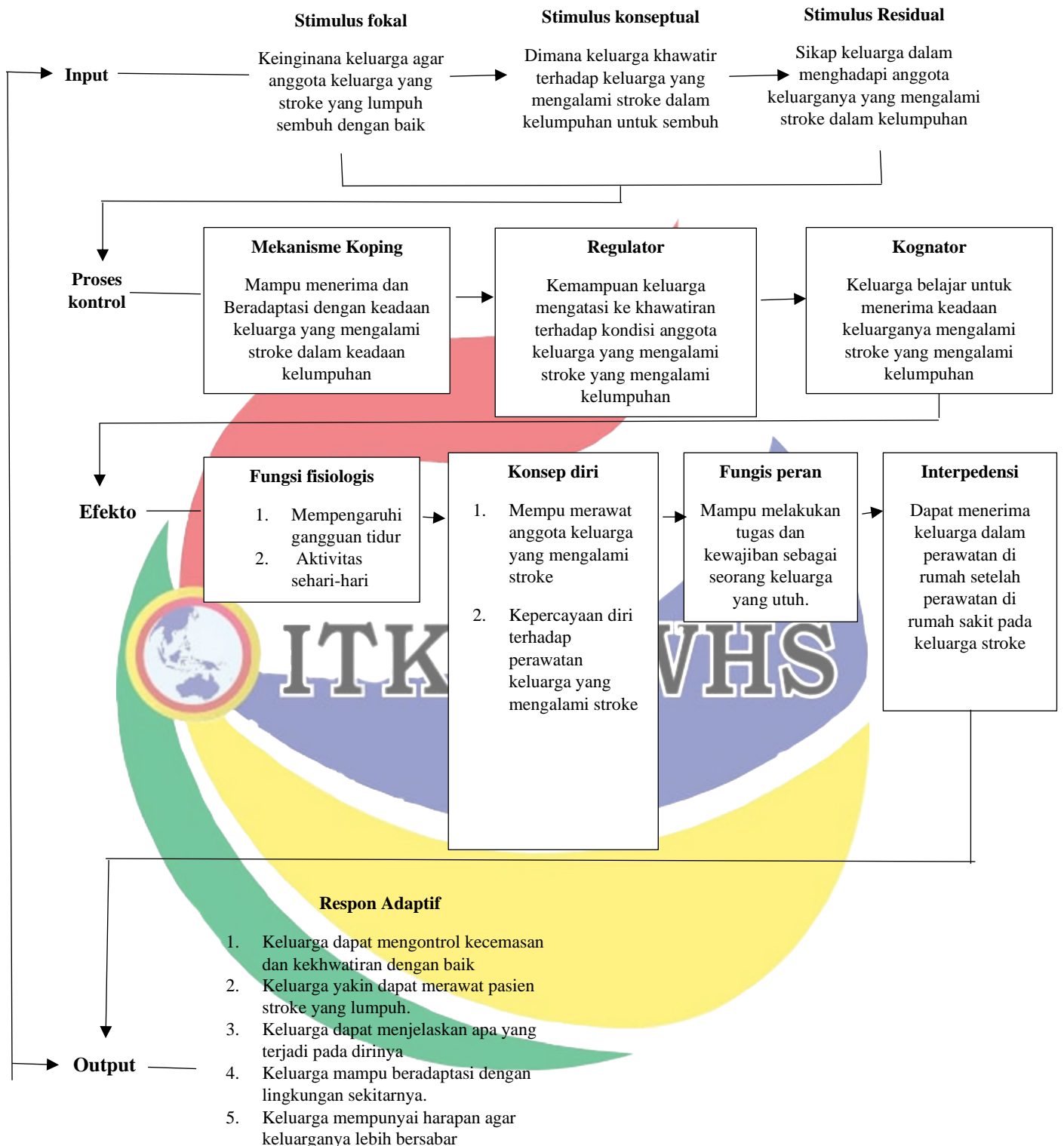
Sistem adaptasi proses internal yang terjadi pada individu didefinisikan sebagai system efektor. Empat efektor model adaptasi tersebut meliputi; 1) fisiologis, 2) konsep diri, 3) fungsi peran, 4) ketergantungan (interdependen) mekanisme regulator dan kognator bekerja pada model adaptasi (Nursalam, 2014).

d. Output

Perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Dampak dari respon sakit (maladaptif) sebagai dari coping yang tidak efektif. Ketika individu memiliki coping yang tidak efektif maka akan berdampak pada masalah keperawatan (adaptasi) (Nursalam, 2014).



C. Kerangka Pikir



Skema 2.1 kerangka Pikir dengan Modifikasi dari model Sister Callista Roy dalam (World Health Organization, 2016), (Guyton,2007), (Friedman,2010), (Ali, 2010).

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Fokus pendekatan Fenomenologi adalah memahami keunikan fenomena dunia kehidupan individu, bahwa realitas dunia kehidupan masing-masing individu itu berbeda, dalam hal ini adalah respon-respon yang unik dan spesifik yang di alami tiap individu termasuk interaksinya dengan orang lain (Darma,2015). Peneliti ini ingin mengeksplor pengalaman keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami kelumpuhan di rumah sakit.

Rancangan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Fenomenologi adalah suatu pendekatan dalam mempelajari makna dari pengalaman manusia menjalani suatu fase dalam kehidupannya. Tujuan penelitian fenomenologi adalah memahami makna dari pengalaman kehidupan yang di alami oleh partisipan dan menjelaskan perspektif filosofi yang mendasari fenomena tersebut. Menurut polit (2017) ada empat tahapan dalam melaksanakan penelitian dengan fenomenologi sebagai berikut.

1. *Bracketing*, yaitu proses mensupresi, mengurung, atau menyimpan berbagai asumsi, pengetahuan, dan keyakinan yang dimiliki peneliti tentang fenomena yang diteliti. Pada tahap *Brecketing* peneliti akan mengesampingkan berbagai dugaan, keyakinan, ataupun asumsi yang peneliti miliki tentang merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah, hal ini di lakukan afar informasi yang akan di proleha peneliti adalah murni berdasarkan pemikiran dan perasaan dari pengalaman partisipan tentang merawat pasien stroke yang mengalmi kelumpuhan di rumah.
2. *Intuiting*, pada kegiatan ini peneliti secara utuh mengenali dan memahami fenomena yang di teliti. Ketika melakukan *intuiting*, peneliti tidak di bolehkan memberikan kecaman, evaluasi, opini, atau segala hal yang membuat peneliti kehilangan konsentrasi terhadap data informasi yang

sedang di ceritakan para partisipannya selama wawancara berlangsung, selanjutnya data tentang pengalaman keluarga merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah di transkrip yang artinya menguraikan dalam bentuk tulisan yang rinci an lengkap mengenai pengalaman keluarga merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rasakan pada keluarga yang merawat pasien stroke yang mengalmali kelumpuhan di rumah.

3. *Analyzing*, tahap Analyzing merupakan proses identifikasi hasil temuan sampai kepada penemuan tema yang sesuai (Creswell,2010; Carpenter, 2011). Penelitian membuat traskip verbatim dari hasil wawancara. Transkrip verbatim dibaca berulang kali agar bisa diperoleh kata kunci. Kata kunci yang berhasil eridentifikasi kemudian diklasifikasi dalam bentuk tematik. Selanjutnya penelitian menganalisis yang di peroleh untuk mendapatkan tema yang sesuai dengan pengalaman partisipan terhadap pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.
4. *Describing*, merupakan kegiatan akhir dari pengumpulan dan analisis data, penelitian menuliskan deksripsi atau interprestasinya dalam bentuk hasil-hasil temuan dan pembahasannya dari fenomena yang di teliti untuk mengkomunikasikan hasil akhir penelitiannya kepada pembaca dengan memberikan gambaran tertulis secara utuh dari fenomena yang di teliti. Penelitian ini menuliskan deskripsi dalam bentuk hasil-hasil temuan terkait pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.

B. Tempat dan waktu penelitain

Penelitian ini akan di kota Samarinda dengan sumber informasi berasal dari praktek mandiri Fisioterapi Suryanata, pada bulan Juni-Juli 2020. Alasan memilih tempat ini di karenakan salah satu praktek penanganan khusus pasien paska stroke di kota Samarinda untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam *Activity of Daily Living (ADL)* dan menjadi tempat calon partisipan.

Wawancara di lakukan tempat yang di pilih partisipan yaitu ruang keluarga dirumah partisipan.

C. Partisipan

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk memperluas subjek penelitian, *purposive sampling* adalah sampel yang di pilih individu yang di pilih secara sengaja, karena memiliki pengalaman yang sesuai dengan fenomena yang diteliti (Arfiyanti, 2014) yang di gunakan dalam penelitian ini ialah keluarga stroke yang bersedia untuk menceritakan pengalamannya. Adapun kriteria informan dalam penelitian ini dapat di lihat sebagai berikut: (1) seseorang yang memiliki anggota keluarga stroke dengan kelumpuhan dan merawatnya; (2) Mampu berkomunikasi dengan baik; (3) bersedia menjdi responden.

Penelitian ini melibatkan keluarga yang memiliki Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah Yang bersedia menceritakan Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah. Unit praktek mandiri Fisotripsi suryanta menjadi sumber informan, keluarga membawa pasien stroke untuk terapi dan sebagian melakukan terapi dengan *Home Care* kemudia fisioterapis memberi arahan untuk mengikuti *home care* untuk mendapatkan partisipan dengan fisotripsi sedang terapi pasien dan peneliti memberikan *Flayer* yang berisi informs terkait *Recruitment* penelitian dan bererta lembar persetujuan setelah itu peneliti melakukan wawancara dengan keluarga yang merawat pasien stroke.

Partisipan pertama di beri label P1 kemudian peneliti menjelaskan ulang mengenai tujuan dalam penelitian ini, setelah partisipan mengerti dan bersedia di lakukan wawancara peneliti memberikan lembar persetujuan bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan melakukan wawancara. Setelah di peroleh kelengkapan data wawancara dari P1, peneliti melanjutkan proses yang sama pada P2 dan P3. Partisipan pertama memilih untuk di lakukan wawancara di ruang keluarga, sedangkan P2 dan P3 memilih untuk dilakukan wawancara di ruang tamu partisipan. Proses wawancara pada semua partisipan di lakukan

hanya satu kali pertemuan, kemudian di lanjutkan proses analisa data menggunakan tarskip wawancara. Saat analisis data di lakukan pada P1, P2, dan P3, tidak di temukan informasi baru untuk memastikan proses saturasi data. Sebagai Total partisipan pada penelitian sejumlah 3 partisipan dan di peroleh saturasi pada partisipan ke 3.

D. Instrument Penelitian

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi intrsumen atau alat peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus divalidasi. Validasi terhadap penelitian kualitatif meliputi; pemahaman metode kualitatif, penguasaan wawancara terhadap bidang yang di teliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logikanya. Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang paling sering di gunakan penelitian kualitatif. Standar kombinasi wawancara terpimpin dan tidak terpimpin yang menggunakan beberapa inti pokok pertanyaan yang di ajukan, yaitu interview membuat garis besar pokok pembicaraan, dan dalam pelaksanaan interview mengajukan pertanyaan secara bebas, pokok-pokok pertanyaan di rumuskan tidak perlu di pernyataan secara berurutan dan pemilihan kata-kata juga tidak baku tetapi di modifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasinya (Afriyanti,2014).

Penelitian ini menggunakan pedoman wawancara dengan sistem wawancara semi struktur dengan 5 topik pertanyaan utama; (1) Bagaimana perasaan bapak/ibu ketika mengetahui anggota keluarga bapak/ibu saat terkena stroke?; (2) Bagaimana bapak/ibu beradaptasi dengan keluarga sebelum dan sesudah keluarga bapak/ibun terkena stroke?; (3) Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam merawat anggota keluarga yang mengalami kelumpuhan?; (4) Bagaimana harapan bapak/ibu ketika menghadapi penyembuhan keluarga yang menderi stroke yang cukup lama ?; (5) bagaimana harapan bapak/ibu terhadap kesembuhan keluarga yang menderita stroke?

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan tape Recorder, Recorder yang berfungsi untuk merekam hasil wawancara antara peneliti dan partisipan. (tape recorder tipr IC Recorder Qiuck Start Guide ICD-PX240).

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian kualitatif di fokuskan pada jenis data dan prosedur untuk mengumpulkan data tersebut. Data yang di kumpulkan pada penelitian ini di lakukan dengan cara wawancara secara mendalam (in-depth interview). Hasil pengumpulan data ini berupa traskip wawancara.

Adapun langkah-langkah dalam proses pengumpulan data sebagai berikut; (1) menentukan pertanyaan riset yang akan di jawab dalam wawancara tersebut, pertanyaan-pertanyaan ini bersifat terbuka, umum, dan bertujuan untuk memahami fenomena sentral dalam penelitian; (2) mengidentifikasi mereka yang akan di wawancarai; (3) menentukan tipe wawancara yang terapis dan dapat menghasilkan informasi yang paling berguna untuk menjawab pertanyaan riset; (4) menggunakan prosedur perekaman yang memadai ketika melaksanakan wawancara satu lawan satu awancara kelompok dan alat yang di rekomendasikan seperti alat perekam suara; (5) merancang dan menggunakan protokol wawancara, atau panduan wawancara (Creswell, 2014).

Penelitian ini pengumpulan data di lakukan dengan wawancara. Wawancara merupakan metode yang bisa di gunakan dalam penelitian kualitatif. Pendekatan studi fenomenologi, proses penelitian, pengumpulan informasi pasti menggunakan wawancara yang mendalam dengan cara menjawab pertanyaan dengan tatap muka langsung antara partisipan dengan pewawancara dan menggunakan pedoman (*guide*) wawancara dimana peneliti terlibat dalam kehidupan sosial yang lumayan lama. Wawancara dalam peneliti ini bertujuan untuk menggali lebih dalam Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah.

F. Prosedur pengumpulan data

1. Tahap persiapan

Setelah penelitian mendapatkan izin penelitian dari lahan penelitian. Penelitian yang akan dilakukan dan diharapkan dengan cara seperti ini partisipan dapat memberikan informasi dengan terbuka dan tidak ada unsur keterpaksaan sebagai partisipan dalam kegiatan penelitian. Peneliti menyiapkan *flyer* untuk calon partisipan yang dibuat sebaik mungkin agar

menarik, sehingga calon partisipan tertarik secara mandiri untuk berpartisipasi dalam penelitian untuk memberikan informasi dengan terbuka dan tidak ada unsur terpaksa sebagai partisipan dalam kegiatan penelitian.

2. Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti mulai melakukan proses wawancara mendalam dengan tiga fase, yaitu; fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Fase orientasi, penelitian mulai dengan menanyakan kesiapan partisipan dan setelah itu partisipan mengisi lembar *informed consent* atau surat persetujuan menjadi partisipan, menciptakan suasana yang nyaman dan peneliti menyimpan *tape recoder*. Fase kerja merupakan kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dengan pertanyaan semi struktur dan dalam bentuk pertanyaan terbuka. Wawancara dengan pertanyaan terbuka memberikan kebebasan dan keleluasaan yang besar dalam menjawab dibandingkan jenis wawancara lain. Peneliti menggunakan pedoman wawancara untuk memandu peneliti dalam mengajukan pertanyaan. Dilakukan pada setiap partisipan rata-rata 30 menit. Setiap selesai wawancara mengucapkan terima kasih atas kerjasama yang baik dalam penelitian yang telah dilakukan. Fase terminasi dilakukan dengan mengawali klarifikasi pernyataan yang kurang jelas kepada partisipan, kemudian melakukan validasi pada seluruh item pertanyaan wawancara yang telah dijawab, memberikan kesempatan pada partisipan untuk menyampaikan hal yang ingin disampaikan sebelum wawancara ditutup dan diakhiri. Mengucapkan terima kasih atas kerjasama dan partisipasinya telah menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Waktu dan tempat pengambilan data di lakukan sesuai dengan kesepakatan dari partisipan. Pengambilan data di lakukan dengan 3 waktu yaitu yang berbeda, P1 di lakukan pada tanggal 12 Juli 2020 di rumah partisipan di bengkuring, P2 di lakukan pada tanggal 14 juli 2020 di rumah partisipan Juanda, P3 di lakukan pada tanggal 16 juli 2020 di rumah partisipan di Sempaja. Pada proses wawancara berlangsung terjadi

beberapa gangguan seperti pada partisipan ke dua suara keluarga partisipan masuk ke rekaman di tape recorder dan dengan suasana hujan deras.

Tahap terminasi dilakukan dengan mengklarifikasi dari seluruh pernyataan yang telah di sampaikan partisipan dan memberikan kesempatan kepada partisipan untuk menyampaikan hal-hal yang ini di sampaikan lagi sebelum wawancara diakhiri, kemudia peneliti mengucapkan terimakasih kepada pasrtisipan yang telah bersedia berpartisipasi dan bekerjasama dalam penelitian ini.

G. Analisa Data

Analisis tematik merupakan proses mengkode informasi yang dapat menghasilkan daftar tema, model, atau indikator yang kompleks, kualifikasi yang biasanya terkait dengan tema, atau hal-hal diantara atau gabungan dari yang telah disebutkan. Tema-tema tersebut memungkinkan interpretasi fenomena. Suatu tema dapat diidentifikasi pada tingkat termanifestasi, yakni secara langsung dapat terlihat. Suatu tema juga dapat ditemukan pada tingkat laten, tidak secara eksplisit terlihat tetapi mendasari atau membayangi. Tema-tema dapat memperoleh secara induktif dari informasi mentah atau diperoleh secara deduktif dari teori atau penelitian-penelitian sebelumnya (Afiyanti, 2014).

Tahapan proses analis data kualitatif terhadap beberapa model analisis. Salah satunya menggunakan model *Colaizzi*. Alasan pemilihan metode analisa ini didasarkan pada kesesuaian dengan filosofi Hussert, yaitu suatu penampakan fenomena partisipan realitas itu sendiri tampak. Fenomena ini tentang pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. Langkah-langkah analisis data kualitatif dari *Colaizzi*, (1978) adalah sebagai berikut:

Mendeskripsikan fenomena yang diteliti, peneliti mencoba memahami fenomena gambaran konsep penelitiannya dengan cara memperkaya informasi melalui studi literature.

1. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat atau pernyataan dan partisipan. Dalam hal ini peneliti melkukan wawancara dan menuliskannya

dalam bentuk naskah transkrip untuk dapat mendeskripsikan gambaran konsep penelitian.

2. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh semua partisipan.
3. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan-pernyataan yang bermakna dari semua partisipan. Setelah mampu memahami pengalaman partisipan, peneliti membaca kembali transkrip hasil wawancara, memilih pernyataan-pernyataan dalam naskah transkrip yang signifikan dan sesuai dengan tujuan penelitian untuk menemukan unit analisis yang mengandung pernyataan-pernyataan signifikan.
4. Menguraikan arti yang ada dalam pernyataan-pernyataan signifikan. Peneliti membaca kembali unit analisis yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari koding untuk membentuk kategori.
5. Mengorganisir kumpulan-kumpulan makna yang terumuskan kedalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada membandingkan mencari persamaan diantara kategori tersebut, dan pada akhirnya mengelompokkan kategori-kategori yang serupa kedalam sub tema dan tema.
6. Menuliskan deskripsi yang lengkap. Peneliti merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi dalam bentuk penelitian.
7. Menemui partisipan untuk melakukan validasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan membacakan kisi-kisi hasil analisis tema. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah gambaran tema yang diperoleh sebagai hasil penelitian sesuai dengan keadaan yang dialami partisipan
8. Mengabungkan data hasil validasi ke deskripsi hasil analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang diperoleh selama melakukan validasi kepada partisipan, untuk ditambahkan ke dalam deskripsi akhir yang mendalam pada laporan penelitian sehingga pembaca mampu memahami pengalaman partisipan.

H. Keabsahan Data

Penelitian metode kualitatif verifikasi/konfirmasi data dilakukan kepada partisipan merupakan salah satu cara untuk memvalidasi dan memperoleh keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi *Credibility*, *transferability*, *dependability*, *confirmability*.

1. *Credibility* merupakan berbagai aktifitas yang dapat meningkatkan kepercayaan terhadap penemuan yang dicapai, *credibility* hasil penelitian ini dapat dicapai melalui upaya penelitian dalam mengklarifikasi hasil-hasil temuan dari partisipan. Peneliti dalam penelitian ini melakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengar secara berulang kali hasil wawancara tersebut. Hasil rekaman menjadi bukti keabsahan data yang diteliti dan bukan merupakan hasil rekayasa peneliti. Peneliti juga melakukan pendalaman kemampuan wawancara menggunakan 1-2 partisipan sebagai uji coba wawancara dengan *expert* (pembimbing kualitatif).
2. *Transferability* merupakan cara membangun keteralihan untuk menilai keabsahan data peneliti kualitatif. Dalam penelitian ini peneliti menguraikan secara rinci hasil temuan yang didapatkan dan kemudian dibuat penjelasan tentang hasil wawancara dalam bentuk naratif yang menceritakan rekaman wawancara.
3. *Dependability* merupakan suatu kestabilan data atau proses penelitian dari waktu ke waktu, untuk menjalin keabsahan hasil penelitian. Dalam hal ini peneliti melakukan auditing (pemeriksaan) dengan melibatkan seseorang yang kompeten dibidangnya. Pada penelitian ini peneliti melakukan kegiatan auditing (pemeriksaan) dengan *expert* (pembimbing kualitatif).
4. *Confirmability* merupakan uji objektivitas dari hasil suatu penelitian. Objektif atau tidak tergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Dapat dikatakan bahwa pengalaman seseorang itu subjektif sedangkan jika disepakati oleh beberapa orang dapat dikatakan objektif. Jadi objektivitas-subjektivitasnya suatu hal tergantung pada seseorang (Yati Afyanti, 2014). Peneliti melakukan *Confirmability* dengan menunjukkan kesimpulan yang telah di buat kepada pembimbing

untuk di lakukan audit dan melakukan Konfirmasi *member check* kepada partisipan pada proses analisa data.

I. Etika Penelitian

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asaasi dalam kegiatan penelitian.

1. *Benefience*

Prinsip etik *beneficence* merupakan standar etik yang mengutamakan kesejahteraan bagi partisipan. Penelitian bertujuan untuk memberikan manfaat bagi partisipan penelitian, dimana penjelasan lengkap tentang manfaat dan tujuan penelitian untuk menggali pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah, yang merasa nyaman dan bebas dari kerugian fisik, psikologis, sosial dan financial (*haem and discomfort*), misalnya tidak memaksakan kehendak peneliti terkait dengan tempat dan waktu wawancara akan dilakukan. Peneliti harus meminimalkan dampak yang dapat merugikan subjek dalam penelitian (*nonmaleficence*) (Polit,2017).

Ketika partisipan melakukan kontrak waktu peneliti memberikan kesempatan pada partisipan untuk menentukan tempat dan waktu dilakukannya wawancara, sekali lagi hai ini dilakukan untuk memberikan rasa nyaman dan bebas dari kerugian fisik, psikologis, social, maupun finansial. Dalam hal ini keluarga partisipan mendapatkan bola terapi yang bertujuan untuk melatih merangsang titik akupresur dan titip reflex pada tangan tangan dan/atau kaki.

2. *Respect of human dignity*

Prinsip etik *respect for human dignity* meliputi hak otonomi (*autonomy*) seorang pastisipan untuk menentukan sikap dan pilihan dalam menyampaikan pendapat dan partisipasinya dalam penelitian. Peneliti meminta kesediaan partisipan untuk ikut serta dalam penelitian dan mau mengungkapkan seluruh fenomena yang dialaminya tanpa ada unsur

keterpaksaan. Persetujuan partisipan dalam penelitian ini dinyatakan secara tertulis berupa *informed consent*, yaitu lembar yang menerangkan dengan singkat proses pelaksanaan penelitian, lamanya keterlibatan partisipan, dan hak partisipan dalam penelitian yang telah lebih dulu diberikan pada partisipan sebelum penelitian dilakukan.

3. *Justice*

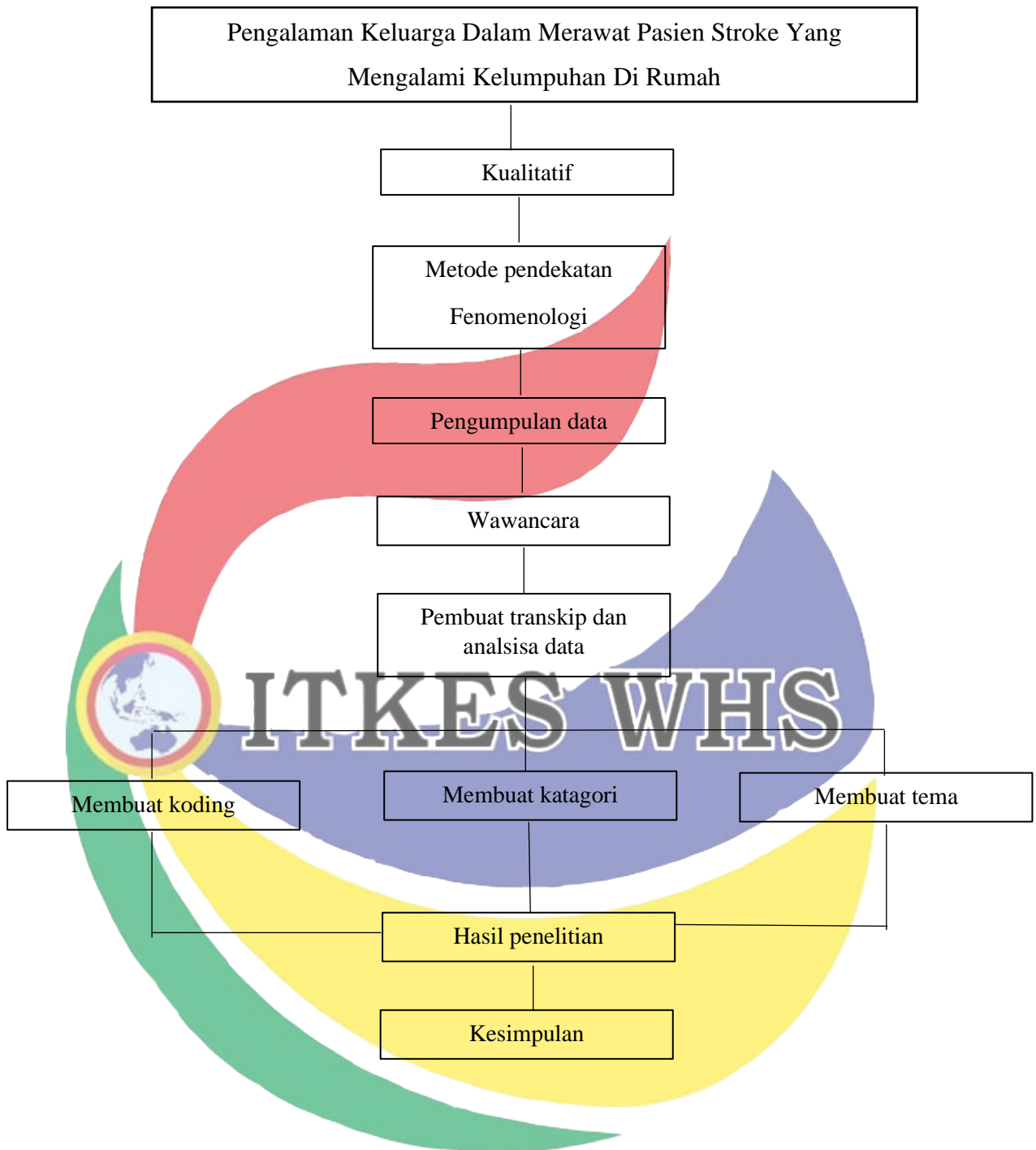
Dalam prinsip ini partisipan diperlakukan sama, tanpa membedakan satu dengan yang lainnya, baik strata sosial, etnis, budaya, suku dan agama. partisipan harus diperlakukan adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari proses penelitian

4. *Confidentiality*

Dalam prinsip ini, peneliti harus menjamin kerahasiaan data dari partisipan yang telah disampaikan dalam proses penelitian. Dalam penelitian ini, data akan dimusnahkan sesuai kesepakatan dengan partisipan. Kemudian bukti dokumentasi tidak akan menjadi konsumsi publish.



J. Alur penelitian



Skema 3.1 Alur penelitian

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Umum

1.1. Karakteristik Tempat Penelitian

Partisipan di peroleh melalui Parktek mandiri Fisioterapi Suryanata Samarinda. Wawancara P1 di dapatkan dari mengikuti fisiotrapis saat melakukan *Home Care* di rumah partisipan, P2 dan P3 di wawancarai dengan kesepakatan dilakukan pada lokasi yang telah di sepakati bersama dirumah masing-masing partisipan. Saat proses wawancara peneliti dan partisipan melakukan prosedur Covid-19 dengan menjaga jarak, cuci tangan atau menggunakan (hand sanitizer) sebelum masuk rumah dan menggunakan masker.

1.2. Karakteristik Partisipan

Gambaran karakteristik partisipan ini adalah keluarga yang merawat pasien stroke di rumah yang mengalami kelumpuhan yaitu istri dan anak yang bersedia menjadi partisipan. Masing-masing partisipan di berikan kode P disertai urutan waktu dilakukan proses wawancara. Karakteristik partisipan akan dijelaskan pada dalam tabel 4.1

Tabel 4.1 karakteristik partisipan

No	Kode Partisipan	Jenis kelamin	Usia	Lama Merawat	Pendidikan	Pekerjaan
1	P ¹	P	26 th	9 Bulan	S1	Perawat
2	P ²	P	45 th	10Tahun	SMA	Ibu Rumah Tangga
3	P ³	P	39 th	6 Tahun	S1	Guru

1) Partisipan¹

Keluarga G, berusia 26 tahun, tinggi badan 156 cm, berat 55 kg, berwajah oval, berkulit kuning langsung dan rambut lurus, berjenis kelamin perempuan, lama merawat ayahnya yang mengalami

stroke selama 9 bulan pendidikan terakhir S1, pekerjaan sebagai perawat di klinik swasta di samarinda

2) Partisipan²

Keluarga N, berusia 45 tahun, tinggi badan 166 cm, berat 72kg, berwajah oval, berkulit kuning langsung dan berjilbab, berjenis kelamin perempuan, lama merawat suaminya yang mengalami stroke selama 10 tahun dan pendidikan terakhir SMA dengan pekerjaan IRT ibu rumah tangga.

3) Partisipan³

Keluarga A, berusia 39 tahun, tinggi badan 153 cm, berat badan 45 kg, berwajah ovalo, kulit kuning langsung rambut pendek sebahu, lama merawat ayahnya selama 6 tahun, dngan pendidikan terakhir S1 pekerjaan sekarang Guru di sekolah salah satu di Kota Samarinda.

Penelitian diawali dengan mengikuti *Home care* untuk memperoleh *Respont building* lalu memberikan *flyer* kepada partisipan yang berisikan informasi terkait penelitian dan prosedur yang akan dilakukan oleh partisipan dalam mengikuti proses kegiatan penelitian dari ke 4 partisipan bersedia mengikuti penelitian dan mengisi *informt consent*. Didapatkan 4 partisipan dimana partisipan 1 dijadikan sebagai partisipan uji coba untuk mendapatkan *credibility* penelitian dalam melakukan proses wawancara secara mendalam, kemudian peneliti melakukan proses *verbatim* sampai pada transkrip wawancara. Transkrip wawancara tersebut dilakukan dengan pendampingan oleh *expert* (dosen pembimbing kualitatif) untuk mendapatkan masukan terkait kemampuan peneliti dalam mengeksplor informasi untuk mendapatkan data dan meningkatkan kemampuan teknik wawancara mendalam. Setelah itu maka peneliti melanjutkan proses wawancara kepada partisipan 2 sampai dengan 4, sehingga partisipan ke 2 di beri label P1, partisipan ke 3 di beri label P2, dan partisipn ke 4 di beri label P3, selanjutnya peneliti melakukan

proses verbatim sampai pada transkrip wawancara. Transkrip wawancara tersebut dilakukan dengan pendampingan oleh *expert* (Dosen pembimbing Kualitatif) mendapatkan masukan terkait kemampuan peneliti dalam mengeksplor informasi untuk mendapatkan data dan meningkatkan kemampuan teknik wawancara mendalam. Peneliti mempelajari semua masukan-masukan yang telah diberikan oleh *expert* (Dosen Pembimbing Kualitatif) dan melanjutkan wawancara pada P3.

Hasil Transkrip P1, P2, dan P3 masuk dalam proses analisa data kemudian menentukan, koding, membuat katagori sampai dalam penentuan tema. Setelah tema dari 3 partisipan di peroleh, proses analisis ini dikonsultasikan kembali kepada penentuan tema. Setelah di dapatkan tema dari ke 3 partisipan, proses analisis dikonsultasikan kembali kepada *expert* (dosen pembimbing). Dari hasil analisis data diperoleh saturasi data atau tidak ditemukan data baru pada P3 sehingga untuk proses pengambilan data diakhiri pada P3.

2. Tema-tema yang didapatkan

Penelitian ini menggunakan metode Colaizzi untuk melakukan analisis tematik, yaitu unit analisis, yang diperoleh atau ditemukan pada transkrip wawancara sampai dengan penemuan tema. Hasil setiap wawancara didengarkan berulang-ulang agar mendapatkan tema yang tepat. Ada tiga tema yang di peroleh dari beberapa katagori yang ditemukan melalui proses koding. Tema yang diperoleh pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.

Tema diperoleh melalui proses analisis pada unit analisis, juga didengarkan berulang dan secara rinci agar peneliti mendapatkan makna yang menjadi dasar pembentukan katagori, kemudian katagori yang ada di kelompokkan pada tema, tema yang didapatkan dari penelitian (1) Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke ;

(2) Bentuk dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke; (3) Harapan keluarga sat merawat pasien stroke.

Tiga tema yang diperoleh akan dibahas satu persatu untuk mengungkapkan makna atau *esensi* dari berbagai pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. Dimana tiga tema ini saling berhubungan antara tema satu dengan tema yang lainnya guna memaparkan makna atau esensi pengalaman partisipan yang di tuangkan dalam penelitian ini.

2.1. Tema 1: Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke

Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke. Tahap kesiapan merupakan suatu keadaan kesatuan yang merupakan suatu kesatuan dari ungkapan yang di peroleh dari partisipan meliputi memenuhi perasaan dan adaptasi yang di alami oleh partisipan. Tema ini muncul dari 4 katagori yaitu; (1) tahap penyangkalan (*denial*); (2) tahap marah (*anger*); (3) tahap penerimaan (*Acceptance*). Pernyataan dari katagori-katagori ini di peroleh dari pertanyaan “Bagai mana perasaan bapak/ibu ketika mengetahui anggota keluarga bapak/ ibu saat terkena stroke?” untuk memperoleh tema pada 4.1

Katagori 1 tahap penyangkalan (*Denial*), saat mengetahui anggota keluarga pertama kali terkena stroke pernyataan berikut ini diwakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...pasti dia lebih sedih dari pada saya jadi kita ikut sedih karena dia Cuma bisa baring..."(p3,line 209-221)

Pernyataan dari P3 keluarga dalam tahap penyangkalan (*Denial*) untuk pertama kalinya terungkap juga dari P1 dan P2 dalam perasaan pertama kali mengetahui saat keluarganya terserang stroke.

Kategori 2 tahap marah (*Anger*) yang diterima saat merawat pasien pernyataan berikut ini diwakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

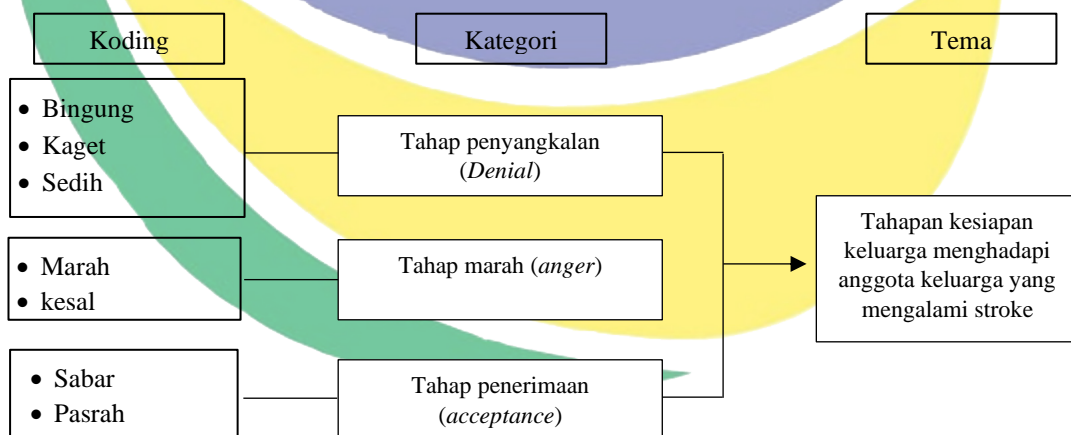
"... saya kalo di bilang marah, **awalnya marah** kenapa harus saya dan adik saya yang mengalami keluarga sakit seperti ini..."(P1, line 276-278)

Pernyataan dari P1 keluarga dalam tahap Marah (*Anger*) yang di rasakan saat pertama kali merawat bapaknya yang terserang stroke.

Kategori 3 tahap penerimaan (*Acceptance*) yang di terima saat merawat pasien menyatakan berikut ini di wakilkkan dari ungkapan pasrtisipan berikiut:

"namanya ngerawt orang sakit ya, harus telaten harus **sabar**..."(P2, line139)

Pernyataan dari P1 keluarga dalam tahap penerimaan (*Acceptance*) saat melakukan perawatan terungkap juga pada P3 di mana keluarga juga sabar dalam melakukan perawatan pada pasien stroke di rumah.



Skema 4.1 Tema 1: Tahapan kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke

2.2.Tema 2: Bentuk dukungan keluarga saat merawat pasien stroke

Bentuk dukungan keluarga saat merawat pasien stroke merupakan suatu kesatuan dari ungkapan yang di peroleh dari partisipan meliputi memenuhi kebutuhan pasien yang di rawat di rumah.

Tema ini muncul dari 3 katagori yaitu; (1) dukungan instrumental; dan (2) Dukungan emosional; Pernyataan dari katagori-katagori ini di peroleh dari pertanyaan “Bagaimana Pengalaman bapak/ibu dalam merawat anggota keluarga yang mengalami kelumpuhan?” untuk memperoleh tema pada sekema 4.2

Pada katagori 1 pernyataan keluarga dalam dukungan instrumental yang rutin di jalani oleh pasien stroke pernyataan berikut ini diwakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

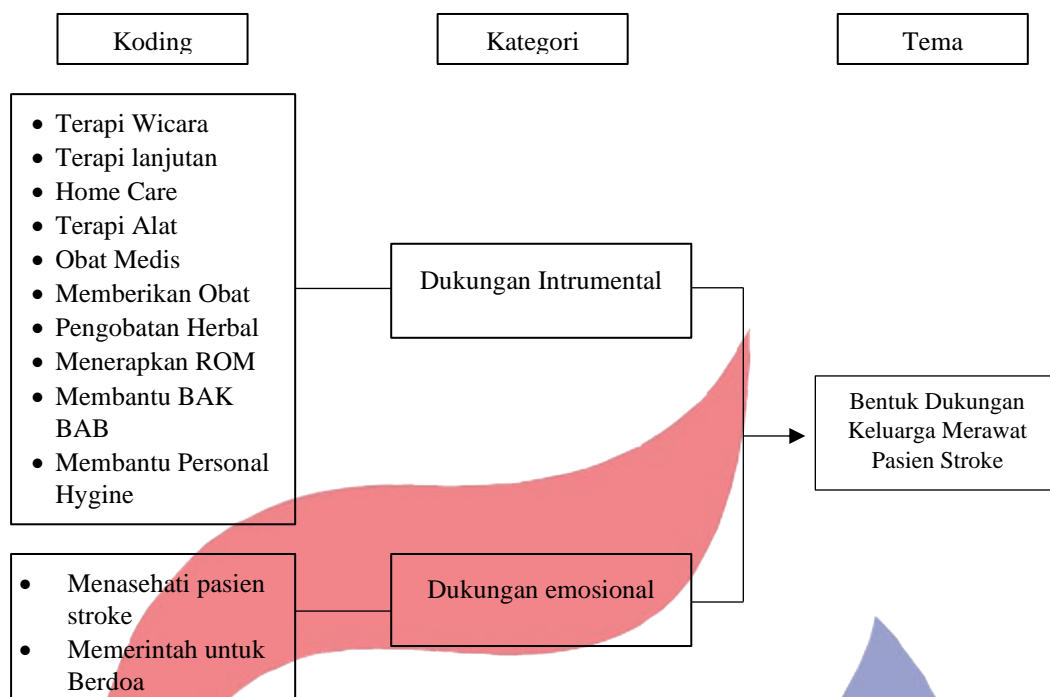
"...nonton tv nanti saya bangunkan lagi untuk minum obat..."(P1, line 224-230)

Pernyataan dari P1 membantu dukungan instrumental yang rutin di jalani juga terungkap pada P2 dan P3, yang memenuhi dukungan instrumental yang di berikan oleh pasien stroke di rumah.

Pada katagori 2 pernyataan keluarga dalam dukungan emosional di jalani oleh pasien stroke pernyataan berikut ini di wakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...ayah jangan diam terus ayah, nanti ayah kaku loh kalo gak ngomong."(p2,line 209)

Pernyataan dari P2 dalam dukungan emosional juga terungkap pada P1, yang mana dalam dukungan emosional yang di berikaan kepada pasien stroke di rumah.



Skema 4.2 Tema 2: Sumber dukungan keluarga merawat pasien stroke

2.3. Tema 3: Harapan keluarga saat merawat pasien stroke

Harapan keluarga agar pasien stroke normal kembali dan stroke tidak terulang merupakan suatu kesatuan dari ungkapan yang di peroleh dari partisipan meliputi memenuhi kebutuhan pasien yang di rawat di rumah.

Tema ini muncul dari 2 katagori yaitu; (1) Perbaikan kondisi fisik; (2) stroke tidak terulang “bagaimana harapan bapak/ibu terhadap kesembuhan keluarga yang menderita stroke?” untuk memperoleh tema pada sekema 4.3

Pada katagori 1 pernyataan keluarga dalam normal kembali berikut ini diwakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

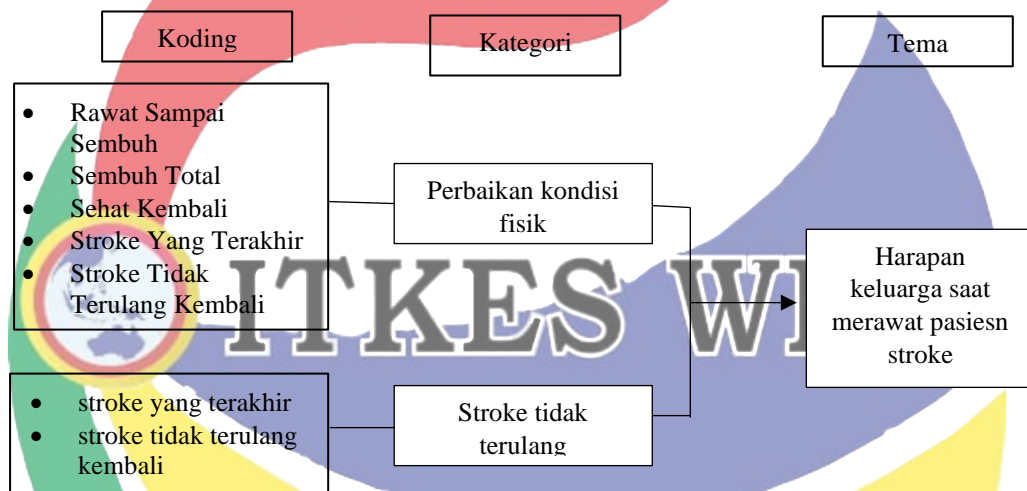
"ya harapan saya dengan anak-anak ya supaya ayah sehat kembali..."(p2, line304)

Pernyataan dari P2 keluarga dengan dukungan keluarga yang lainnya membantu dalam perawatan keluarga yang stroke di rumah, begitu juga dengan partisipan yang lainnya.

Kategori 2 berserah kepada tuhan pernyataan berikut ini diwakilkan dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...kalo bapak setroke ya kita bisa terima, mudahan stroke yang 3 ini stroke yang terakhir" (p2,line 311)

Pernyataan dari P2 keluarga dalam harapan melakukan perawatan terungkap juga pada semua partisipan juga menginginkan keluarga yang menderita stroke sembuh kembali dan tidak terjadi stroke untuk kesekian kalinya.



Skema 4.2 Tema 3: Harapan keluarga saat merawat pasien stroke

B. Pembahasan

1. Interpretasi Hasil dan diskusi hasil

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. Dalam pengumpulan data yang dilakukan dengan teknik wawancara mendalam kepada partisipan keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami stroke dalam kelumpuhan, sehingga didapatkan pandangan setiap partisipan.

Hasil penelitian diperoleh tiga tema yang merupakan esensi dari pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami

kelumpuhan di rumah. Ketiga tema tersebut adalah: Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke, bentuk dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke, harapan keluarga saat merawat pasien stroke hasil penelitian di peroleh melalui telaah teori terkait dan studi penelitian terdahulu sehingga dapat interprestasi yang akurat.

1.1.Tema 1: Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke

Tahap kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke yaitu seberapa siap dan matang keluarga harus memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan dan saling mendukung serta menghargai antara keluarga. Hal ini sebagai tahapan persiapan dalam merawat keluarga yang stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.

Penelitian memperoleh verbatim dari partisipan yang merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah terjadi tahapan dan perasaan dalam tahapan yang di lalui saat mengetahui keluarga terserang stroke yang terdiri dari empat katagori yaitu tahap penyangkalan (*denial*), tahap marah (*anger*), tahap penerimaan (*acceptance*) dan perasaan tidak nyaman yang di terima saat merawat pasien.

Tahapan kesiapan yang di lalui sat mengetahui keluarga serangan stroke, untuk yang pertama kalinya, dalam perasaan psikologis ini atau perasaan yang muncul dalam kondisi tertentu dari hasil penelitian di peroleh dari Verbatim dari semua partisipan merasakan perasaan yang membingungkan, kaget, sedih, dan juga merasa marah atau kecewa. Pada katagori ini muncul berdasarkan suatu kesatuan yang di ungkapkan oleh seluruh partisipan pada penelitian ini.

Sejalan dengan kurniawan (2018) tahap yang di lalui berorientasi pada perilaku dan menyangkut kedalam 5 fase yaitu menyangkal (*denial*) di rasakan pada semua partisipan yang di wawancarai saat pertama kali mengetahui keluarga menderita stroke, marah (*anger*) dari beberapa partisipan ada yang mengungkapkan kekesalannnya terhadap




merawat keluarga yang terserang stroke di rumah, tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*) keadaan yang diungkapkan semua partisipan selalu bersabar dan menerima keadaan keluarga yang terserang stroke. Respon berduka yang muncul pada penderita kanker merupakan akibat dari kehilangan yang dirasakan oleh seseorang yang akan atau sebelum mengalami terapi. Seperti diketahui, berduka merupakan respon normal pada semua kejadian kehilangan. Umumnya respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan dimanifestasikan dengan perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, susah tidur, dan lain-lain (NANDA, 2011 dalam Wita 2015). Koping dipandang sebagai suatu faktor penyeimbang yang dapat membantu individu beradaptasi dengan kondisi yang menekan dan dapat menimbulkan berduka. Mekanisme koping adalah mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima. Kemampuan koping individu tergantung dari temperamen, persepsi, dan kognisi serta latar belakang budaya/norma tempatnya dibesarkan (Nursalam, 2011 dalam Dyanna dkk, 2015).

keluarga pasien yang telah di wawancarai ada yang merasa kaget sewaktu mengetahui keluaraganya terserang stroke, merasa sedih, bingung, Marah maupun kesal kepada dirinya dan kepada keluarga yang di rawat, ada pula yang yang merasa pasrah, dalam hal ini di karenakan penyembuhan stroke yang cukup lama, proses penyembuhan dan rehabilitasi pada pasien stroke dapat berlangsung dalam waktu yang lama serta membutuhkan kesabaran dan ketekunan pasien dan keluarga. Pasien akan membutuhkan pelayanan kesehatan profesional yang mana bergantung pada penurunan neurologis spesifik yang disebabkan oleh stroke, maka dengan ini pasienn stroke yang akan pulang dari rumah sakit harus memiliki pengasuh khussu atau *Cargiver* yang nantinya akan merawat pasienn stroke setelah keluar dari rumah sakit dan tiba di rumah, dengan itu progam *Discharge planning* sangat di butuhkan keluarga atau orang terdekat pasienn stroke.



Timby (2009) mengatakan bahwa perencanaan pulang pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan pasien. Tenaga medis harus menentukan kebutuhan pengetahuan, keterampilan dan sumber daya masyarakat yang dibutuhkan pasien untuk mempertahankan derajat kesehatannya. Dalam penerapan *discharge planning* perawat berkerja sama dengan dokter dan tenaga medis seperti ahli gizi, farmasi dan terapis. Berdasarkan studi pendahuluan pada pasien stroke/keluarga di Ruang Rawat Inap, salah satunya keluarga pasien yaitu partisipan pertama yang mana merawat ayahnya yang stroke selama kurang lebih 9 bulan, Partisipan yang pertama yang berkerja sebagai seorang perawat dan pasti tau bagai mana keadaan dana apa yang harus dilakukan untuk kesiapan pasien maupun ayahnya sendiri yang harus dirawat di rumah dalam keadaan paska stroke.




Program *discharge planning* pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan oleh perawat dan tim medis kepada pasien yang meliputi nutrisi, aktifitas atau latihan, obat-obatan dan instruksi khusus yaitu tanda dan gejala penyakit pasien. Mengingat penerapan program discharge planning merupakan hal yang penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, maka akan sangat berdampak pada pasien terutama pada pasien stroke yang tidak diberikan discharge planning dengan baik. Pengaruh pemberian discharge planning juga sangat berpengaruh pada kesiapan pulang pasien. Selain dapat mengurangi perawatan ulang pada pasien, discharge planning juga dapat menurunkan risiko kambuh dan lama rawat pada pasien stroke. (Sagita, 2019).

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai dengan rehabilitasi. Dukungan sosial dan psikologis sangat diperlukan oleh setiap individu di dalam setiap siklus kehidupan, dukungan sosial akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menghadapi masalah atau sakit, disinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menjalani masa-masa sulit dengan

cepat. Salah satu dukungan keluarga yang dapat di berikan yakni dengan melalui perhatian secara emosi, diekspresikan melalui kasih sayang dan motivasi anggota keluarga yang sakit agar terus berusaha mencapai kesembuhan

Setelah di lakukan penelitian ini, ternyata banyak dari partisipan dalam respon semua partisipan mengalami tahap Kesiapan saat merawat pasien stroke terutama pada Partisipan ke-1 untuk merawat ayahnya yang sakit stroke di rumah bersama adiknya dan tidak ada keluarga yang di teliti tidak mengalaminya pada saat merawat pasien stroke di rumah. Sehingga tahapan persiapan sangat penting didapatkan oleh keluarga dan orang terdekat pasien.

1.2.Tema 2: Bentuk dukungan keluarga saat merawat pasien stroke



Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga baik moril maupun materil berupa motivasi, saran, informasi dan bantuan yang nyata. Dukungan keluarga dapat diperoleh dari anggota keluarga (suami, istri, anak, dan kerabat), teman dekat atau relasi. House & Smet (2004) didalam Karunia (2016) 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.

Di peroleh dari Verbatim dari semua partisipan mengungkapkan dukunagn instrumental dan dukungan emosional yang telah di ucapkan oleh semua partisipan. Pada katagori ini muncul berdasarkan suatu kesatuan yang di ungkapkan oleh seluruh partisipan pada penelitian ini.

Keluarga memiliki peran penting yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau umur terlalu muda, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada. Peran keluarga memberikan bantuan selama masa penyembuhan

dan pemulihan keluarga yang terserang stroke. Sehingga dukungan keluarga yang besar dapat meningkatkan keberhasilan rehabilitasi penyembuhan atau pemulihan.

Menurut (Friedman, 2010) menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, yaitu: (1) Dukungan emosional Aspek-aspek dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional merupakan fungsi efektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga fungsi efektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung serta menghargai antara anggota keluarga (2) Dukungan informasi Aspek-aspek dalam dukungan informasi meliputi nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (3) Dukungan instrumental Keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawat kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga, termasuk kebutuhan kesehatan anggota keluarga. Sedangkan fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarganya (4) Dukungan penelitian keluarga bertindak sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penelitian mempunyai fungsi efektif. Dengan adanya support, penghargaan dan perhatian ini, pasien menjadi termotivasi, pasien merasa dihargai dan masih ada yang memperhatikan dirinya. Selain itu ada juga sumber dan manfaat dukungan keluarga sumber dukungan keluarga, dimana keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi keluarga memandang orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Suwardiman D, 2011). Manfaat dukungan keluarga menurut (Suwardiman D, 2011),

adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda namun demikian keluarga maupun berfungsi dalam kepandaian dan akal sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan.

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 menjadiketergantungan kepada orang lain dalam pemenuhan ADL (*Activity Daily Living*) (Karunia, 2016).

Wawancara yang di lakukan kepada semua partisipan, semua partisipan melakukan perawatan kesehari hariannya kepada keluarga yang stroke dengan rutinitas memberikan obat, makan, terapi, membantu bak dan bab, serta membantu kebutuhan ADL (*Activity Daily Living*) yang lainnya yang di lakukan untuk kesembuhan keluarga yang menderita stroke di rumah. Untuk dukungan saying di butuhkan oleh pasien stroke yang telah pulang ke rumah.

Bentuk dukungan keluarga yaitu sumber dukungan instrumental dan emosional keluarga yang dapat berupa dukungan sosial keluarga secara internal seperti dukungan suami istri, serta saudara kandung secara eksternal seperti paman bibi. Penelitian memperoleh verbatim dari partisipan yang merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah terjadi sumberdukungan keluarga yang terdiri dari dua katagori yaitu dukungan intrumental, dan dukungan emosional.

Dalam dukungan instrumental keluarga dimana keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit yang mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu maupun modifikasi lingkungan, Dukungan emosional keluarga dimana keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi meliputi ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap penderita dalam perawatan diri.



Wulandari (2011) mengenai pelatihan perawat terhadap dukungan instrumental dan emosional penderita kusta, membahas keefektifan pelatihan dapat diukur dalam empat tahapan, yaitu reaction, learning, behaviour, dan result, Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi keefektifan pelatihan perawat diri terhadap peningkatan dukungan keluarga penderita kusta di Paguyuban Harapan Kita Kecamatan Padas Kabupaten Ngawi. Dukungan keluarga dilihat dari besarnya dukungan emosional, instrumental, informatif, dan dukungan penghargaan keluarga yang dirasakan oleh penderita stroke.

Keluarga juga 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, memberikan dorongan agar mau melakukan aktivitas kembali adanya dukungan keluarga ini emosi setidaknya akan lebih cepat mereda.

Kesabaran anggota keluarga memang sangat di butuhkan untuk menghadapi emosi penderita. Berbagai emosi ditunjukkan oleh penderita namun keluarga harus bersabar. Anggota keluarga tidak boleh cemas dalam menghadapi emosi penderita. Apa bila keluarga menanggapi emosi penderita, maka akan terjadi pertengkaran di dalam keluarga. Bentuk perhatian berupa dukungan emosional yang dapat di berikan keluarga dengan kasih dan sayang. Keluarga juga ada yang memilih diam, mengalah, memeberi tahu dan mengingatkan untuk tidak marah sebagai bentuk perhatian.

Tema ini sejalan dengan penelitian Setyoadi (2017) dukungan keluarga adalah suatu dukungan interpersonal yang terdiri dari sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga ada yang memperhatikan. Dukungan keluarga terhadap pasien stroke menunjukkan bahwa keluarga senantiasa berupaya dalam hal penyembuhan dan pemulihan pasien. Jenis dukungan keluarga di bagi menjadi infomasional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan emosional.



Setelah di lakukan penelitian ini, ternyata banyak dari partisipan dalam dukungan instrumental dan emosional yang di alami oleh keluarga pasien stroke yang merawat keluarganya di rumah. Tetapi tidak pada dukungan informasi dan dukungan penghargaan.

1.3.Tema 3: Harapan keluarga saat merawat pasien stroke

Harapan dalam melakukan perawatan, di dalam keadaan harapan yaitu suatu keinginan untuk kedepannya dalam keadaan yang positif saat melakukan perawatan dari hasil penelitian di peroleh dari verbatim dari harapan dalam melakukan perawatan di ungkapkan pada semua partisipan normal kembali, dan berserah kepada tuhan, katagori ini muncul dari suatu kesatuan yang di ungkapkan pada semua pasrtisipan pada penelitian ini.

Keluarga merupakan lembaga sosial yang memiliki pengaruh paling besar terhadap anggota keluarganya. Unit dasar ini sangat mempengaruhi perkembangan seseorang individu, sehingga dapat menjadi penentu keberhasilan atau kegagalan hidup seseorang. Unit keluarga menempati sebuah posisi diantara individu dan masyarakat masyarakat (Friendman, 2010 di dalam penelitian damayanti, 2018). Dalam dasar tujuan bersifat ganda yaitu (1) memenuhi kebutuhan masyarakat, yang meliputi sebagai bagiannya. (2) memenuhi kebutuhan individu yang menjadi bagian dari keluarga.

Keluarga perlu memperlakukan penderita paska stroke dengan sikap yang bisa membutuhkan dan mendukung tubuhnya harapan dan optimis. Harapan dan optimisme akan menajdi penggerakpemulihan dari stroke, di lain pihak kata menghina memandang rendah dan membutuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pulih. Garapan merupakan dalam pemulihan adalah adanya keluarga, saudara dan teman yang percaya bahwa seseorang penderita pasca stroke bisa pulih (Damayanti, 2018).

Peran keluarga diharapkan dalam perawatan anggota keluarga dengan paska stroke adalah dalam pemberian obat, pengawasan minum

obat dan meminimalkan sekpresi keluarga. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan perawat utama bagi penderita paska stroke (Damayanti, 2018).

Sejalan dengan Dani (2015) bahwa harapan keinginan yang ingin di capai oleh manusia, atau harapan adalah sesuatu yang membuat manusia dapat bertahan di dalam rintangan (kamus besar Bahasa Indonesia, 2008 dalam Hamid, 2010). Nursalam dan karuniawati (2007) menyatakan harapan salah satu unsur yang penting dalam kehidupan, hidup tanpa harapan akan membuat orang putus asa dan bunuh diri. Parker (2008) menyatakan di negara negara maju, harapan orang untuk sehat dan pengobatan realtif tinggi.

Setelah di lakukan penelitian ini, menyatakan banyak dari semua partisipan menginginkan keluarganya untuk normal kembali atau sembuh kembali dan tidak terjadi stroke yang berulang. Dan dari semua partisipan tidak ada yang tidak memiliki harapan untuk keluarganya yang terserang stroke. Dalam jangka waktu yang lama yang telah di rasakan pada setiap keluarga pasien stroke, keluarga selalu berharap kepada tuhannya dan anggota keluarga yang terserang stroke agar selama perawatan di rumah,

Harapan yang semua menginginkan untuk keluarag kembali pulih seperti keladaan sebelum keluarag sakit dan berharap stroke tidak dapat kembali lagi. harapan keluarga, stroke adalah kondisi dimana terjadinya defisit neurologis yang berdampak pada defisit fungsional. Harapan keluarga pada penderita stroke agar segera membaik adalah hal positif sebagai motivasi karena penyembuhan stroke merupakan proses panjang yang membutuhkan banyak waktu, usaha, serta kesabaran (Kadarwati, 2019).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lutz, Young, Cox, Martz, & Creasy (2011) didalam Kadarwati (2019) menemukan harapan keluarga pada penderita stroke agar segera membaik, dalam hal ini kembali pada kegiatan sebelum terkena stroke. Julianti (2015) dalam penelitiannya menemukan harapan keluarga



berkaitan dengan fungsi, sumber dan bentuk dukungan, caregiver berharap kesehatan bagi diri caregiver, kesembuhan bagi anggota yang dirawat dan keluarga berharap adanya bantuan pemerintah terkait beban biaya yang sangat besar merawat pasien pasca stroke di rumah (Kadarwati, 2019).

Setelah di lakukan wawancara semua partisipan berharap akan kesembuhan keluarganya yang menjalani perawatan di rumah dengan waktu yang cukup lama di jalani oleh keluarga maupun pasien yang stroke.

C. Keterbatasan peneliti

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah kurang kondusif saat proses wawancara pada salah satu partisipan di karenakan suara partisipan yang kurang terdengar di *tape recorder* dan terdengar suara keluarga partisipan yang lain masuk juga pada *tape recorder* saat proses wawancara dan susunan hujan deras.



BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode pendekatan fenomenologi dimana fenomenologi yang terjadi merupakan rangkaian pengalaman yang dirasakan oleh partisipan dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. Berdasarkan hasil penelitian terdapat dua tema yang menggambarkan pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah, yaitu (1) Tahapan kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarga yang mengalami stroke; (2) Bentuk dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke; (3) Harapan keluarga saat merawat pasien stroke

B. Saran

1. Institusi Pelayanan Kesehatan

Institusi pendidikan keperawatan diharapkan dapat memperhatikan masalah yang terdapat pada pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah agar keluarga dan orang terdekat bisa membantu dalam perawatan di rumah.

2. Bagi Partisipan

Membangun persepsi atau pikiran positif dalam mendukung dan merawat anggota keluarga yang mengalami stroke untuk memberikan motivasi dan dukungan dalam proses penyembuhan pasien stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya di harapkan dapat melakukan penelitian lebih lanjut yang masih berkaitan dengan penelitian pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di Rumah, yang berhubungan dengan dapat melanjutkan dukungan keluarga informasi dan penghargaan, dan melakukan *Credibilitas* yang baik untuk mendapatkan untuk mendapatkan saturasi yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I.G. & Reggy, P. 2016. Pengelolaan Tekanan Tinggi Intracranial Pada Stroke. CDK-238. Vol. 43, No. 3 (Hlm. 180-184)
- Afiyanti, Yati & Rachmawati, Imami Nur (2014). Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan. Jakarta: Rajawali Press.
- Agustina, H. R., Ayu, P. P., & Irman, S. (2009). Kajian kebutuhan perawatan di rumah bagi klien dengan stroke di rumah sakit umum daerah cianjur. Diakses pada tanggal 10 November 2015
- Ali. (2010). Pengantar Keperawatan Keluarga, Jakarta: EGC
- Alligood (2017). Pakar Teori Keperawatan Dan Karya Mereka. Elsevier: Singapore
- Arsian, S Celebioglu & Tezwe A (2009) Depression and hopelessness in Turkish pasien with cancer undergoing chemotherapy, Japan jurnal of nursing ScienceBorke, et al. US National Library of Medicine MedlinePlus (2017). Head injury - first aid.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2016). Nursing Interventions Classification (NIC), Edisi 6. Philadelphia: Elsevier.
- Copernito-Moyet, (2013) Buku saku diagnose keperawatan, Edisi 10 Jakarta: EGC
- Creswell, Jhon W. (2014). Penelitian kualitatif & desain riset. Edisi 3 Yogyakarta; pustaka pelajar
- Dahlan, M. S (2014) langkah –langkah membuat proposal bidang Kedokteran dan kesehatan, seri Evidence Based Medicine Seri 3 edisi 2, Jakarta: sagung seto.
- Damawiyah (2015) pengaruh penerapan Discharge Planning dengan pendekatan Family Centered Nursing Terhadap Motivasi dan kesiapan keluarga dalam merawat pasien stroke pasca akut di RS. Islam Surabaya
- Dani. (2015). Hubungan Motivasi, Harapan, dan Dukungan petugas kesehatan terhadap kepatuhan pasien gagal ginjal kronik untuk menjalani hemodialysis. *JOM vol 2 no 2*
- Darmayanti Melisa (2018) “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kesiapan Keluarga Dalam Menghadapi Pemulangan Pasien Pasca Stroke “Unit Stroek Center RSUD Wahab Sjahranie Samarinda”
- Darmayanti Melisa (2018) “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kesiapan Keluarga Dalam Menghadapi Pemulangan Pasien Pasca Stroke “Unit Stroek Center RSUD Wahab Sjahranie Samarinda”

- Elisa (2019) meneliti tentang “*Skolastik Keperawatan*” Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Klabat, Manado, Indonesia.
- Esa karunia (2016) “Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activity of daily living pasca stroke” Surabaya, Jawa Timur, Indonesia. *Jurnal berkala Epidemiologi vol (4) No (2)*. doi: 10.20473/jbe.v4i2.2016.213.224213.
- Firmawati, E. 2015. *Abstract Post Stroke Nursing Care* [Abstrak]. *One Day Seminar: Stroke*, 119-120
- Friedman M. Buku Ajar Keperawatan keluarga: Riset, Teori, dan Praktek. Edisi kelima.
- Garrison, Ray H, dan Eric W, Noreen. 2003. *Managerial Accounting*. Edisi 10. New York; McGraw-Hil Companies, Inc
- Guyton A.C. and J.E. Hall 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta: EGC. 74,76, 80-81, 244, 248, 606,636,1070,1340.
- Guyton A.C. and J.E. Hall 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta: EGC. 74,76, 80-81, 244, 248, 606,636,1070,1340
- Handayani, D. Y., & Dewi, D. E. (2016). Analisis kualitas hidup penderita dan keluarga pasca serangan stroke (dengan gejala sisa). *Psycho Idea*, 7(1).
- Harnilawati A.E. (2018), model peran keluarga dalam perawatan diri pasien Skizofrenia. Fakultas keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
- Hartono, D (2016). *Psikologi: Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Jakarta: kementerian Kesehatan republik Indonesia
- Herawati, N. (2014). Studi fenomenologi pengalaman perubahan citra tubuh pada klien kelemahan pasca stroke di RS dr M djamil kota padang. *Jurnal keperawatan jiwa*, 2(1), 31-40.
- Herawati, N. (2014). Studi fenomenologi pengalaman perubahan citra tubuh pada klien kelemahan pasca stroke di RS dr M djamil kota padang. *Jurnal keperawatan jiwa*, 2(1), 31-40.
- Ira trio ongo (2011). *5 Penyakit Utama Pencabut Nyawa*. Mitra buku, Yogyakarta, Indonesia
- Istiati., 2010. *Hubungan Fungsi Keluarga Dengan Kecemasan Pada Lanjut Usia*. Phd Thesis. Surakarta: Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Kabo, Peter. *Pengobatan penyakit jantung coroner*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.2008

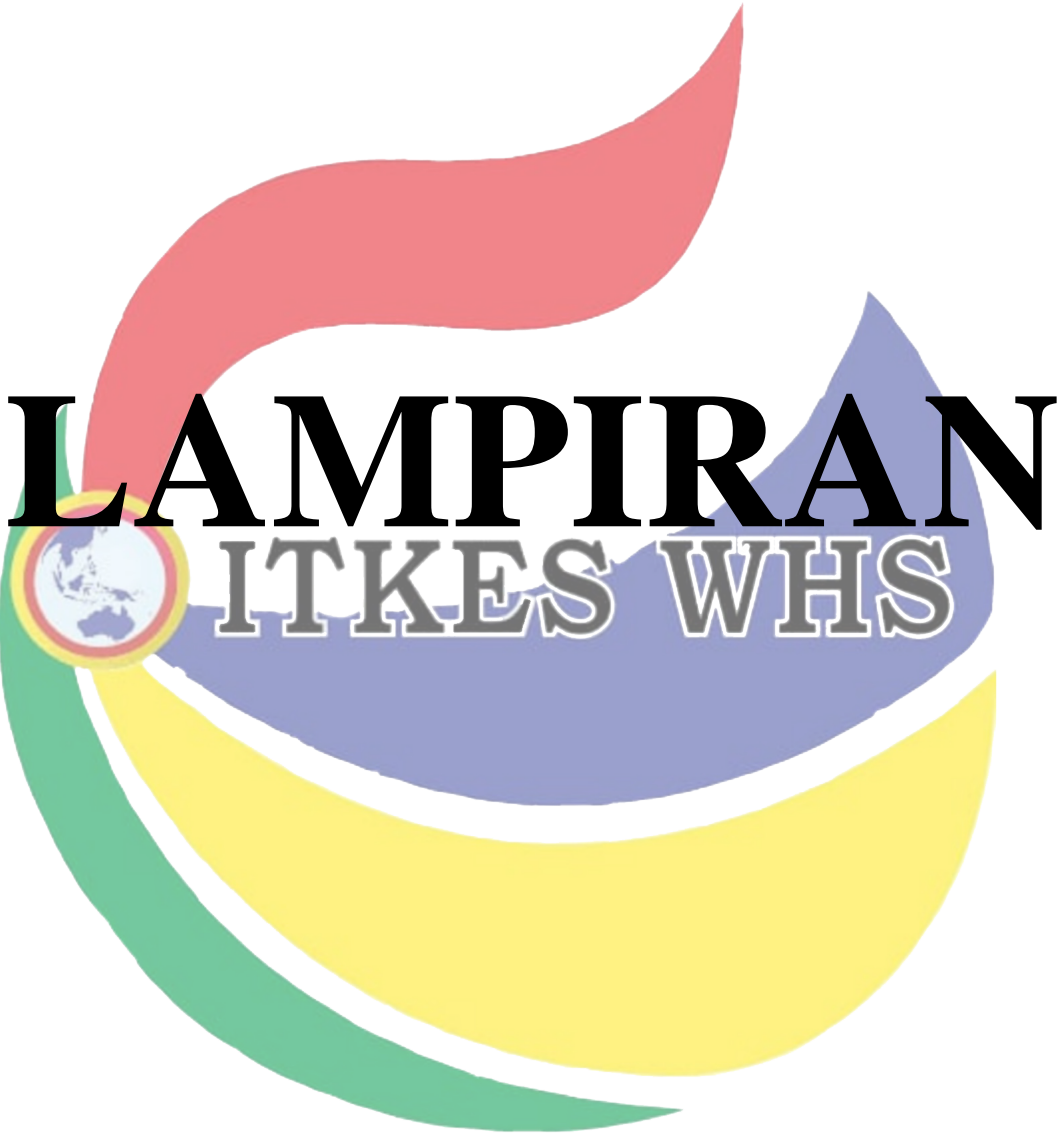
- Kadarwati, dkk. (2019). Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Merawat Penderita Pasca Stroke di Kota Jambi Tahun 2019. Batanghari: Jambi. ISSN 2549-4236. DOI 10.33087/jiubj.v19i3.706
- Kartika, A. W., Wiarsih, W., & Permatasari, H. (2015). Pengalaman keluarga dalam merawat penderita sakit kronis. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 51-58.
- Kurniawan, D., Manurung, I., & Rohayati, R. (2019). Hubungan Mekanisme Koping Dengan Proses Berkabung Pada Pasien Pre Operasi Kanker. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 14(2), 176-181.
- Lemone, P., Karen, M., & Gerene, B (2014). Buku ajar keperawatan Medikal bedah Gangguan Kardiovaskular. Jakarta: EGC
- Lewis, S.M., Heitkemper, M.M, Dirksen, S.R. (2007). Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problem. Pennsylvania: W.B Saunders.
- Lidya (2018) hubungan beban keluarga dalam mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di poli klinik rumah sakit jiwa atma husada samarinda.
- Mulani (2017) Hubungan Motivasi dan dukungan keluarga dengan upaya rehabilitasi pada pasien pasca stroke di poli saraf rumah sakit H. Abdul Manap Kota Jambi Tahun 2017
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke NINDS NIH (2017). Guillain-Barré Syndrome Fact Sheet.
- National Medicines Information Centre. 2011. The Management Of Stroke. *Management Of Stroke Bulletin*. Vol. 17. No. 3
- Ns. Hamka panduan IDI's, Platihan Kualitatif. Lotus Care. Yogyakarta
- Nursalam, (2015) konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, Jakarta: Balemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Olunu, E, et al. 2018. Sleep Paralysis, A Medical Condition With A Diverse Cultural Interpretation. *International Journal Of Applied & Basic Medical Research*.8(3), Pp.137-142
- Polit, B (2017). *Canadian essential of nursing research*. Wother Kluwer Health
- Price, Wilson. 2006. Patofisiologi Vol 2; Konsep Kllinis Proses-proses Penyakit.Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.

- Ratna yuanita (2018) “Hubungan Mekanisme Koping Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Stroke Di Ruang Rawat Dewasa Rumah Sakit Panti Waluya Malang” Indonesia. *Nursing news Vol (3)*.
- Ratna yuanita (2018) “Hubungan Mekanisme Koping Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Stroke Di Ruang Rawat Dewasa Rumah Sakit Panti Waluya Malang” Indonesia. *Nursing news Vol (3)*.
- Sagita, M. D., Fitri, E. Y., & Kusumaningrum, A. (2019, October). Gambaran Pelaksanaan Discharge Planning Oleh Perawat Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stroke Nasional (Rssn) Bukittinggi. In *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan (Vol. 5, No. 1, pp. 90-94)*.
- Setiawan I. D. (2018) “pengalaman hidup pasien paska stroke di bandung” Indonesia. *Journal of Nursing care & biompcular – Vol (3) No (1)*.
- Setyoadi (2017) Meneliting tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Pasien Stroke Di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung” Indonesia. *Majalah kesehatan FKUB Vol (4)*.
- Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan MEDikal Bedah Brunner dan Suddarth. (ED.8, Volume 3)*. Jakarta: EGC
- Stroke Association. (2015). Impact of Stroke (Stroke Statistics) http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/Impact-of-StrokeStrokestatistics_UCM_310728_Article.jsp. [Sitasi 29 Juli 2015]
- Stuart, G.W. (2009). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis: Mosby.
- Sugiono (2014). *Metode Penelitian kombinasi (Mixed Methods)*. Alfabeta bandung.
- Sundari, S., & Tiarani, F. (2015). *Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Pneumonia Pada Balita Usia 1-5 Tahun. Skripsi Akademia Kebidanan Ummi Khasanah*.
- US National Library of Medicine MedlinePlus (2016). Paralysis.
- Wardhani, I.O. (2014). *Hubungan Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi pada Pasien Pascastroke*. Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga
- World stroke organization. (2016). *Face the Fact: stroke is Treatable*. Retrieved from <http://www.worldstrokecampingn.org>
- Wulandari, L., Suswardany, D. L., & Firnawati, A. F. (2011). Efektifitas pelatihan perawatan diri terhadap dukungan emosional dan instrumental keluarga penderita kusta. *Jurnal Keperawatan Soedirman, 6(2), 62-71*.
- Wurtiningsih (2012) *Dukungan Keluarga pada pasien stroke di Ruang Saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang*

Yastroki. (2009) Tangani Masalah Stroke di Indonesia [Cited; July 15,2014].

Yayasan stroke Indonesia. (2012). Pengetahuan Sekilas tentang stroke. Diperoleh tanggal 10 januari 2016





LAMPIRAN
ITKES WHS

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Bapak/ibu/saudara(i) calon partisipan yang saya hormati, penelitian ini bertujuan untuk meminta bapak/ibu menyampaikan pengalaman bapak/ibu dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk memberikan informasi kepada pasien agar mengetahui gambaran umum dari Stroke dalam perawatan di Rumah.

Bapak/ibu/saudar(i) akan diminta untuk menceritakan kepada penelitian selama 45-60 menit tentang merawat anggota keluarg yang mengalamim kelumpuhan setelah stroke dan akan di rekam menggunakan alat rekam suara (*tape recorder*). Bapak/ibu/Saudara (i) memiliki kebebasan untuk mengikuti atau menolak keikutsertaan dalam penelitian ini. Jika ada hal-hal yang tidak dimengerti, bapak/ibu/saudar(i) dapat menanyakan hal tersebut kepada penelitian . peneliti mengucapkan trerimakasih yang sebesar-besarnya atas kesedian bapa/ibu menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Penelitian:

- Judul penelitian: Studi fenomenologi pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke yang mengalami kelumpuhan di rumah.
- Peneliti: Ade Prihastini Eka Yatsih (No. Hp: 0822-5402-1691)
- Pembimbing:
Ns.Chrisyen Damanik, S.Kep.,M.Kep (No. Hp: 0812-3533-8835)
Ns. Hamka., M.Kep.,RN.,WOC(ET)N (No.Hp : 0852-5057-5811)

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagai mestinya

Samarinda, Juli 2020

Peneliti

Ade prihastini Eka Yatsih

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN

Bapak/Ibu/ yang saya hormati,

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ade Prihastini Eka Yatsih

NIM : 16.0354.689.01

Saya adalah mahasiswa ITKES Wiyata Husada Samarinda Progam Studi S-1Ilmu Keperawatan Tingkat IV A yang akan melakukan penelitian dengan judul“Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah”

Dengan ini saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu dapat berpartisipasi dalam penelitian ini untuk menjadi partisipan dengan menandatangani lembar persetujuan dan bersedia untuk di wawancarai selama peroses penelitian. Setiap pertanyaan yang Bapak/Ibu berikan mohon sesuai dengan apa yang di rasakan oleh Bapak/Ibu sehingga mencerminkan Kondisi yang sebenarnya. Pernyataan yang di berikan Di jamin akan Kerahasiaannya dan hanya di gunakan untuk penelitian.

Demikian yang saya sampaikan, atas perhatian dan psrtisipan dari Bapak/Ibu dalam membantu kelancaran peneliti ini,saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, Juni 2020

Peneliti

Ade prihastini Eka Yatsih

Lampiran 4

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PADA PENELITIAN
STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN KELUARGA DALAM
MERAWAT PASIEN STROKE YANG MENGALAMI KELUMPUHAN DI
RUMAH**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No.telpon/HP :

Setelah membaca, mendengar, dan memahami penjelasan penelitian oleh peneliti, saya menyatakan telah memahami maksud dan tujuan dari penelitian ini yang nantinya akan bermanfaat kepada pelayanan pasien stroke paska perawatan di rumah sakit. Saya mengerti dan memahami bahwa peneliti ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan, saya berhak berhenti menjadi partisipan jika saya merasa tidak mampu untuk melanjutkan penelitian.

Dengan menandatangani surat partisipan ini, maka saya tidak telah menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.


Tanggal:


Tempat:

Yang membuat pernyataan

Nama partisipan:.....

Lampiran 5

 **INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/II/2019

 itkeswhs
www.itkeswhs.ac.id
info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 84/ITKES-WHS/LT/2020 8 Juni 2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

Kepada Yth.
Kepala Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata
di -
Tempat


Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Ade Prihastini Eka Y.
NIM : 16.0354.689.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Pengalaman Keluarga dalam menghadapi keputusan pada pasien stroke paska perawatan di rumah sakit**

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu.
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,

Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

itkeswhs

itkeswhs

www.itkeswhs.ac.id

info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 842 /ITKES-WHS/LT/2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

8 Juni 2020

Kepada Yth.
Kepala Fisioterapi Wiyata Husada Samarinda
di -
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : Ade Prihastini Eka Y.
NIM : 16.0354.689.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Pengalaman Keluarga dalam menghadapi keputusan pada pasien stroke paska perawatan di rumah sakit**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistvorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075



PRAKTEK MANDIRI FISIOTERAPI
Nanang Asnawi, S.Ft, Physio., M.Fis
SIPF : 503/FS-002/102/III/2016
Jl. P. Suryanata RT 33 RW 7 No.5 Kel Air Putih Kec. Samarinda Ulu
Kodya Samarinda Kalimantan Timur
HP 0813 4706 4682 / E-Mail : nanangasnawi@yahoo.com

Samarinda, 16 Juni 2020

Nomor : 01/MPFT/VI/2020
Lamp : --
Prihal : **Persetujuan Ijin Pengambilan Data**

kepada Yth,
Ketua Jurusan Keperawatan
ITKES Wiyata Husada
Di –
Samarinda

Sehubungan Dengan Surat Dari Wakil Ketua I Jurusan Keperawatan No: 841/ITKES-WHS/LT/2020 tanggal 8 Juni 2020, prihal Permohonan Ijin Pelaksanaan Pengambilan Data Bersama Ini Kami Sampaikan Bahwa:

1. Pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa prodi ilmu keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda a.n:

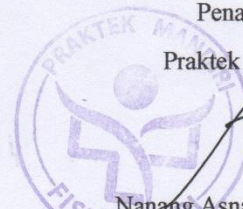
No	Nama	Judul
	Ade Prihastini Eka Yatsih NIM: 16.0354.689.01	Pengalaman Keluarga Dalam Menghadapi Keputusan Pada Pasien Stroke Paska Perawatan Di Rumah Sakit.

Untuk melaksanakan pengambilan data di Praktek Mandiri Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek Mandiri Fisioterapi Suryanata.

2. Selama melaksanakan kegiatan tersebut, supaya mematuhi ketentuan, tata tertib dan wajib memakai Almamater dan Kartu pengenalan yang berlaku di Fisioterapi Wiyata Husada dan Praktek mandiri Fisioterapi Suryanata.
3. Sebelum melaksanakan kegiatan supaya menghubungi penanggung jawab pelayanan fisioterapi.

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.

Penanggung Jawab
Praktek Mandiri Fisioterapi



Nanang Asnawi, S.Ft Physio. M.Fis

PEDOMAN WAWANCARA

1. Aspek yang di teliti : Keluarga yang merawat keluarga setroke
2. Fokus wawancara : Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah
3. Nama inisial :
4. Jenis kelamin :
5. Usia :
6. Waktu wawancara :
 - a. Tanggal :
 - b. Jam :

NO	PERTANYAAN
1.	Bagaimana perasaan bapak/ibu ketika mengetahui anggota keluarga bapak/ibu saat terkena stroke?
2.	Bagaimana bapak/ibu beradaptasi dengan keluarga sesudah keluarga bapak/ibu terkena setroke?
3.	Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam merawat anggota keluarga yang mengalami kelumpuhan?
4.	Bagaimana harapan bapak/ibu ketika menghadapi penyembuhan keluarga yang menderita stroke yang cukup lama?
5.	Bagaimana harapan bapak/ibu terhadap kesembuhan keluarga yang menderita stroke?



Program Studi S1 Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda

Mari bergabung menjadi partisipan dalam penelitian ini dan dapatkan **GOODY BAG** yang berisi : **BOLA TERAPI STROKE**



Persyaratan :

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan stroke
2. Bersedia menjadi informan dan menandatangani informed consent.

Judul penelitian

Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah

Tujuan penelitian

Mengeksplorasi Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Yang Mengalami Kelumpuhan Di Rumah

Tim Peneliti

Peneliti : ADE PRIHASTINI EKA Y

Pembimbing

1. Ns.Chrisylen Damanik,
S.Kep.,M.Kep
2. Ns. Hamka.,
M.Kep.,RN.,WOC(ET)N

Penelitian akan di lakukan pada bulan Juli minggu ke 1, bagi yang ingin mengikuti penelitian tersebut silahkan hubungi peneliti

No.HP/WA 0822-5402-1691

LANGKAH –LANGKAH MELAKUKAN IDIs

PERSIAPAN		
1.	Tentukan partisipan & kontrak waktu	
2.	Siapkan lokasi wawancara & peralatan yang diperlukan (<i>recorder</i> , alat tulis, seting tempat).	
3.	Cek transportasi ke lokasi.	
4.	Siapkan makanan dan minuman bila perlu.	
5.	Siapkan alat perekam, siapkan <i>back-up</i> bila perlu, dan cek alat dan baterainya. Siapkan charger dan roll kabel.	
6.	Siapkan buku catatan dan alat tulis	
7.	Siapkan tas atau tempat semua dokumen: 1 lembar panduan wawancara, 2 lembar <i>informed consent</i> , <i>information sheet</i> , insentif untuk partisipan dan kwitansinya (b/p)	
8.	Baca kembali topik penelitian dan panduan wawancara. Susun antisipasi pertanyaan, termasuk jawaban atas setiap pertanyaan yang mungkin akan diajukan partisipan sebelum wawancara dimulai. Bila perlu lakukan <i>brainstorming</i> dengan tim peneliti hal- hal apa yang mungkin ditanyakan oleh informan. Siapkan diplomasi jawaban sekiranya peneliti tidak dapat menyampaikan jawaban dengan yakin.	
9.	Baca kembali <i>information sheet</i> yang disiapkan	
10.	Lakukan latihan b/p	
11.	Tunjukkan bawa Saudara memang benar-benar berkomitmen terhadap pertemuan dengan partisipan: datang tepat waktu sesuai kontrak, siapkan peralatan (<i>recorder</i> , termasuk <i>back-up</i> nya), panduan wawancara, form persetujuan, dan buku catatan. Yakinkan bahwa bolpen dapat digunakan dan tersedia cadangannya.	
PELAKSANAAN		
12.	Sapa partisipan dan lakukan percakapan sederhana untuk mencairkan suasana. Gunakan humor b/p dan sewajarnya.	
13.	jelaskan tujuan dan proses wawancara	
14.	<p>Sampaikan <i>informed-consent</i> sebelum wawancara dimulai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penelitian dan tujuannya - Sampaikan kalau ada asisten peneliti (<i>note taker</i>) - Peran partisipan - Penggunaan rekaman suara/gambar dan catatan 	

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Confidentiality</i> - Keuntungan & resiko - Kontrak waktu - Informasi ketika di tengah wawancara partisipan ingin istirahat atau benar-benar berhenti saat itu - Berikan waktu kepada informan untuk bertanya 	
15.	<p>Sampaikan pertanyaan-pertanyaan (saat ini rekaman mulai dilakukan). Pada saat penelitian menggunakan <i>informed consent</i> secara oral, maka proses perekaman dimulai ketika dilakukan <i>informed consent</i>. Catat hal-hal yang ingin Saudara gali kembali. Lakukan <i>probing</i> secara verbal maupun non-verbal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengulang kembali jawaban partisipan - Mengajukan pertanyaan lanjutan <p>Diam... mempertahankan kontak mata... mengangguk...</p>	
16.	Tanyakan kepada <i>note taker</i> apabila ada hal yang masih perlu diperdalam	
17.	Matikan rekaman	
18.	Akhiri sesi	
DOKUMENTASI		
19.	Rekaman proses interview (gunakan lebih dari satu alat) baik suara atau video atau gambar	
20.	Buatlah catatan sebagai <i>back up</i>	
21.	Lakukan observasi dan dokumentasikan	
22.	Selesai interview, tambah dan perluas catatan sesegera mungkin ketika ingatan masih jelas	
YANG HARUS DIBAWA		
23.	Buku catatan (hasil <i>note-taking</i>)	
24.	<i>Informed consent</i>	
25.	Rekaman dan catatan/label yang diperlukan	
26.	Kwitansi insentif	
27.	Alat-alat lain yang digunakan pada saat wawancara	

Sumber: Hamka (2018), Pelatihan Kualitatif. Cofus Care: Yogyakarta

Lampiran 9

	<p style="text-align: center;">SOP PENCEGAHAN COVID-19 DI MASYARAKAT</p>
<p style="text-align: center;">PENGERTIAN</p>	<p>Coronavirus (CoV) adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis corona virus yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrome(SARS). Coronavirus Disease (COVID-19) adalah virus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus corona adalah zoonosis (di tularkan antara hewan dan manusia).</p> <p style="text-align: right;">(Kementrian kesehatan repumbik Indonesia ,2020)</p>
<p style="text-align: center;">TUJUAN</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Membangun dan/atau memelihara kepercayaan dengan masyarakat/kelompok melalui komunikasi dua arah secara rutin dan melibatkan secara berkesinambung untuk menghindari kesalahan pahaman, kesalahan informasi, isu/rumor/hoaks,dan pertanyaan yang sering diajukan.2. Mendorong orang untuk melakukan upaya pencegahan/perlindungan dari penularan wabah.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengelola harapan dan mengkomunikasikan ketidakpastian. 4. Mengkoordinasikan dan mendorong kolaborasi di antara para mitra/pemangku kepentingan. 5. Mengkaji persepsi risiko awal dari masyarakat yang terkena dampak dan yang berisiko. 6. Memberikan informasi dan panduan secara berkesinambungan <p>Mencegah penularan Covid-19 saat berinteraksi langsung ke masyarakat dalam melakukan wawancara</p>
<p>PERSIAPAN ALAT</p>	<p>APD (alat pelindung diri) seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masker 2. Antiseptic 3. Tisu 4. Sarung tangan jika di perlukan 5. Tempat membuang tisu dan masker 6. Thermometer Gun
<p>PELAKSANAAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada saat wawancara, peneliti menggunakan APD ,mencuci tangan dengan antiseptic yang ada dan partisipan menggunakan masker. 2. Peneliti melakukan wawancara dengan menggunakan instrument yang sudah disusun oleh peneliti. 3. Peneliti menjaga jarak dengan paertisipan minimal 1 meter saat melakukan wawancara. 4. Melaksanakan observasi tambahan yang diperlukan oleh pewawancara. 5. Melakukan pemeriksaan fisik untuk mengetahui apakah memenuhi 6. kriteria kasus (tanda atau gejala seperti demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), batuk, pilek,nyeri tenggorokan, sesak napas).
<p>TERMINASI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. membuaka APD yang di gunakan 2. buang pada tempat yang telah di sediakan 3. membersihkan tangan

PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE YANG MENGALAMI KELUMPUHAN DI RUMAH

NO	URAIAN ANALISIS	KODING	KATAGORI	TEMA
1	"perasaan saat ini kita lebih bingung mba".. Masi bertanya-tanya kaya gimana nanti merawat bapak saya.." (p3, line 48-50)	marah	Tahap penyangkalan (<i>denail</i>)	Tahapan kesiapan keluarga menghadapi Anggota keluarga yang mengalami stroke
	" ya awalnya kaget sih soanya tiba-tiba.."(p2,line33-34)	bingung		
	"...pasti dia lebih sedih dari pada saya jadi kita ikut sedih karena dia Cuma bisa baring.."(p3,line 209-221)	kaget		
	"... saya kalo di bilang marah , awalnya marah kenapa harus saya dan adik saya yang mengalami keluarga sakit seperti ini.."(p1, line 276-278)	sedih	Tahap marah (<i>anger</i>)	
	"ya bisa di katakan ya pasti kita capek kan ba biasa urus suami anak baru ada orang tua, pasti kan kesal ya di dalam hati"(p3,line62)	kesal		
	"namanya ngerawt orang sakit ya, harus telaten harus sabar .."(p2,line139)	sabar	Tahapan penerimaan (<i>acceptance</i>)	
	"keadaan seperti itu jadi kita butuh kesabaran yang tinggi ..." (p3,line265-268)	pasrah		
	"saya sih pasrah aja mau gimana lagi, ya pasrah aja ya kalo sudah kejadian tinggal di rawat aja"(p1,line51-53, line309-310,)			
	"...berusaha tapi kita kembali ke allah lagi mungkin sudah berusaha tapi juga berdoa"(p2,line 254-255)			
	"...sekarang tapi kan kita Cuma bisa berdoa dengan yang maha kuasa sama tuhan"(p3,line261-262)			

2	"...semua aktifitas saya sama ade saya yang bantu ya jadi di terima ja"saya batasin kegiatan ade saya batain kegiatan , jadi gak bisa lagi"(p1, line 284-291)	Terapi Wicara	Dukungan intrumental	Bentuk dukungan kelaurag saat merawat pasien stroke
	"...kalo medisnya kemarin ambil home care Wicaranya "(p2,line157-165)	Terapi Lanjutan		
	"... pengobatan terapi juga sih untuk bawa ke rumah "(p2,line57)	Homecare		
	"kita suka terapi mba"e.. Kaki bapak saya itu di ada alat , alatnya itu kaya kaya gitu mba"bilanganya sih kaya ngelancarkan darah karena kan stroke bapak ... " (p4,line290-297)	Obat Medis		
	"...nonton tv nanti saya bangunkan lagi untuk minum obat.."(p1, line 224-230)	Memberikan obat		
	"...setelah makan tidur lagi dia, bangun nonton tv kita kasi obat ramuan herbal ... pokonya herbal di rebus ya sudah bentuk cair..." (p1,line229-234)	Pengobatan herbal		
	"kalo terapi mandiri kita ambil banyak sih,kaya herbal kita ambil juga, kaya bekam lintah gitu..." (p1,line157-165)			
	"saya ROM aja sih , kita gerakin bantu gerakin biasanya setiap sore aku gerakin "(p1, line248-251)	Menerapkan ROM		
	"ya misalnya mau minta makan dia minta kue...",saya yang bantu karena dia duduk sudah gak bisa..."(p3,line179-182)	Membantu bab bak		
	"kalo BAB dan BAK bapak pake pempers jadi kita periksa kalo penuh di ganti..."(p1,line202-203)			
	"...kadang-kadang kalo mau buang air kecil tinggal panggil saya ..."(p2, line 205-206)	Membantu personal hygiene		
	"kalo pagi, kita mandi sudah habsi mandiin berdua ade kasi pasang pempers.."(p1, line 224-230)	Membatasi makanan		
	"...jadi saya jaga gak boleh kan makan gorengan, saya gak kasi, kacang-kacang seperti belinju, tapi kalo sayur saya kasi kaya kacang panjang ..."(p1,line122-131)	Menyiapkan Makanan		
	"karena sakit,jadi kita yang suapin .. kadang tetap makan sendiri pake tangan kiri"(p1,line122-131)			

	<p>"misalnya kan, mau makan saya suruh berdoa dulu bismillahirohmanirohinjadi dia " berdoaa <i>bsimilaa (dengan halus)"</i>(p1,line209-210)</p> <p>"...ayah jangan diam terus nanti ayah kaku loh kalo gak ngomong.."(p2,line 209)</p> <p>"...tapi kita batasin kita kasi tau lagi jangan terlalu kerja"(p3,line167)</p>	<p>memerintah untuk berdoaa</p> <p>menasehati pasien stroke</p>	<p>Dukungan emosional</p>
3	<p>"..kita rawat sampai membaik seperti itu aja sih"(p1,line55-58)</p> <p>..harapannya mau sembuh total ya.."(p1,line55-58)</p> <p>" ya harapan saya dengan anak-anak ya supaya ayah sehatkembali..."(p2, line304)</p> <p>"saya maunya bapak saya sembuh total... bisa beraktivitas seperti yang dia lakukan sendiri..."(p3,line 259-261)</p>	<p>rawat sampai sembuh</p> <p>sembuh total</p> <p>sehat kembali</p> <p>beraktivitas kembali</p>	<p>Perbaiki kondisi fisik</p> <p>Harapan keluarga saat merawat pasien stroke</p>
	<p>"...kalo bapak setroke ya kita bisa terima, mudahan stroke yang 3 ini stroke yang terakhir" (p2,line 311)</p> <p>"...stroke nya tidak terulang kembali karena ini sudah stroke yang ke 2kalinya mba"(p3, line120)</p>	<p>stroke yang terakhir</p> <p>stroke tidak terulang kembali</p>	<p>stroke tidak terulang</p>

DOKUMENTASI KEGIATAN PENELITIAN



Melakukan wawancara kepada partisipan ke-1



Melakukan wawancara kepada partisipan ke-2



Institut Teknologi Kesehatan dan Sains (ITKES)

Wiyata Husada Samarinda

Jl. Kaderie Oening No.77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431

www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Keterangan Diri

1. Nama : Ade Prihatsini Eka Yatsih
2. Tempat/Tanggal Lahir : Balikpapan, 22 April 1998
3. NIM : 16.0354.689.01
4. Jurusan : S1-Keperawatan
5. Semester : VIII (Genap)
6. Tahun Ajaran : 2016
7. Jenis Kelamin : Perempuan
8. Agama : Islam
9. Suku : Jawa
10. Status Perkawinan : Belum Menikah
11. Pekerjaan : Mahasiswa (i)
12. Alamat : Jl.AW.Sjharanie Gg 5 RT 38 No.8B Samarinda
13. Email : adehastin98@gmail.com
adeprihatsiniekey@student.stikeswhs.ac.id



B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2010 : Lulus SD Negeri 017 Balikpapan Tengah
2. Tahun 2013 : Lulus SMP Negeri 2 Balikpapan
3. Tahun 2016 : Lulus SMA Negeri 6 Balikpapan

