

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN PASIEN MEMENUHI KEBUTUHAN DASAR PASCA STROKE DI WILAYAH DESA BANJARHARJO DAN BANJARARUM KABUPATEN KULON PROGO

^{1*}Ratri Kusriani, ²Edy Suprayitno

^{1,2}Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta

*Email: latrikusriani12@gmail.com

Abstrak

Tujuan: Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas pasien pasca stroke.

Metode: Jenis penelitian deskriptif kuantitatif korelasional dengan metode pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan di wilayah Desa Banjarharjo dan Banjararum dengan responden berjumlah 67 responden. Kuesioner terdiri dari dua jenis yaitu *Perceived Social Support-Family Scale* (PSS-Fa) dan *Barthel Indeks ADL*. Metode pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*.

Hasil: Hasil penelitian didapatkan sebagian besar responden 32 responden (47.8%) memiliki dukungan keluarga sedang dan 36 responden (53.7%) memiliki tingkat kemandirian ringan. Hasil uji Spearman rank menunjukkan koefisien sebesar 0.360, arah hubungan positif sedangkan nilai signifikansi sebesar 0.003.

Simpulan: Ada hubungan yang cukup antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di Desa Banjarharjo dan Banjararum. Semakin tinggi tingkat dukungan keluarga maka semakin tinggi kemandirian pasien pasca stroke.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Kemandirian Aktivitas, Pasien Pasca Stroke

Abstract

Aim: This study aims to examine the correlation between family support and the independence of stroke patients in performing daily activities.

Method: A descriptive quantitative correlational study with a cross-sectional approach was conducted in Banjarharjo and Banjararum Villages. A total of 67 respondents participated in the study. Two questionnaires were used: the *Perceived Social Support-Family Scale* (PSS-Fa) and the *Barthel Index of Activities of Daily Living* (ADL). The sample was selected using *purposive sampling*.

Results: The study found that most respondents (32, 47.8%) received moderate family support, and 36 respondents (53.7%) had mild independence levels. The Spearman rank test showed a correlation coefficient of 0.360, indicating a positive correlation, with a significance value of 0.003.

Conclusion: There is a moderate correlation between family support and the independence of post-stroke patients in Banjarharjo and Banjararum. The higher the family support, the greater the independence of post-stroke patients.

Keywords: Family Support, Independence in Activities, Post-Stroke Patients

LATAR BELAKANG

Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular¹.

Setiap tahunnya 15 juta kasus stroke terjadi dan menyebabkan sekitar 5 juta penderita stroke mengalami kelumpuhan permanen. Asia tenggara sendiri terjadi 4,4 juta kasus stroke¹. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal karena stroke². Tahun 2018 di Indonesia, berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun kasus stroke secara nasional terjadi sebanyak 2,1 juta kasus. Provinsi Kalimantan timur sebanyak 14,7% dan DI Yogyakarta sebanyak 14,6% yang merupakan provinsi dengan kasus kejadian stroke tertinggi. Berdasarkan umur kejadian stroke banyak terjadi pada 55-64 tahun atau sebanyak 33,3%. Sebanyak 29,5% kasus stroke terjadi pada penduduk yang memiliki pendidikan tamat SD³.

Faktor penyebab tingginya kasus stroke di Indonesia adalah sejak dini penduduk Indonesia gemar mengkonsumsi makanan manis, minuman manis, makanan asin, makanan berlemak/berkolesterol, sering makan daging olahan dengan pengawat, kurang aktivitas dan kurang konsumsi sayur dan buah. Selain itu, merokok dan minum minuman keras juga dapat menyebabkan stroke⁴.

Dukungan keluarga adalah dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga dapat diakses (dukungan sosial dapat atau tidak dapat digunakan, tetapi anggota keluarga siap memberikan bantuan dan pertolongan jika dibutuhkan). Dukungan keluarga juga memiliki hubungan yang positif yang dapat mempengaruhi kesehatan individu dan kesejahteraan atau dapat meningkatkan kemampuan penyesuaian adaptif terhadap depresi rasa sakit yang dialami⁵.

Bentuk-bentuk dukungan keluarga yang bisa diberikan adalah dukungan informatif, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan instrumental⁶. Dukungan informatif yaitu keluarga sebagai pemberi informasi berupa nasehat, saran dan petunjuk yang bermanfaat bagi anggota keluarganya. Dukungan penghargaan yaitu dimana keluarga menyatakan penghargaan atau penilaian positif berupa pemberian dorongan atau motivasi bagi anggota keluarganya. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan berupa keluarga memberikan perhatian kasih sayang, serta mengingatkan penderita untuk tidak marah dan mengendalikan emosinya. Dukungan instrumental yaitu keluarga memberikan bantuan dan fasilitas pada keluarga yang sakit.

Stroke menyebabkan ketergantungan aktivitas, gangguan emosi dan depresi, serta ada yang mengalami gangguan seksual. Setelah mengalami serangan stroke mereka mengalami ketergantungan yang tinggi kepada orang lain. Hal ini disebabkan karena kelemahan pada satu sisi tubuh. Ada penderita stroke mengalami kelemahan pada bagian kanan juga yang mengalami kelemahan pada tubuh bagian kiri bahkan ke dua sisi. Segala kebutuhan penderita stroke harus dibantu oleh orang lain terutama pasangan, dimulai dari hal-hal kecil seperti makan, BAB, BAK, berpakaian hingga membawa berobat atau terapi lain yang dibutuhkan penderita sehingga mereka merasa seperti anak kecil⁵.

Sebanyak 30% penderita stroke menunjukkan gangguan bicara, dan sekitar 15-25% mengalami gangguan memori yang mengakibatkan terganggunya pemenuhan aktivitas pada pasien⁷. Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, hal yang perlu dipertimbangkan oleh keluarga adalah tingkat kemandirian atau tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan Aktifitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) atau *Activity Daily Living* (ADL)⁸. Kejadian stroke dapat menimbulkan gangguan kemandirian

aktivitas. Salah satunya adalah ketidakmampuan perawatan diri akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas yang dapat menghambat pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL). ADL merupakan kegiatan sehari-hari yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

Terdapat sekitar 2 juta orang pasca stroke mengalami kecacatan dan terdapat 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas⁹. Sekitar 65,5% penderita stroke mengalami ketergantungan dan membutuhkan bantuan orang lain dalam menjalani aktivitas¹⁰. Semakin lanjut usia kemampuan fisik melemah sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan aktivitas yang meningkatkan ketergantungan terhadap orang lain¹¹.

Prevalensi stroke 10,9 per 1000 penduduk. Asuhan yang diberikan pada pasien stroke bertujuan untuk mengembalikan kemampuan pasien pasca stroke untuk melakukan ADL secara mandiri. Salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan ADL adalah dukungan keluarga yang meliputi dukungan informasi, dukungan penilaian, dukungan emosional dan dukungan instrumen/dukungan tambahan¹².

Penelitian ini menyoroti peran dukungan keluarga dalam meningkatkan kemandirian aktivitas pasien pasca stroke, khususnya di wilayah desa Banjarharjo dan Banjararum, yang belum pernah diteliti secara mendalam. Dengan demikian, studi ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke.

Stroke adalah penyebab utama kecacatan di Indonesia, dengan sekitar 2,1 juta kasus pada tahun 2018. Sebagian besar penderita stroke menghadapi ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari, dengan data yang menunjukkan bahwa 40% penderita memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas. Selain itu, hasil penelitian menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien, dengan korelasi signifikan (Spearman 0,360, $p=0,003$) di wilayah studi. Mengingat besarnya populasi

yang membutuhkan perawatan berkelanjutan, temuan ini sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke di lingkungan rumah melalui keterlibatan keluarga dalam perawatan.

Setelah dilakukan studi pendahuluan di puskesmas Kalibawang didapatkan data tahun 2022 sejumlah 80 orang mengalami stroke, Desa Banjarharjo 42, dan Desa Banjararum 38. Rata-rata usia penderita stroke adalah 40-60 tahun. Pasien stroke yang ada merupakan pasien yang pernah dirawat di rumah sakit dan sedang menjalani pemulihan dengan perawatan di rumah. Hasil wawancara dengan keluarga yang memiliki anggota keluarga stroke adalah sebagai berikut, keluarga mengaku pernah mendapatkan pendidikan kesehatan dari rumah sakit tentang cara merawat pasien stroke di rumah. Dukungan keluarga yang diberikan oleh 40% keluarga adalah memberikan perhatian dan membawa pasien pasca stroke kontrol rutin ke dokter. Namun, beberapa keluarga memilih untuk membawa pasien ke pengobatan alternatif. Sebanyak 50% pasien pasca stroke memiliki tingkat ketergantungan ringan.

METODE

Jenis penelitian deskriptif kuantitatif korelasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variable independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara stimulant pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut¹³. Penelitian yang dilakukan menghubungkan dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas pasien pasca stroke.

Perceived Social Support-Family Scale (PSS-Fa) yang terdiri dari 20 item. Kuesioner PSS-Fa dibuat dengan skala likert dengan jawaban sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Jika kuesioner dimulai dengan pernyataan positif maka skor 1 diberikan jika jawabannya

sangat tidak setuju, 2 jika menjawab tidak setuju, 3 jika jawabannya setuju dan 4 jika menjawab sangat setuju. Jika kuesioner dimulai dengan pernyataan negatif, maka jawaban sangat tidak setuju diberikan nilai 4, setuju diberikan nilai 3, setuju diberikan nilai 2 dan jawaban sangat setuju diberikan nilai 1¹⁴.

Hasil uji validitas kuesioner dukungan keluarga $n=30$ (r tabel = 0,361; $\alpha=0,05$), didapatkan hasil uji validitas dukungan keluarga berkisar antara 0,362-0,717. Disimpulkan bahwa, kuisisioner yang digunakan dalam pengumpulan data sudah valid. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan terhadap kuisisioner dukungan keluarga menghasilkan r hitung sebesar 0,888 (r tabel =0,361). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa, kuisisioner yang digunakan dalam penelitian ini reliable¹⁴.

Skala Barthel atau Barthel Indeks ADL adalah skala ordinal digunakan untuk mengukur kinerja dalam aktivitas sehari-hari (ADL). Skala ini diperkenalkan pada tahun 1965, dan menghasilkan skor 0-20. Meskipun versi ini asli masih banyak digunakan, itu dimodifikasi oleh Granger dkk. pada tahun 1979, ketika itu datang untuk memasukkan 0-10 poin untuk setiap variabel, dan perbaikan lebih lanjut diperkenalkan pada tahun 1989¹⁵. Indeks Barthel telah terbukti memiliki portabilitas dan telah digunakan di 16 kondisi diagnostik utama. Indeks Barthel telah menunjukkan keandalan yang tinggi interator (0,95) dan uji reliabilitas tes ulang (0,89) serta korelasi yang tinggi (0,74-0,8) dengan ukuran lain cacat fisik¹⁶.

Penelitian dilakukan di desa Banjarharjo dan Banjararum. Sampel pada penelitian ini sejumlah 67 responden, pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Peneliti menggunakan tingkat kesalahan 5% karena

peneliti ingin menentukan ukuran sample dari populasi yang besar dan heterogen, tanpa mengetahui karakteristik distribusi populasi tersebut, dan data tersebut sudah mewakili semua populasi. Kriteria inklusi: mengalami stroke dan tinggal dengan keluarga, tinggal di wilayah banjarharjo dan Banjararum dan pasien pasca stroke yang pernah dirawat dirumah sakit. Kriteria eksklusi: tidak bersedia menjadi responden dan tinggal diluar wilayah Banjarharjo dan Banjararum

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat dan analisa bivariat. Tujuan analisa univariat adalah menyampaikan masing-masing variabel dependen dan independen¹⁷. Analisa univariat ini hanya distribusi dan presentase tiap-tiap variabel yaitu dukungan keluarga dan tingkat kemandirian. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui interaksi dua variabel baik berupa komparatif, asosiatif maupun korelatif. Analisa bivariat pada penelitian ini yaitu mengetahui hubungan dukungan keluarga dan tingkat kemandirian. Analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah analisis spearman rank. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi dengan program SPSS 21.

HASIL

Analisa Univariat

Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri dari jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, tinggal dengan siapa dan pekerjaan terakhir. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 67 orang yang dipilih berdasarkan rumus Slovin dan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada responden penelitian dapat dideskripsikan karakteristik responden dalam tabel berikut.

a. Karakteristik responden

Tabel 1
Karakteristik responden di desa Banjarharjo dan Banjararum (n=67)

No	Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Jenis Kelamin		
	Laki- laki	25	37.3
	Perempuan	42	62.7
2.	Umur		
	<60 tahun	27	40.3
	>60 tahun	40	59.7
3.	Pendidikan terakhir		
	Tidak tamat SD	6	9.0
	SD	15	22.4
	SLTP	10	14.9
	SLTA	23	34.3
	Perguruan Tinggi	13	19.4
4.	Tinggal dengan Siapa		
	Suami atau istri	41	61.2
	Anak	26	38.8
5.	Pekerjaan terakhir		
	Pensiun	12	17.9
	Wiraswasta	18	26.9
	Buruh/Tani	25	37.3
	Lainnya	12	17.9

Sumber: Data Primer 2023

terbanyak yaitu perempuan sejumlah 42 responden (62.7%). Usia responden paling banyak yaitu usia lebih dari 60 tahun sejumlah 40 responden (59.7%). Pendidikan terakhir responden paling banyak yaitu pendidikan terakhir SLTA sejumlah 23 responden (34.3%). Responden yang tinggal dengan suami atau istri sejumlah 41 responden (61.2%). Pekerjaan terakhir responden yang berjumlah paling banyak yaitu buruh/tani sejumlah 25 responden (37.3%).

b. Dukungan keluarga

Tabel 2
Distribusi frekuensi tingkat dukungan keluarga pada pasien pasca stroke di desa Banjarharjo dan Banjararum (n=67)

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah	17	25.4
Sedang	32	47.8
Tinggi	18	26.9

Sumber: Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 2 dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden 32 responden (47.8%) memiliki dukungan keluarga sedang.

c. Tingkat kemandirian

Tabel 3
Distribusi frekuensi tingkat kemandirian pada pasien pasca stroke di desa Banjarharjo dan Banjararum (n=67)

Tingkat Kemandirian	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Total	1	1.5
Berat	7	10.4
Sedang	13	19.4
Ringan	36	53.7
Mandiri	10	14.9

Sumber: Data Primer 2023

Berdasarkan tabel 3 dapat diinterpretasikan bahwa sebagian besar responden 36 responden (53.7%) memiliki tingkat kemandirian ringan.

Analisis Bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu dukungan keluarga dengan variabel terikat tingkat kemandirian.

Tabel 1. Tabel uji *spearman rank* hubungan dukungan dengan kemandirian pada pasien Pasca Stroke di Wilayah Desa Banjarharjo dan Banjararum (n=67)

		Dukungan Keluarga	Tingkat Kemandirian
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1.000	.360**
	Sig. (2-tailed)	.	.003
	N	67	67
	Correlation Coefficient	.360**	1.000
Tingkat Kemandirian	Sig. (2-tailed)	.003	.
	N	67	67

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Berdasarkan tabel 4 Hasil uji menggunakan *Spearman rank* menunjukkan hasil koefisien sebesar 0.360, angka koefisien bernilai positif sedangkan nilai signifikansi atau Sig. (2-tailed) sebesar 0.003.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 67 responden didapatkan sebagian besar 32 responden (47.8%) memiliki dukungan keluarga yang tingkat sedang kepada pasien pasca stroke. Sedangkan hasil kemandirian aktivitas menunjukkan bahwa sebagian besar 36 responden (53,7%) pasien stroke memiliki tingkat ketergantungan ringan dalam melakukan aktivitas. Hasil perhitungan menggunakan *Spearman rank* menunjukkan angka koefisien korelasi sebesar 0.360. Artinya, tingkat kekuatan hubungan (korelasi) antara dukungan dengan kemandirian aktivitas pasien pasca stroke adalah 0.360 atau cukup, karena $0.360 < 0,50$.

Angka koefisien korelasi bernilai positif, yaitu 0.360, sehingga hubungan kedua variabel tersebut bersifat searah (jenis hubungan searah), sehingga dapat diartikan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga maka kemandirian aktivitas pasien pasca

stroke akan meningkat. Nilai signifikansi atau Sig. (2-tailed) sebesar 0.003, karena nilai Sig. (2-tailed) $0.003 <$ lebih kecil dari 0.05 atau 0.01, maka artinya ada hubungan signifikan (berarti) antara variabel dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stoke.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karunia¹⁸ dan Sugiharti¹⁹, yang menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari. Dukungan keluarga yang paling banyak diterima adalah kepercayaan, selalu menghargai apa yang dilakukan responden, selalu memotivasi agar tetap berlatih, selalu memberikan informasi yang bermanfaat bagi kesehatan, dan selalu mengantar dan menjemput responden¹⁸. Responden yang memiliki dukungan keluarga yang kurang dikarenakan hidup terpisah dengan anggota keluarga yang lain atau hidup sendiri, suami/istri salah satunya meninggal, dan

hidup dengan keluarga, namun sudah tidak dipedulikan dan anggota keluarga sibuk bekerja¹⁸.

Dukungan keluarga diibaratkan sebagai proses yang terjadi sepanjang hidup dengan sifat dan jenis yang berbeda-beda di tiap tahap kehidupan. Ada empat macam dukungan keluarga yaitu dukungan instrumental, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan informasi²⁰.

Berdasarkan identifikasi kuesioner pada penelitian ini dukungan emosional sejumlah 29 (43.28%) responden, yang merupakan dukungan tertinggi yang dilakukan sebagian besar keluarga. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian²¹.

Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar keluarga 27 (40.3%) responden kadang-kadang memberikan informasi tentang kondisi kesehatan pasien stroke dan perkembangan penyakitnya sehingga pasien stroke kadang-kadang merasa diberikan perhatian atas kondisi kesehatannya. Berdasarkan dukungan informasional, keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi²⁰.

Identifikasi kuesioner dukungan instrumental menyatakan bahwa 29 (43.28%) keluarganya membiayai pengobatan dan menemani ketika sakit. Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan

bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari²¹.

Berdasarkan dukungan penghargaan, identifikasi kuesioner menunjukkan 30 (44.78%) responden merasa kadang-kadang diberikan kesempatan untuk menentukan pendapatnya. Memberikan kesempatan pada pasien stroke untuk menentukan pendapatnya terutama dalam menentukan kenyamanan selama masa perawatan, selain itu keluarga juga memberikan pujian atas kemampuan dan bentuk perubahan/perkembangan besar atau kecil pada pasien stroke dalam melakukan kegiatan sehari-hari²¹.

Dukungan sosial akan mempengaruhi kualitas hidup pada seseorang dapat berupa dukungan instrumental berupa dukungan bantuan dalam bentuk nyata dan material. Dukungan Informasional adalah berupa pemberian informasi yang dibutuhkan oleh individu. Dukungan emosional dan penghargaan adalah perhatian dan membantu dalam penyelesaian masalah yang sedang dihadapinya dan merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu²².

Pada penelitian ini pengukuran status fungsional pada pasien stroke menggunakan indeks barthel, meliputi dua kategori yaitu kategori yang berhubungan dengan *self care* antara lain makan dan minum, membersihkan diri, mandi, berpakaian, kontrol buang air besar dan buang air kecil, penggunaan toilet, dan kategori yang berhubungan dengan morbiditas antara lain berjalan, berpindah tempat, dan menaiki tangga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa item naik-turun tangga merupakan gangguan status fungsional yang paling buruk yaitu 50 (74.63%) responden dibantu menggunakan tongkat, sedangkan kontrol BAB merupakan item yang paling baik yaitu 53 (79.10%) responden mampu mengontrol BAB.

Indikator pertama pada pengukuran kemandirian adalah makan. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 34 (50.75%) responden, memerlukan bantuan

untuk makan (makanan dipotong-potong). Pasien pasca stroke yang mengalami kelumpuhan total, pasti akan memerlukan orang lain untuk membantunya makan. Apabila pasien pasca stroke memerlukan bantuan untuk makan, maka orang yang menyuapi harus bersabar, dikarenakan kemampuan untuk mengunyah dan menelan makanan mengalami gangguan atau disfagia. Pasien pasca stroke lebih mudah tersinggung apabila orang yang menyuapi tidak sabar menghadapinya¹⁸.

Mandi adalah indikator kedua dalam barthel index. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 40 (59.70%) responden memerlukan bantuan untuk mandi. Adanya keterbatasan fisik bukanlah menjadi faktor penghambat untuk tidak mandi secara rutin. Pasien pasca stroke harus tetap mandi secara rutin meskipun harus dibantu oleh orang lain. Kesegaran akan memberikan energi yang positif kepada pasien pascastroke, misalnya akan merasa bugar dan pikiran menjadi jernih²³.

Indikator ketiga adalah perawatan diri. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 36 (53.73%) responden mandiri. Perawatan diri yang dimaksud disini adalah menggosok gigi, mencuci muka, menyisir rambut dan lainnya. Perawatan diri ini dapat dilakukan sendiri tanpa perlu bantuan orang lain, apabila pasien pasca stroke tidak mengalami kelumpuhan total. Perawatan diri dapat dilakukan dengan duduk atau berdiri, apabila pasien pasca stroke lumpuh total, maka harus disandarkan oleh orang yang membantu. Pasien pascastroke yang mengalami gangguan memori akan lupa cara untuk menggosok gigi, maka perlu diajarkan cara menggosok gigi yang benar²³.

Indikator keempat adalah berpakaian. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 40 (59.70%) responden dibantu sebagian. Selama tangan tidak mengalami kelumpuhan total, pasien pasca stroke seharusnya dapat berpakaian sendiri. Berpakaian dengan bantuan orang lain ditujukan untuk orang yang lumpuh total, tangan terasa nyeri dan tak nyaman saat

digerakkan. Pasien pascastroke disarankan untuk menggunakan pakaian yang longgar dan usahakan kemeja, ini ditujukan agar pasien berlatih menggunakan jarinya terutama saat memasang kancing²³.

Indikator kelima pada barthel index adalah mengontrol buang air besar. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 53 (79.10%) responden mampu mengontrol BAB. Pasien pasca stroke harus dibiasakan buang air besar di toilet. Hal ini mengajarkan kepada pasien pasca stroke untuk hidup secara normal, namun pada kondisi darurat, pasien pasca stroke terpaksa buang air besar di ranjang. Pasien pascastroke yang usianya sudah sangat tua terkadang terjadi inkontinensia atau tiba-tiba buang air besar namun tidak terasa¹⁸.

Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 42 (62.69%) responden mampu mengontrol BAK. Pasien pasca stroke yang mengalami kelumpuhan total akan kehilangan sensasi untuk buang air kecil atau inkontinensia urin akibatnya sering mengompol. Pasien pasca stroke biasanya buang air kecil menggunakan kateter urin di setiap harinya. Hal ini lebih banyak terjadi pada lansia yang mengalami stroke. Faktor umur juga menjadi faktor terjadinya inkontinensia urin²³.

Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 49 (73.13%) dibantu sebagian. Penggunaan toilet ini berkaitan dengan kegiatan saat buang air besar dan kecil misalnya memakai dan melepas celana dan menyiram WC. Pasien pasca stroke yang mengalami kelumpuhan satu sisi akan dapat secara mandiri melakukannya¹⁸.

Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 41 (61.19%) dibantu (lisan atau fisik). Transfer dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur adalah indikator kedepalan pada pengukuran kemandirian. Pasien pasca stroke yang mengalami kelumpuhan total akan memerlukan bantuan beberapa orang untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi, begitu juga sebaliknya. Bertumpu pada tangan yang sehat menjadi

kekuatan pasien pasca stroke dengan kelumpuhan satu sisi untuk transfer, namun, seharusnya tangan yang mengalami kelumpuhan juga harus dilatih dengan cara menekan kasur pada saat orang tersebut duduk¹⁸.

Mobilitas atau berjalan di permukaan datar. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 48 (71.64%) responden berjalan menggunakan bantuan satu orang. Berjalan diatas permukaan datar tidak harus berjalan menggunakan kaki, tapi juga apabila tidak dapat berjalan dapat mengayuh kursi roda sendiri. Barthel index terdapat empat kriteria terkait indikator mobilitas, yaitu tidak dapat berjalan dan mengayuh kursi roda sendiri, memerlukan kursi roda, berjalan dengan bantuan, serta mandiri¹⁸.

Indikator yang terakhir adalah naik dan turun tangga. Berdasarkan identifikasi kuesioner sebagian besar 50 (74.63%) responden dibantu menggunakan tongkat. Naik dan turun tangga, tidak akan dapat dilakukan oleh orang yang mengalami kelumpuhan total. Hal yang dilakukan oleh orang pascastroke yang menderita kelumpuhan total adalah berpegangan pada orang yang ada di sekitar¹⁸.

Penelitian oleh Ria dan Erlina²⁴ menyebutkan pasien mengalami tingkat kemandirian kurang tergantung seperti dalam personal hygiene pasien mampu untuk melakukan sendiri tetapi membutuhkan bantuan minimal sebelum dan sesudah kegiatan perlu diperhatikan tentang keamanan, dalam hal mandi pasien perlu diawasi untuk keselamatan, mempersiapkan alat mandi atau dalam berpindah.

Pasien dalam hal makan, bisa makan sendiri dengan nampan yang telah disiapkan kecuali bantuan diperlukan dalam memotong daging. Saat pasien pergi ke toilet diperlukan pengawasan untuk keamanan dalam kegiatan toilet, bisa memerlukan pispot di malam hari perlu dibantu untuk membuang dan membersihkannya. Pasien dalam hal naik tangga, perlu pengawasan sesekali berhubungan atas keselamatan oleh

kekakuan dipagi hari. Pasien saat berpakaian diperlukan sedikit bantuan dalam mengencangkan pakaian seperti kancing, retsleting, memakai bra membutuhkan waktu tiga kali lebih lama.

Pasien dalam mengontrol BAB pasien dapat mengontrol BAB, dalam mengontrol BAK pasien dapat mengontrol BAK di siang hari dan di malam hari. Pergerakan atau ambulasi biasanya pasien bisa berjalan tetapi dalam jarak tempuh kurang dari 50 meter tanpa bantuan atau pengawasan diperlukan petunjuk atau pengawasan untuk keamanan diperlukan waktu lebih lama untuk mencapai tempat tujuan. Pasien dalam melakukan berpindah ke kursi atau tempat tidur biasanya kehadiran satu orang lain diperlukan untuk memantapkan atau mengawasi berhubungan dengan keselamatan²⁴.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data, dan pembahasan yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Mayoritas responden memiliki tingkat dukungan keluarga sedang yaitu sebanyak 32 responden (47.8%).
2. Mayoritas responden memiliki tingkat kemandirian aktivits pasca stroke ringan (bantuan ringan) yaitu sebanyak 36 responden (53.7%)
3. Ada hubungan yang cukup antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di Desa Banjarharjo dan Banjararum, dengan Nilai signifikansi atau *Sig. (2-tailed)* sebesar 0.003. Semakin tinggi tingkat dukungan keluarga maka semakin tinggi pula kemandirian aktivitas pasien pasca stroke.

REFERENSI

1. WHO. Stroke, Cerebrovascular accident [Internet]. World Health Organisation. 2022. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>

2. Misbach Jusuf. Stroke: aspek diagnostik, patofisiologi, manajemen. 2011.
3. KEMENKES RI. Jenis-Jenis Stroke [Internet]. P2PTM Kemenkes RI. 2019. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/jenis-jenis-stroke>
4. KEMENKES RI. Germas Cegah Stroke [Internet]. P2PTM Kemenkes RI. 2017. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/germas-cegah-stroke>
5. Amira Salma, Ferawati, Ida Yayuk RI. STROKE BUKAN AKHIR SEGALANYA: Cegah dan Atasi Sejak Dini [Internet]. 2020. 156 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=CQtMEAAAQBAJ>
6. Mayasari D, Imanto M, Larasati TA, Ningtiyas F, Ilmu. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living pada Pasien Pasca Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Dr . H . Abdul Moeloek Bandar Lampung. J Agromedicine. 2019;6(2):277–82.
7. Suwantara J. Depresi pasca stroke: Epidemiologi, Rehabilitasi, dan Psikoterapi. J Kedokt Trisakti. 2004;23(4):150-.
8. Mulyatsih E. Stroke : Petunjuk Praktis bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke. Jakarta: FK UI; 2008.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Burnner dan Suddarth. 8th, Vol. 1, ed. Waluyo A, editor. Jakarta: EGC; 2002.
10. Haqhqoo HA, Pazuki ES, Hosseini AS, Rassfiani M. Depression, activities of daily and quality of live in patients with stroke. J theNeurological Sci. 2013;328(1):87–91.
11. Nugroho W. Keperawatan Gerontik dan Geriatrik. Jakarta: EGC; 2008.
12. Riskesdas. LAPORAN PROVINSI DI YOGYAKARTA RISKESDAS 2018. Yogyakarta: BALITBANGKES; 2019. 528 p.
13. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis (Peni Puji Lestari (ed.); 4th ed.). . 4th ed. Lestari PP, editor. Salemba; 2015.
14. Suardana IW. Hubungan Faktor Sosiodemografi, Dukungan Sosial, dan Status Kesehatan dengan Tingkat Depresi pada Agregat Lnjut Usia di Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem Bali. Jakarta: Universitas Indonesia; 2011.
15. Lueckenotte A. Gerontologic Nursing. 2nd ed. Missouri: Mosby; 2000.
16. Ningtiyas IF. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIKSYARAF RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG. Bandar Lampung: FK UNIVERSITAS LAMPUNG; 2017.
17. Saryono. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2009.
18. Karunia. E. Hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian Activity of Daily Living Pascastroke. 2016;(July):213–24.
19. Sugiharti N, Rohita T, Rosdiana N, Nurkholik D. HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM SELF CARE (PERAWATAN DIRI) PADA PENDERITA STROKE Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Galuh , Indonesia. 2020;2(2).
20. Friedman M, Marilyn. buku ajar KEPERAWATAN KELUARGA riset teori dan praktik. EGC; 2013.
21. Sarafino E. Health Psyghology: Biopsychosocial interaction. Fifth. Sons JW&, editor. USA; 2006.
22. Antari B.R, Saktika T F. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Lansia di Desa Cirebon Sleman Yokyakarta. J Media Ilmu Kesehat [Internet]. 2015;5:6. Available from: <https://ejurnal.stikesayaniyk.ac.id/index.php/mik/article/download/51/53/pdf>
23. Lingga L. All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pascastroke. Jakarta: Elex Media Komputindo; 2013.

24. Kurnia, Erlina; Wahyu Kristyani R. Dukungan Keluarga dan Kemandirian Activity Daily Living dalam Penurunan Depresi Pasca Stroke. JurnalbaptisHezekiahteamCom [Internet]. 2015;3(2). Available from: <http://jurnalbaptis.hezekiahteam.com/jurnal/index.php/STIKES/article/view/196>