HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KETIDAKBERDAYAAN PASIEN STROKE DI PUSKESMAS MUNTILAN I KABUPATEN MAGELANG

SKRIPSI

IDA MA'RUFAH
24.0603.0073

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2025

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah kondisi ketika pasokan darah ke otak terganggu karena penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Kondisi ini menyebabkan area tertentu pada otak tidak mendapat suplai oksigen dan nutrisi sehingga terjadi kematian sel-sel otak (Lingga, 2021). Tercatat ada 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke setiap tahunnya. 5 juta dari orang-orang ini meninggal, sementara 5 juta lainnya masih hidup dengan kecacatan. Diketahui, stroke adalah penyebab kematian kedua terbesar dunia, setelah penyakit jantung iskemik. Mencatat bahwa kasus stroke meningkat pesat di kalangan orang dewasa berusia kurang dari 55 tahun (Mahdalena, 2022).

Stroke adalah penyakit yang mengancam jiwa karena apabila terjadi serangan stroke, setiap menit sebanyak 1,9 juta sel otak dapat mati. Stroke merupakan penyebab utama disabilitas dan kematian nomor dua di dunia. Stroke menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian, yakni sebesar 11,2% dari total kecacatan dan 18,5% dari total kematian. Menurut data Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 per 1.000 penduduk. Stroke juga merupakan salah satu penyakit katastropik dengan pembiayaan tertinggi ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu mencapai Rp5,2 triliun pada 2023 (Andriani & Agustriyani, 2021). Laporan Dinas Kesehatan Jawa Tengah tertera bahwa prevalensi stroke non hemoragik di Jawa Tengah tahun 2023 sebanyak 21.897 kasus yakni mengalami kenaikan sebesar 0,05% lebih tinggi dibandingkan pada tahun 2022. Sementara di Magelang prevalensi kasus baru stroke non hemoragik pada tahun 2023 sebanyak 800 kasus dan Puskesmas Muntilan I menyumbang sebanyak 56 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Dampak stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara

pelo atau tidak dapat berbicara (*afasia),* nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar dan disabilitas (Nabila, 2024). Disabilitas merupakan suatu ketidakmampuan tubuh dalam melakukan suatu aktifitas atau kegiatan tertentu sebagaimana orang normal pada umumnya yang disebabkan oleh kondisi ketidakmampuan dalam hal fisiologis, psikologis dan kelainan struktur atau fungsi anatomi. Jenis disabilitas dibagi menjadi disabilitas fisik dan disabilitas mental. Disabilitas fisik merupakan suatu kondisi fisik, termasuk kehilangan anatomi atau kerusakan muskuloskleletal, neurologi, respirasi, kardiovaskuler, akibat cedera, penyakit atau kelainan kongenital dan secara signifikan mengganggu dan membatasi setidaknya satu aktivitas kehidupan yang utama dari seseorang (Winulang, 2023).

Penelitian Andriani & Agustriyani (2021) menyebutkan masalah yang sering dialami oleh penderita stroke adalah penurunan sensorik. Penurunan sensorik yaitu kelemahan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak yang disebabkan karena kerusakan susunan saraf pada otak dan kekakuan pada otot dan sendi yang dapat menimbulkan masalah dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Penelitian lain oleh Arfina, dkk (2023) diperoleh hasil yakni penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan penderita mendapati kelemahan fisik dan psikis. Seringkali penderita mengalami kelemahan bahkan kelumpuhan pada bagian tubuh tertentu secara fisik. Keterbatasan ini membuat penderita bergantung kepada orang lain, terutama keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari yakni ke toilet, makan, berpakaian, mandi dan berpindah tempat.

Penderita stroke sangat membutuhkan bantuan keluarga. Keluarga adalah satuan kelompok terkecil dalam masyarakat yang memiliki pemimpin dan anggota yang memiliki kedekatan emosional, mempunyai pembagian tugas kerja serta hak dan kewajiban bagi masing-masing anggota. Dukungan keluarga (*family support*) adalah bentuk sikap atau tingkah laku, baik verbal atau non verbal, yang diberikan terhadap anggota keluarga atau oleh keakraban sosial, yang bertujuan untuk membantu mencapai tujuan atau mengatasi permasalahan pada situasi tertentu,

sehingga kehadiran mereka mempunyai manfaat emosional atau kewajiban timbal balik dari satuan kekerabatan. Dukungan keluarga dapat dilakukan dalam bentuk dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental atau dukungan emosional (Andarmoyo, 2022).

Penelitian Matoka (2022) tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien stroke didapatkan hasil terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kemandirian pasien pasca stroke. Penelitian lain oleh Misgiyant (2022) tentang Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Self Efficacy* Penderita Stroke didapatkan hasil hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan *self efficacy* penderita stroke. Hal ini berbeda dengan penelitian lain bahwa dukungan keluarga mencakup berbagai aspek kehidupan, semua dukungan keluarga difokuskan untuk meningkatkan tingkat kepercayaan diri sehingga pasien penderita stroke dapat hidup sesuai dengan keinginan, mendapat pengobatan sesuai standart dan dapat mempertahankan kualitas hidupnya.

Pada pasien stroke proses penyembuhan memerlukan waktu yang lama dan bahkan hingga akhir hayatnya. Pemenuhan kebutuhan sehari - hari yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh pasien memerlukan dukungan dari orang terdekat yaitu keluarga. Hal demikian seringkali menjadikan pasien stroke mengalami keputusasaan karena tidak lagi memiliki daya seperti orang sehat lainnya. Oleh karenanya sangat penting bagi pasien untuk mendapatkan dukungan dari keluarga mereka. Keluarga diharapkan setiap saat berbicara dan berinteraksi dengan pasien stroke karena mereka memiliki motivasi psikologis yang kuat untuk mengekspresikan apa yang mereka rasakan dan mendorong mereka untuk berbicara, bertindak, dan bergerak. Dengan demikian pasien dapat meningkat status kesehatannya dan kualitas hidupnya dapat meningkat (Muhlisin, 2021).

Berdasarkan wawancara pada 10 pasien stroke yang diberikan kuesioner di wilayah Puskesmas Muntilan I didapatkan kesimpulan bahwa terdapat 7 pasien mengalami ketidakberdayaan berat dan 3 dalam tingkat sedang. Sementara dukungan keluarga

tingkat pasien stroke tingkat rendah sebanyak 8 pasien dan 2 diantaranya tingkat sedang. Melihat latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Muntilan I.

B. Rumusan Masalah

Pasien yang mengalami serangan stroke mengalami ketidakmampuan memenuhi sebagian kebutuhan dan aktifitasnya sehari-hari. Hal ini dapat berakibat menurunnya kualitas hidup pasien stroke. Keluarga sebagai orang terdekat pasien memiliki peran penting dalam mengatasi ketidakberdayaan pasien stroke. Selain itu, keluarga merupakan orang terdekat pasien. Memiliki hubungan dan keterikatan batin yang kuat sehingga akan lebih mudah dalam memberikan dukungan. Disamping itu, keluarga merupakan orang terdekat karena mampu memahami bahasa verbal maupun non verbal yang disampaikan pasien sehingga pengobatan dapat berjalan dengan baik. Dukungan keluarga ini dapat menurunkan angka mortalitas, mempercepat penyembuhan serta meningkatkan kualitas hidup pasien stroke. Penelitian ini akan mengetahui hubungan dukungan keluarga terhadap ketidakberdayaan pasien stroke yang berada di wilayah kerja Puskesmas Muntilan I.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien Stroke di wilayah kerja Puskesmas Muntilan I Kabupaten Magelang.

2. Tujuan Khusus

a Mengetahui karakteristik responden pasien stroke di wilayah kerja puskesmas Muntilan I meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama menderita stroke.

b Mengetahui dukungan keluarga pada pasien stroke di wilayah kerja puskesmas Muntilan I.

c Mengetahui ketidakberdayaan pasien stroke di wilayah kerja puskesmas Muntilan I.

d Mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ketidakberdayaan di wilayah kerja puskesmas Muntilan I.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi kesehatan dalam memberikan dukungan dan perhatian dengan tujuan sebagai upaya menangani ketidakberdayaan pasien stroke.

2. Manfaat Praktis

a Bagi Responden dan Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan keluarga untuk meningkatkan dukungan keluarga terhadap pasien stroke. Bagi pasien stroke dapat mendapat dukungan dari keluarganya.

b Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan rujukan terkait dukungan keluarga dalam menangani ketidakberdayaan pasien stroke.

c Bagi Profesi Perawat

Menjadi bahan rujukan atau temuan baru dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke.

d Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam keperawatan komunitas yang dikombinasikan dengan keperawatan medikal bedah dalam penerapannya. Gabungan kedua lingkup penelitian tersebut diharapkan dapat membantu pasien stroke dalam mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya.

F. Target Luaran

Target luaran dari hasil penelitian ini diharapkan dapat terbit pada jurnal yang terindeks sinta 3.

G. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan Peneliti
1	(Qamariah, Utomo, & Agrina, 2022)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas Pada Pasien Stroke: Literature Review	Metode: sistematik literature review sederhana. Sumber data: penelusuran artikel publikasi dilakukan pada Google Scholar, Semantic Scholar, PubMed dan Mendeley	berdasarkan literature review dari sebelas artikel diperoleh bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang sangat penting dalam membantu memenuhi kebutuhan pasien stroke yaitu kebutuhan spiritualitasnya.	Pada penelitian terdahulu menggunakan desain literature review sedangkan penelitian yang akan datang dengan Crossectioal. Variabel terikat pada penelitian terdahulu dengan kebutuhan spiritualitas sedangkan yang akan datang ketidakberdayaan. Teknik sampling pada penelitian terdahulu dengan menggukan jurnal sedangkan pada penelitian yang akan datang menggunakan purposive sampling.
2	(Nabila et al., 2024)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kebersihan Diri	Penelitian ini menggunakan metode studi literature, dimana penelitian studi	Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan	Pada penelitian terdahulu menggunakan desain literature review sedangkan penelitian yang

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan Peneliti
		Pada Pasien Pasca Stroke: Literature Review	literature merupakan suatu kegiatan mengumpulkan data dari berbagai literature seperti buku dan artikel	kebersihan diri pasien pasca stroke	akan datang dengan Crossectioal. Variabel terikat pada penelitian terdahulu dengan kebutuhan spiritualitas sedangkan yang akan datang ketidakberdayaan. Teknik sampling pada penelitian terdahulu dengan menggukan jurnal sedangkan pada penelitian yang akan datang menggunakan purposive sampling.
3	(Andriani & Agustriyani, 2021)	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Motivasi Pasien Pasca Stroke Melakukan ROM Aktif di RSUD DR. A Dadi Tjokrodipo	Rancangan penelitian ini dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi semua pasien pasca stroke sebanyak 33 orang. Sampel menggunakan total sampling sebanyak 33 orang	Ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien pasca stroke melakukan ROM aktif di RSUD Dr. A Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung	Pada penelitian terdahulu menggunakan variabel terikat motivasi pasien. Sedangkan penelitian yang akan datang menggunakan ketidakberdayaan. Pada teknisk sampling pada penelitian terdahulu menggunakan total sampling, sedangkan penelitian yang akan datang dengan purposive sampling.

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan Peneliti
4	(Arfina et al., 2023)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Efficacy Penderita Stroke	Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain cross sectional. Jumlah responden 46 orang penderita stroke.	Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan self efficacy penderita stroke.	Pada penelitian terdahulu menggunakan variabel terikat pasien. Sedangkan penelitian yang akan datang menggunakan Self Efficacy ketidakberdayaan. Pada teknik sampling pada penelitian terdahulu menggunakan total sampling, sedangkan penelitian yang akan datang dengan purposive sampling.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi Stroke

Menurut Lingga (2021) stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke adalah cedera vaskular akut pada otak. Ini berarti bahwa stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh pembuluh darah otak. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah. Semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah yang memadai. Stroke mungkin menampakkan gejala, mungkin juga tidak (stroke tanpa gejala disebut juga silent stroke), tergantung pada tempat dan ukuran kerusakan (Yuni, 2020).

Stroke atau Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO) merupakan penyakit neurolis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses pikir, daya ingat dan bentuk kecacatan lainnya sebagai akibat gangguan fungsi otak (Wijaya, 2023). Stroke didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan pembuluh darah di otak. gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memuculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke (Zuela, 2021).

Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak yang di sebabkan oleh sumbatan dan penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah.

2. Tanda dan Gejala

Menurut Ardiansyah (2020) gejala stroke adalah :

a Otak kecil/*Cerebelum* : gejalanya adalah gaya jalan *ataxia*, kaku leher.

b Batang otak/*Brainstem* : gejalanya adalah mual, muntah, diplopia, disatria, disfagia, *vertigo, tinitus, hemiparise*, atau *kuadriplegia*, kehilangan sensori disebelah badan atau semua badan, penurunan kesadaran, cegukan, nafas tidak normal.

c Hemisfer Dominan (Kiri) : gejalanya adalah arah pandangan ke arah kiri, penurunan lapang pandang kanan, *hemiparise* kanan, kehilangan hemisensori kanan.

d Hemisfer tidak Dominan (Kanan) : gejalanya arah pandang ke arah kanan, penurunan lapangan pandang kiri, *hemiparise* kiri, kehilangan *hemifarise* kiri dan *left neglect*.

3. Faktor Resiko Stroke

Faktor resiko adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentang terhadap serangan stroke. Faktor resiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 kelompok besar sebagai berikut (Zuela, 2021) :

a Faktor Yang Tidak dapat Diubah

1) Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang, semakin meningkat resiko terkena stroke atau serangan ulang stroke. Penambahan usia menyebabkan penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Menurut Saputra (2022) setelah mencapai usia 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun resiko stroke meningkat sebesar 11-20%. Resiko tinggi adalah usia lebih dari 65 tahun, tetapi hampir 25% dari semua stroke terjadi pada usia kurang dari 65 tahun, dan 4% terjadi pada usia antara 15 dan 40 tahun.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki berisiko terkena stroke dibanding wanita, kecuali pada usia lanjut. Laki-laki terkena stroke iskemik, sedangkan wanita lebih cenderung terkena stroke perdarahan subarakhnoid. Stroke pada wanita diduga akibat pemakaian obat

kontrasepsi oral, angka kematian stroke pada wanita dua kali lebih tinggi dari laki-laki.

3) Ras

Stroke, terutama stroke hemoragik lebih sering terjadi pada orang keturunan afrika, Asia, Afro-Karibia, Maori dan kepulauan Pasifik dibandingkan keturunan Eropa. Orang jepang dan Afrika Amerika cenderung mengalami strok pendarahan intrakranial, sedangkan orang yang berkulit putih cenderung terkena stroke iskemik akibat sumbatan ekstra kranial. Di Indonesia pada tahun 2023 stroke merupakan penyebab kematian tertinggi yaitu 15,4% dan penyebab utama kecacatan pada kelompok orang dewasa (Zuela, 2021).

4) Riwayat Keluarga

Dalam riwayat keluarga gen dapat berperan dalam beberapa faktor resiko stroke seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes dan kelainan pembuluh darah. Faktor genetis menjadi penyebab 7% -20% total kasus stroke pada usia muda.

b Faktor yang dapat diubah

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko yang banyak dialami penderita stroke. Hipertensi menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia setiap tahunnya. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang paling umum dan paling banyak di alami masyarakat. Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2022 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang terkena hipertensi . Dikatakan hipertensi jika tekanan darah sitolik mencapai 140 mmHg atau lebih dan tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih.

2) Obesitas

Obesitas menurut Wijaya (2021) didapat dari kebiasaan makan, makan makanan yang berlemak harus di hindari. Berat badan juga perlu dijaga agar tidak terlalu berlebihan. Berat badan yang normal bisa diukur dari Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks massa tubuh adalah indeks sederhana dari berat badan terhadap tinggi badan

yang digunakan untuk mengklasifikasikan kelebihan berat badan dan obesitas pada orang dewasa.

3) Diabetes

Diabetes adalah penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya.

4) Merokok

Merokok merupakan kebiasaan sekaligus gaya hidup yang berdampak buruk bagi kesehatan. Rokok menyebabkan berkurangnya jumlah oksigen dalam darah yang menyebabkan jantung bekerja keras, hal ini memudahkan terbentuknya gumpalan darah. Gumpalan darah ini akan menghambat aliran darah ke otak sehingga menyebabkan stroke. Bahkan perokok pasif (menghirup asap rokok secara tidak langsung) meningkatkan kemungkinan terkena stroke hampir 80%.

5) Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik yang teratur dapat mengurangi hingga separuh resiko stroke dan memperkecil kematian dini akibat semua sebab sekitar 70%. Yang diperlukan hanya olahraga tiga atau empat kali seminggu selama 30 menit. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan mencatat olahraga dilakukan secara bertahap dimulai pemanasan selama 5-10 menit, diikuti dengan pendinginan selama 5 menit namun sebelum berolahraga lakukan pemeriksaan terlebih dahulu untuk menentukan jenis olahraga apa yang aman dan cocok untuk kita gunakan.

6) Alkohol

Jika seseorang mengkonsumsi alkohol secara berlebihan maka akan meningkatkan resiko terkena stroke hemoragik. Pada banyak kasus hal tersebut cenderung merupakan akibat dari dampak negatif alkohol. Terutama pada organ hati. Pasalnya, hati berfungsi untuk membuat protein yang diperlukan untuk mencegah perdarahan spontan. Sebagian besar kasus stroke karena asupan alkohol yang berlebihan sering terjadi karena kombinasi dari tekanan darah tinggi dan terganggunya proses mekanisme pembekuan darah.

4. Etiologi

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan stroke menurut Priscilla (2020) antara lain:

a Thrombosis Cerebral

Trombosis terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti disekitarnya. Thrombosis biasa terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis seringkali memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

b Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh darah oleh bekuan darah, lemak dan udara. Emboli berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik.

c Haemorhagi

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang *subarachnoid* atau kedalaman jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi.

5. Patofisiologi

Menurut Hawks (2023) stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Stroke merupakan bukan penyakit tunggal tetapi merupakan kumpulan dari beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus dan peningkatan lemak dalam darah atau dislipidemia. Penyebab utama stroke adalah thrombosis *cerebral*, atheroskleorosis dan perlambatan sirkulasi *cerebral* merupakan penyakit utama terjadinya trombus. Stroke hemoragik dapat menjadi di epidural, sub dural dan intar serebral.

Peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga dapat terjadi perdarahan dalam parenkin otak yang bisa mendorong struktur otak dan merembes sekitarnya bahkan dapat masuk ke dalam ventrikel atau keruang intraseranial. Ekstravasi darah terjadi didaerah otak dan *subarachnoid* sehingga jaringan yang ada disekitarnya akan tergeser dan tertekan. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak, sehingga dapat mengakibatkan penekanan pada arteri disekitar perdarahan. Bekuan darah yang semula lunak akhirnya akan larut dan mengecil karena terjadi penekanan maka daerah otak disekitar bekuan darah dapat membengkak dan mengalami nekrosis karena kerja enzim-enzim maka bekuan darah akan mencair, sehingga terbentuk suatu rongga.
Gangguan neurologis tergantung letak dan beratnya perdarahan. Pembuluh darah yang mengalami gangguan biasanya arteri yang berhubungan langsung dengan otak. Timbulnya penyakit ini dan evolusinya dapat secara cepat dan konstan, berlangsung beberapa menit bahkan beberapa hari. Gambaran klinis yang sering muncul antara lain : pasien mengeluh sakit kepala berat, leher bagian belakang kaku, muntah penurunan kesadaran dan kejang. 90% menunjukkan adanya darah dalam cairan serebrospinal, dari semua pasien ini 70-75% akan meninggal dalam waktu 1-30 hari, biasanya diakibatkan karena meluasnya perdarahan sampai ke sistem ventrikel, herniasi lobus temporal dan penekanan mesensefalon atau mungkin disebabkan karena perembesan darah ke pusat-pusat yang vital. Penimbunan darah yang cukup banyak dibagian hemisfer serebri masih dapat ditolerir tanpa memperlihatkan gejala-gejala klinis yang nyata sedangkan adanya bekuan darah dalam batak otak sebanyak 5 ml saja sudah dapat mengakibatkan kematian.

6. Klasifikasi

Menurut Zuela (2021) patologi serangan stroke terbagi dua yaitu :

a. Stroke Hemoragi

Stroke hemoragik adalah disfungsi neurologis fokal yang akut dan disebabkan oleh perdarahan primer subtansi otak yang terjadi secara spontan bukan oleh trauma kapistis, disebabkan oleh pecahnya pembuluh arteri, vena dan kapiler. Perdarahan

otak adalah pecahnya pembuluh darah terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan menimbulkan edema otak. Perdarahan otak dibagi dua yaitu : Perdarahan Intra Cerebri, Perdarahn Sub Araknoid.

b. Stroke non Hemoragi

Stroke non hemoragik biasa terjadi pada pagi hari setelah bangun tidur, stroke ini tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder serta kesadaran umumnya baik.

7. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Hawks (2023) meliputi:

a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersedian oksigen yang dikirimkan ke jaringan pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.

b. Penurunan aliran darah serebral tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan vesikositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark myokard atau fibrilasi atrium atau dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

8. Penatalaksanaan

Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto pelaksanaan pasien stroke *"time is brain".* Oleh karena itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain sudah diakui kelebihannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di Unit stroke dilakukan multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi, terapi wicara,

okupasi dan ahli nutrisi. Menurut Zuela (2021) prinsip manajemen stroke akut adalah :

a. Diagnosis stroke yang cepat dan tepat
b. Mengurangi luasnya lesi otak
c. Mencegah dan mengobati komplikasi stroke
d. Mencegah serangan stroke ulang
e. Memaksimalkan kembali fungsi-fungsi neurologik.

9. Dampak

Berdasarkan penelitian Wurtiningsih (2022) membagi dampak stroke bagi pasien sebagai berikut :

a. Dampak Fisik

Sebagian besar pasien stroke akan mengalami gejala yang sangat bervariasi, dapat berupa gangguan mobilisasi atau gangguan motorik, gangguan penglihatan, gangguan bicara, perubahan emosi, dan gejala lain sesuai lokasi otak yang mengalami infark atau penyumbatan. Gejala ini dapat mempengaruhi pada aspek fisik, psikologis serta sosial mereka yang akan berdampak pada penurunan produktifitas dan kualitas hidup baik secara permanen maupun sementara. Lebih lanjut, dampak fisik juga dapat muncul seperti kelumpuhan parsial, gangguan komunikasi dan gangguan kognitif. Defisit yang paling umum dialami pasien stroke yaitu melibatkan aksi motorik. Kelumpuhan fisik dapat terjadi secara langsung dan biasanya pasien menyadari bahwa mereka tidak bisa menggerakkan lengan dan kaki pada satu sisi tubuh.

b. Dampak psikologis

Dampak psikologis seperti kemarahan, isolasi kelabilan emosi, depresi dan lain-lain.

c. Dampak sosial

Dampak sosial dari stroke penderita tidak dapat lagi bekerja kembali seperti sedia kala dan sosialisasinya juga dapat terhambat.

B. Dukungan Keluarga

1. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap atau tindakan penerimaan suatu keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan dan mendukungnya dalam kehidupannya (Siregar, 2021).

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan. Sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahapan siklus kehidupan. Namun demikian dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal sebagai akibatnya. Hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Wartonah, 2022).

2. Fungsi Keluarga

Menurut Muhlisin (2021) fungsi keluarga ada 8 yaitu :

a. Fungsi keagamaan

1) Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
2) Menerjemahkan agama kedalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga.
3) Memberikan contoh konkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman dari ajaran agama.
4) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya di sekolah atau Masyarakat.
5) Membina rasa, sikap dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

b. Fungsi budaya

1) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
2) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
3) Membuina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
4) Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi berprilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.
5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjungjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

c. Fungsi cinta kasih

1) Menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antara anggota keluarga dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus.
2) Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kualitatif dan kuantitatif.
3) Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
4) Membina rasa, sikap dan praktek hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang 1sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

d. Fungsi perlindungan

1) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
2) Membina keamanan keluarga baik fisik mauoun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
3) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil sejahtera.

e. Fungsi reproduksi

1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
2) Memberi contoh pengalaman kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
3) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi sosialisasi

1) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
2) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
4) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

g. Fungsi ekonomi

1) Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun didalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
2) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
3) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan serasi, selaras dan seimbang.
4) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera.

h. Fungsi pelestarian lingkungan

1) Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga.
2) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan eksternal keluarga.
3) Membina kesadaran, sikap, dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi,selaras dan seimbang dan antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
4) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

3. Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Wartonah (2022) bentuk dukungan keluarga terbagi empat yaitu:

a. Dukungan Emosional

Keluarga adalah tempat yang aman dan damai untuk beristirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan ekspresi, rasa empati, dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya menjadi lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stress. Memberikan dukungan emosional pada keluarga termasuk dalam fungsi afektif keluarga. Fungsi afektif keluarga berhubungan dengan fungsi internal keluarga untuk memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Terpenuhinya fungsi afektif dalam keluarga dapat meningkatkan kualitas kemanusiaan, stabilitas kepribadian dan perilaku serta harga diri anggota keluarga.

b. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberi umpan balik dan memberi penilaian dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan gagasan atau ide perasaan seseorang. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dengan orang-orang disekitarnya. Dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu, perbandingan yang positif dengan orang lain seperti pernyataan bahwa

orang lain mungkin tidak dapat bertindak lebih baik. Dukungan penilaian yang diberikan keluarga kepada pasien stroke berupa penilaian dapat meningkatkan status mental, semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri, karena dianggap masih berguna dan berarti untuk keluarga.

c. Dukungan instrumental

Dukungan yang bersifat nyata dimana dukungan ini berupa bantuan langsung, contoh seseorang memberikan atau meminjamkan uang. Dukungan ini memperlihatkan dukungan dari keluarga yang dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana maupun waktu untuk melayani dan mendengarkan keluarga yang sakit dalam menyampaikan perasaannya. Dengan adanya dukungan instrumental yang cukup pada pasien stroke diharapkan pasien stroke dapat lebih nyaman dan membuat kesehatannya terkontrol dengan baik dan dapat meningkatkan status kesehatannya.

d. Dukungan informasional

Dukungan informasi keluarga merupakan dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga berupa saran atau masukan nasehat atau arahan dalam memberikan informasi penting yang dibutuhkan keluarga yang sakit dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik bagaimana seseorang dalam melakukan sesuatu, misalnya seseorang kesulitan dalam pengambilan keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan penyebar informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stresor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada seseorang. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

4. Tugas Keluarga

Dalam Bidang Kesehatan Harlinawati (2023) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu :

a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar berubahannya.

b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.

c. Memberikan perawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak sakit dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki memampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya suatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluaga. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga

kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah sitiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

5. Sumber-Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Wahyudi (2022) sumber dukungan keluarga dibagi menjadi dua yaitu :

a. Dukungan keluarga Internal : Dukungan keluarga internal antara lain adalah dukungan dari suami atau istri, dari saudara kandung atau dukungan dari anak.
b. Dukungan keluarga Eksternal : Dukungan eksternal antara lain sahabat, teman kerja, tetangga, keluarga besar, kelompok sosial, tempat ibadah dan praktisi kesehatan.

6. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga (Zuela, 2021) :

a. Faktor Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

b. Faktor Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan umtuk menjaga kesehatan dirinya sehingga lebih kooperatif dalam memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan pada pasien stroke tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional kepada pasien stroke untuk mengikuti terapi secara tepat dan baik.

c. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selam dia sakit. Seseorang yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakitnya mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d. Faktor Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam kehidupan.

e. Faktor Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam memelihara kesehatannya, kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misalnya anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

f. Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel ekonomi mencakup stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pengobatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Serta sebaliknya semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka akan kurang tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakannya.

g. Faktor latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan seseorang dalam memberikan dukungan termasuk cara pemeliharaan kesehatan sendiri. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien stroke.

C. Ketidakberdayaan

1. Definisi

Ketidakberdayaan merupakan sebuah persepsi bahwa suatu tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil yang secara signifikan, persepsi merupakan kurangnya kontrol pada situasi saat ini atau yang akan datang (Azari, 2020). Ketidakberdayaan merupakan presepsi atau tanggapan klien bahwa perilaku atau tindakan yang sudah dilakukan tidak membawa hasil seperti yang diharapkan, sehingga klien sulit untuk mengendalikan situasi yang telah terjadi atau yang nantinya akan terjadi (Pardede, 2022). Tentunya seorang pasien yang telah mengalami ketidakberdayaan dia akan kehilangan kontrol terhadap hal yang akan terjadi didalam hidupnya dan mereka merasa segala sesuatu yang berada pada dirinya tidak bermakna, perasaan ketidakberdayaan muncul karena distress serta perubahan emosional seperti agitasi, frustasi, marah, merasa takut dan cemas. Perasaan ketidakberdayaan ini dialami oleh pasien stroke dan seringkali disertai dengan depresi (Utama, 2022).

2. Etiologi Ketidakberdayaan

Etiologi ketidakberdayaan menurut (Amasati, 2022):

a Program pengobatan/perawatan yang mempunyai jangka panjang.

b Lingkungan yang tidak mendukung dalam pengobatan/perawatan.

c Interaksi interpersoanal yang tidak memuaskan. Ketidakberdayaan disebabkan karena kurangnya pengetahuan, ketidakadekuatan koping sebelumnya (seperti : Depresi), serta kurangnya kesempatan dalam membuat keputusan.

3. Faktor yang berhubungan dengan ketidakberdayaan

Faktor yang mempengaruhi ketidakberdayaan menurut (Harlinawati, 2023):

a Kesehatan lingkungan : hilangnya privasi dan kontrol terhadap terapi.

b Hubungan interpersonal : penyalahgunaan kekuasaan dan hubungan yang kasar.

c Penyakit yang berhubungan dengan rejimen : penyakit kronis atau yang melemahkan kondisi. Hal tersebut menyebabkan seseorang tidak dapat melakukan kegiatan aktivitas fisik dan juga tidak mampu melaksanakan tanggung jawab serta menjalankan perannya.

4. Patofisiologi ketidakberdayaan

Pada patofisiologi dengan masalah ketidakberdayaan saat ini belum dapat diketahui secara pasti, namun jika dilakukan analisis dari proses terjadinya ketidakberdayaan berasal dari seseorang individu yang tidak mampu mengatasi suatu masalah sehingga menyebabkan stress yang hal tersebut diawali dalam perubahan dalam respon otak yang menafsirkan perubahan didalam otak. Stress tersebut akan menyebabkan korteks serebri yang akan mengirimkan sinyal menuju hipotalamus, yang kemudian seharusnya ditangkap *system limbic* yang dimana salah satu bagian pentingnya merupakan amigdala itu akan bertanggung jawab di dalam status emosional individu akibat dari keaktifan system *hipotalamus pituitary adrenal* (HPA) dan kemudian menyebabkan rusaknya pada hipotalamus menjadikan seseorang kehilangan mood dan juga motivasi dan akhirnya menyebabkan seseorang untuk malas melakukan sesuatu, hambatan emosional dengan klien yang mengalami ketidakberdayaan, terkadang dapat berubah menjadi murung dan sedih sehingga menyebabkan seseorang itu merasa tidak berguna lagi, dan merasa hidupnya telah gagal.

Dampak dari hormon *glucocorticoid* yang terdapat pada lapisan luar adrenal yang berpengaruh dalam metabolisme glukosa, selain gangguan struktur otak terdapat ketidakseimbangan neurotransmitter pada otak. Neurotransmitter adalah zat kimia yang berada pada otak yang kemudian ditransmisikan oleh salah satu neuron menuju neuron lain dengan menggunakan rangsangan tersebut (Andarmoyo, 2022).

5. Tanda dan gejala

Batasan karakteristik menurut (Zuela, 2021) :

1. Menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktivitas sebelumnya. Bergantung pada orang lain.
2. Minor Subjektif : Merasa diasingkan, Menyatakan keraguan tentang kinerja peran, Menyatakan kurang kontrol, Menyatakan rasa malu dan Merasa tertekan (depresi). Objektif : Tidak berpartisipasi dalam perawatan dan Pengasingan.
3. Klien akan mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi dan bersikap positif.
4. Klien akan mengalami ketergantungan kepada orang lain yang dapat mengakibatkan ititabilitas, ketidaksukaan dan rasa bersalah.
5. Klien akan menunjukan sikap apatis, depresi terhadap perubahan dalam dirinya yang telah terjadi.

6. Faktor Predisposisi Ketidakberdayaan

Menurut Yuni (2020) faktor predisposisi merupakan suatu faktor resiko yang menjadi sumber utama stress dan memiliki pengaruh dalam tipe dan sumber individu untuk menghadapi stress secara biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor predisposisi tersebut antara lain :

a Biologis

1) Riwayat keturunan.
2) Gaya hidup (merokok, alkohol dan zat adiktif).
3) Penderita penyakit kronis (stroke, diabetes militus).
4) Memiliki riwayat penyakit jantung, paru-paru yang mengganggu aktivitas sehari-hari klien.
5) Memiliki riwayat menderita penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).

b Psikologis

1) Memiliki pengalaman perubahan di dalam gaya hidup akibat lingkungan tempat tinggal.

2) Ketidakmampuan dalam mengambil suatu keputusan serta mempunyai kemampuan untuk melakukan komunikasi verbal yang kurang atau tidak mampu untuk mengekspresikan perasaan yang dirasakan terkait dengan penyakit atau kondisi yang sedang terjadi.
3) Tidak mampu menjalankan peran akibat suatu penyakit secara progresif menimbulkan ketidakmampuan (stroke, kanker terminal dan AIDS).
4) Merasa kurang puas dengan kehidupan yang telah dijalani (merasa tujuan hidupnya tidak tercapai).
5) Merasa frustasi dengan keadaan kesehatannya dengan kondisi yang bergantung dengan orang lain.
6) *Self control* : sulit untuk mengontrol rasa emosi, merasa cemas, merasa takut, gaya hidup yang tidak berdaya.

c Sosial budaya

1) Pendidikan rendah.
2) Kurang aktif didalam kegiatan masyarakat.
3) Hilangnya kemampuan dalam melakukan aktivitas akibat proses penuaan (pension, defisit memori, defisit motorik dan status finansial).
4) Cenderung bergantung dengan orang lain, tidak dapat berpartisipasi dalam sosial kemasyarakatan.

7. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi merupakan suatu kondisi internal seorang pasien dimana pasien tersebut kurang dapat menerima perubahan fisiknya dan psikologis yang telah terjadi. Kondisi eksternal biasanya dari pihak keluarga dan masyarakat kurang mendukung (Harmoko, 2022).

Faktor-faktor lain yang berhubungan dengan faktor presipitasi yang akan timbul ketidakberdayaan antara lain :

a Biologis

1) Seseorang menderita suatu penyakit dan harus melakukan tindakan terapi tertentu, pengobatan terkait dengan penyakit (jangka panjang, sulit dan kompleks).

2) Penyakit kronis yang kambuh dalam 6 bulan terakhir.
3) Kurang mampu menyesuaikan diri dengan budaya, ras etnik dan gender.
4) Adanya perubahan didalam diri (fisik).

b Psikologis

1) Perubahan gaya hidup akaibat memiliki penyakit kronis.
2) Tidak dapat melakukan aktivitas sendiri kemudian timbullah keputusasaan.
3) Perasaan malu serta rendah diri karena aktivitas bergantung dengan orang lain.
4) Kehilangan rasa mandiri atau ketergantungan dengan orang lain.

c Sosial budaya

1) Kehilangan pekerjaan karena kondisi kesehatan sekarang.
2) Kehilangan kemampuan dalam melakukan aktivitas dari proses penuaan (pensiun, defisit memori, defisit motorik dan status finansial).
3) Terdapat perubahan status kuratif menjadi status paliatif.
4) Tidak dapat melakukan kegiatan agama dan tidak mampu melakukan partisipasi dengan masyarakat.

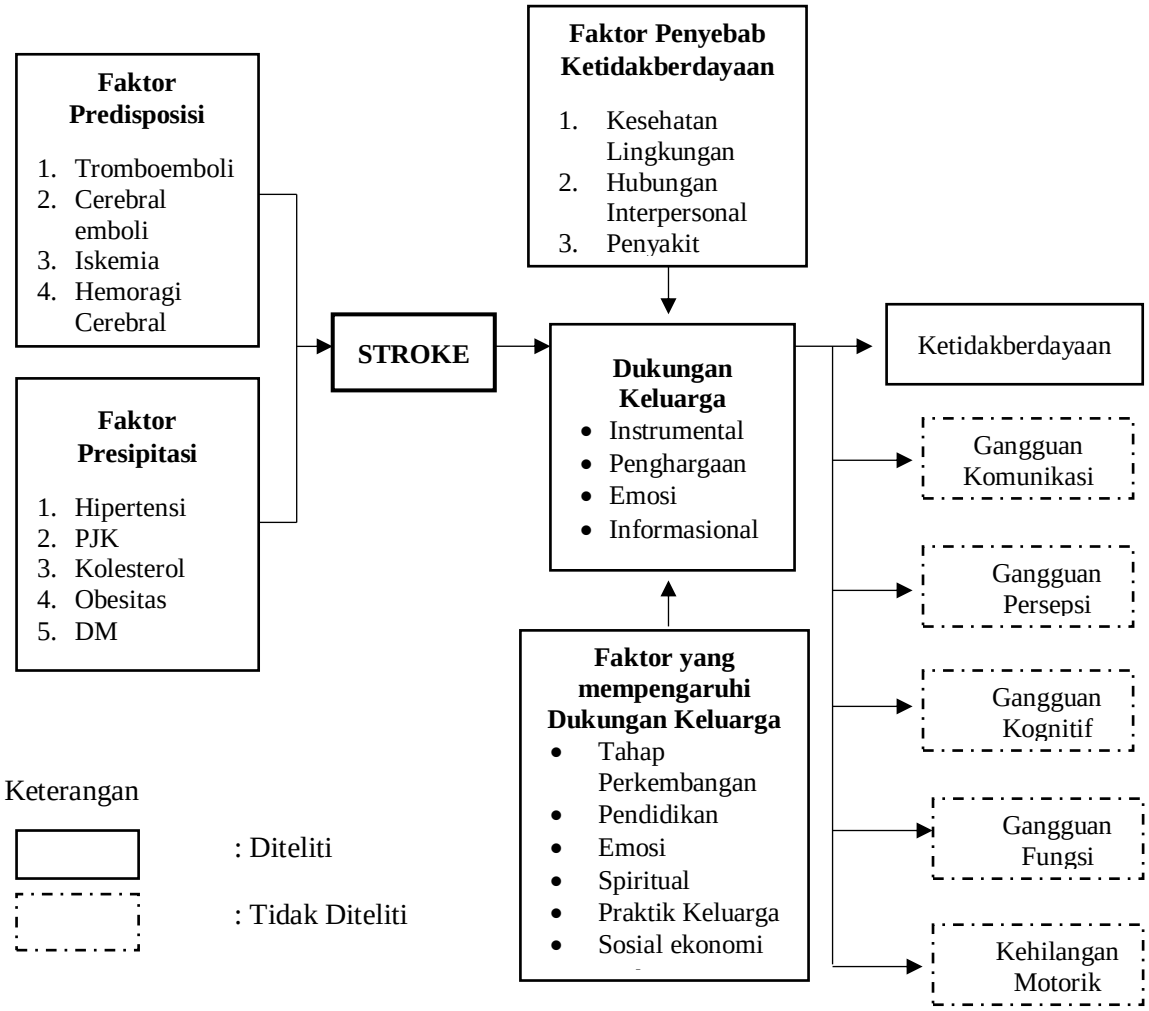
8. Cara Menilai Ketidakberdayaan Pasien

Cara menilai seseorang tidak berdaya (Zuela, 2021) :

1. Mengungkapkan ketidakpastian tentang fluktuasi tingkat energi.
2. Mengungkapkan ketidakpuasan dengan tugas atau aktivitas yang dilakukan sebelumnya.
3. Mengungkapkan ragu-ragu dalam melaksanakan peran.
4. Mengungkapkan tidak mampu mengendalikan situasi, perawatan diri, dan hasil pengobatan.
5. Mengungkapkan ketidakpuasan dan tergantung pada orang lain.
6. Mudah lupa.
7. Cenderung menyalahkan orang lain.
8. Berfokus pada diri sendiri.
9. Sulit memahami informasi.
10. Bingung.
11. Preokupasi.

12. Bloking pikiran.
13. Merasa tertekan dan depresi.
14. Merasa bersalah.
15. Takut terhadap pengasingan.
16. Merasa tidak adekuat.
17. Sangat waspada.
18. Banyak diam, pasif.
19. Aktifitas harian dibantu orang lain.
20. Tidak memantau kemajuan pengobatan.
21. Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.
22. Menghindari kontak mata.
23. Perilaku menyerang/agresif.
24. Menarik diri.
25. Perilaku mencuri perhatian.

D. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Black, 2023), (Wijaya, 2023a), (Harlinawati, 2023), (Pardede, 2022)

E. Hipotesis

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

H0 : Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien stroke di puskesmas Muntilan I kabupaten Magelang.

Ha: Ada hubungan dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien stroke di puskesmas Muntilan I kabupaten Magelang.

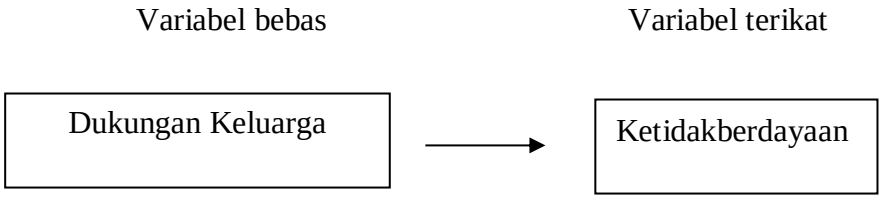
BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan jenis penelitian analitik dengan *pendekatan cross sectional* yang bertujuan memberikan gambaran mengenai dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien stroke.

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep atau *conceptual framework* adalah sebuah representasi dari *main concept* ataupun variabel penelitian dalam bentuk grafik atau narasi serta variabel-variabel tersebut dianggap berhubungan satu dengan yang lainya (Manzilati, 2023). Penelitian ini menggunakan dua variabel dalam menganalisa penelitian yang dituangkan dalam bentuk skema berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah batasan atau cara pengukuran variabel yang diteliti. Definisi operasional variabel disusun dalam bentuk matrik, yang berisi : nama variabel, definisi operasional, alat ukur, hasil ukur dan skala ukur yang digunakan (nominal, ordinal, interval, rasio). Definisi operasional dibuat untuk memudahkan dan menjaga konsistensi pengumpulan data, menghindarkan perbedaan interprestasi serta membatasi ruang lingkup variabel.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel Bebas	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala Data
Variabel bebas : Dukungan Keluarga	Perilaku membantu dan memberikan dukungan kepada anggota keluarga dalam melakukan peningkatan kesehatan penderita Stroke meliputi dukungan informasi kesehatan, dukungan penghargaan, Emosional, dan Intrumental	Memberi kuesioner untuk diisi sebanyak 20 pernyataan.	kuesioner	Tinggi (41-60) Sedang (21-40) Rendah (0 20)	Ordinal
Variabel terikat : Ketidakberdayaan	Ketidakmampuan pasien stroke dalam memenuhi kebutuhan dasar hidupnya meliputi biopsikososiokultural pasien stroke	Memberi kuesioner dengan 20 pernyataan	kuesioner	Berat (14-20) Sedang (7-13) Ringan (0-6)	Ordinal

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti dan mempunyai karakteristik yang telah ditetapkan (Aspuah, 2023). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita Stroke di Puskesmas Muntilan 1 sebanyak 80 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian yang diambil dari keseluruhan objek penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi (Masturoh, 2023). untuk menentukan jumlah sampel dari populasi pada penelitian ini yaitu menggunakan rumus Isaac dan Michael. Rumus Isaac dan Michael ini telah diberikan hasil perhitungan yang berguna untuk menentukan jumlah sampel berdasarkan tingkat kesalahan 1%, 5%, dan 10%. Pada penelitian ini tingkat kesalahan atau sampling error dalam menentukan jumlah sampel yaitu pada tingkat kesalahan 5%. Adapun jumlah sampel dalam penelitian ini:

Perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = N / 1 + (N (d^2))$$

Keterangan :

n : Besar Sampel

N : Besar Populasi

d : Tingkat Signifikansi (p)

Berdasarkan rumus tersebut, dengan tingkat signifikansi sebesar 5 % dengan jumlah populasi sebanyak 80 pasien, maka:

$$n= 80 / 1 + (80 (0,05^2))$$
$$= 80 / 1 + (80 \times 0,0025)$$
$$= 80 / 1 + 0,2$$
$$= 80 / 1,2$$
$$= 66,67$$
$$= 67$$

Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Cluster random sampling*. Menurut Sugiyono (2020) teknik ini merupakan pengambilan anggota sampel dari populasi dilakukan secara acak sehingga memberikan kesempatan yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Teknik sampling yang dikhususkan yaitu teknik sampling *Proportionate Stratified Random Sampling.* Teknik ini merupakan teknik yang digunakan bila populasi mempunyai anggota/unsur yang tidak homogen dan berstrata secara proporsional. Adapun rumus *Proportionate Stratified Random Sampling*

$$\mathbf{ni= Ni/N \times n}$$

Keterangan

ni : Jumlah sampel setiap Desa

n : Jumlah sampel seluruhnya.

Ni : Jumlah populasi setiap Desa.

N : Jumlah populasi seluruhnya.

Berdasarkan rumus di atas, maka dari jumlah desa yang ada bisa diambil sampel yang digunakan sebagai penelitian seperti pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Tabel Proporsi Sampel

No	Desa	Jumlah Penderita	Perhitungan Sampel	Hasil	Dibulatkan
1	Adikarto	9	9/80.67	7,53	8
2	Tanjung	5	16/80.67	4,18	4
3	Sokorini	10	20/80.67	8,37	8
4	Sriwedari	12	15/80.67	10,05	10
5	Ngawen	5	21/80.67	4,18	4
6	Congkrang	18	15/80.67	15,07	15
7	Menayu	6	15/80.67	5,02	5
8	Keji	15	18/80.67	12,56	13
	Jumlah	80			67

penderita dengan memenuhi kriteria:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil atau dijadikan sebagai sampel.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

1) Pasien stroke yang berobat atau berada di wilayah Puskesmas Muntilan I.
2) Tidak menderita Dementia.
3) Bersedia menjalani penelitian dari awal hingga akhir.

b. Kriteria eksklusi.

Menurut Aini (2020) kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan responden yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab, kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

1) Pasien memiliki keluarga.

E. Waktu dan Tempat Penelitan

Lokasi penelitian ini akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Muntilan I bulan Januari sampai dengan bulan April 2025.

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat pengumpulan data

Instrumen penelitian merupakan alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data, Instrument penelitian merupakan suatu alat yang dipergunakan dalam proses pengumpulan data dalam penelitian, baik pada saat mendapatkan data, pengolahan data, serta intrepretasi suatu informasi dari responden yang dilakukan dengan hasil yang sama dari hasil pengukuran (Manzilati, 2023).

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Sebuah instrumen atau kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada instrumen atau kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuisioner yang diadopsi dari peneliti Matoka (2022) yang telah dilakukan uji valid dengan melibatkan 30 responden dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3
Hasil Uji validitas Instrumen Dukungan Keluarga

No.Item	*r* Hitung	*r Tabel*	Keterangan
Pertanyaan.1	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.2	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.3	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.4	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.5	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.6	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.7	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.8	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.9	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.10	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.11	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.12	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.13	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.14	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.15	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.16	0,991	0.378	Valid
Pertanyaan.17	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.18	0.991	0.378	Valid
Pertanyaan.19	0.987	0.378	Valid
Pertanyaan.20	0.991	0.378	Valid

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa hasil uji validitas kuesioner dukungan keluarga pada 30 responden dengan 20 pertanyaan. Hasil didapatkan nilai r hitung lebih besar daripada r tabel pada signifikansi 0,05. Oleh karena itu semua pertanyaan diangap valid untuk digunakan.

Pada kuesioner ketidakberdayaan diadopsi dari Arfina (2023) yang telah dilakukan uji validitas pada 30 responden dengan hasil sebagi berikut:

Tabel 3.4
Hasil Uji validitas Instrumen Ketidakberdayaan Pasien

No.Item	*r* Hitung	*r Tabel*	Keterangan
Pertanyaan.1	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan.2	0.874	0.361	Valid
Pertanyaan.3	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan.4	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan.5	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan.6	0.954	0.361	Valid
Pertanyaan.7	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan.8	0.874	0.361	Valid
Pertanyaan.9	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan.10	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan.11	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan.12	0.954	0.361	Valid
Pertanyaan.13	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan.14	0.874	0.361	Valid
Pertanyaan.15	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan 16	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan 17	0.951	0.361	Valid
Pertanyaan 18	0.954	0.361	Valid
Pertanyaan 19	0.876	0.361	Valid
Pertanyaan 20	0.874	0.361	Valid

Hasil uji validitas diatas dilakukan terhadap 30 responden dengan menggunakan 20 pertanyaan dengan hasil semua pertanyaan memiliki r hitung lebih besar daripada r tabel. Oleh karena itu kuesioner tersebut valid untuk digunakan.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas sebenarnya adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil

dari waktu ke waktu. Uji reliabilitas digunakan untuk mengukur konsistensi hasil pengukuran dari kuesioner dalam penggunaan yang berulang. Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab secara konsisten atau jawaban tidak boleh acak. Dalam mencari reliabilitas dalam penelitian ini penulis menggunakan teknis *Cronbach Alpha* untuk menguji reliabilitas, alat ukur yaitu kompleksitas tugas, tekanan ketaatan, pengetahuan auditor serta audit *judgment* (Manzilati, 2023).

Pada penelitian ini nilai *Cronbach Alpha* pada masing masing kuesioner dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.5

Nilai Koefisien Reliabilitas Kuesioner

Kueioner	Nilai *Cronbach Alfa*
Dukungan Keluarga	0.989
Ketidakberdayaan	0.978

Berdasarkan hasil uji realibilitas diatas kedua kuesioer memiliki nilai *Cronbach Alfa* diatas 0,7 maka pertanyaan dinyatakan andal atau konstruk maupun variabel dinyatakan reliabel.

3. Pengumpulan Data

Langkah-langkah yang dilakukan peneliti dalam pengumpulan data penelitian :

a. Mengajukan Judul Penelitian Kepada Universitas Muhammadiyah Magelang. Setelah diberikan persetujuan kemudian menyusun skripsi.
b. Melakukan bimbingan penyusunan proposal dan menyusun revisi proposal
c. Melakukan uji etik penelitian dilakukan di komisi etik fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
d. Mengurus ijin penelitian dengan membawa surat dari Universitas Muhammadiyah Magelang kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Magelang.
e. Mengurus ijin penelitian kepada Kepala Puskesmas Muntilan I.
f. Setelah mendapat izin dari Puskesmas Muntilan I selanjutnya melakukan penelitian.

g. Peneliti melakukan pengumpulan data dengan dibantu asisten sejumlah 2 orang, sebelum asisten peneliti melakukan penelitian, peneliti melakukan apersepsi dan menjelaskan cara pengisian serta pemilihan responden kepada asisten peneliti untuk diberikan ke responden. Asisten bertugas untuk mencatat hal-hal yang diperlukan pada saat pengumpulan data. Peneliti dan asisten peneliti menentukan responden yang dilakukan penelitian sesuai kriteria yang telah ditentukan.
h. Memberikan penjelasan kepada responden tentang prosedur yang akan dilakukan, tujuan dan manfaat penelitian bila bersedia responden, maka keluarga calon responden dipersilahkan untuk menandatangani *inform consent.*
i. Peneliti menyebarkan kuesioner untuk diisi dan melakukan pengecekan kelengkapan sebelum diolah.
j. Peneliti melakukan pengumpulan, pengolahan, dan analisa data.

G. Metode Pengolahan dan Analsis Data

1. Pengolahan data

Pengolahan data pada penelitian ini melalui tahap-tahap antara lain :

a. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan (Aini, 2020). Pada penelitian ini, data yang diperoleh diteliti kembali dengan maksud untuk mengetahui kelengkapan data yang diberikan. Setiap data yang terkumpul dilakukan pengecekan apakah semua data telah lengkap, jika belum lengkap akan dicari selengkapnya.

b. *Coding*

Peneliti melakukan penyusunan secara data mentah kedalam bentuk yang sudah dibaca untuk pengolahan data. Peneliti membuat kode untuk hasil penelitian yang didapat. *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori pada Variabel independen yaitu tingkat nyeri peneliti menggunakan kode jawaban.

c. *Scoring*

Scoring adalah pengolahan data yang digunakan dengan cara memberikan skor

pada item yang perlu diberi skor. Tahapan ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban atau hasil observasi sehingga setiap jawaban responden atau hasil observasi sehingga setiap jawaban respon dan atau hasil observasi yang diberikan skor (Manzilati, 2023).

d. *Data Entry* (Memasukan data)

Data yang dalam bentuk "kode" (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau "*software"* komputer. Dalam proses ini dituntut ketelitian dari orang yang melakukan "*entry"* ini. Apabila tidak maka terjadi bias meskipun hanya memasukkan data.

e. Tabulating

Tabulating adalah membuat tabel-tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan peneliti.

H. Analisa data

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisa data yang dapat dilakukan adalah :

a. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakeristik setiap variable penelitian, penyajiannya berbentuk distribusi dan prosentase dari setiap variable, Semua karakteristik responden dalam penelitian ini seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama menderita stroke berbentuk kategori yang diprosentase dan dituangkan dalam tabel distribusi frekuensi.

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap kedua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Pada analisa bivariat harus dilakukan uji normalitas terlebih dahulu menggunakan uji kolmogorov smirnov yaitu metode uji normalitas yang efektif dan valid digunakan untuk sampel yang berjumlah lebih dari 50. Pada penelitian ini skala data dalam kategori ordinal sehingga dalam uji statistic menggunakan *chisquare.*

I. Etika Penelitian

Menurut menyatakan bahwa etika adalah ilmu tentang sesuatu yang baik dan yang buruk, tentang hak dan kewajiban seseorang dalam kelompok sosial. Penelitian adalah suatu upaya untuk mencari kebenaran terhadap fenomena kehidupan

manusia, fenomena tersebut dapat berbentuk fenomena alam, sosial, budaya, pendidikan, kesehatan, ekonomi, politik, dan lain sebagainya guna melakukan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang bermuara pada kesehatan manusia. Berikut prinsip etik yang harus dipegang dalam sebuah penelitian :

1. *Beneficence*

Penelitian ini memberikan manfaat atau dampak yang bagi responden penelitian yaitu bagi pasien stroke dapat mendapatkan peningkatan dukungan dari keluarganya sementara bagi keluarga penderita stroke dapat meningkatkan pengetahuan sehingga dapat memberi perhatian atau dukungan yang lebih bagi penderita stroke.

2. *Non-malfincene*

Penelitian ini meskipun menggunakan objek penderita stroke, namun tidak dilakukan intervensi sehingga tidak akan mengakibatkan kerugian bagi responden atau objek penelitian.

3. *Justice*

Peneliti tidak membeda - bedakan objek penelitian, sehingga semua penderita stroke yang memenuhi kriteria akan memperoleh kesempatan menjadi objek penelitian. Selain itu, peneliti akan menghormati responden apabila memilih tidak bersedia menjadi responden atau mengundurkan diri ditengah penelitian berlangsung.

4. *Autonomy*

Peneliti menyamarkan identitas responden penelitian sebagai upaya menjaga privasi responden, peneliti menggunakan inisial sebagai ganti identitas responden.

5. *Ethical Clearance*

Uji Etik dilakukan untuk memastikan penelitian sesuai dengan ketentuan dan tidak membahayakan pihak-pihak yang terlibat. Terutama populasi dan sampel penelitian yang digunakan atau dilibatkan. Uji etik pada penelitian ini dilakukan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang dengan nomor sertifikat 0281/KEPK-Fikes/II.3.AU/F/2025.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pendidikan responden terbanyak pada rentang usia 60-75 Tahun sementara pendidikan paling banyak pada SD, Jenis Kelamin paling banyak adalah laki-laki.
2. Dukungan keluarga pada pasien stroke sebagian besar dalam kategori sedang sebanyak 37 responden atau 55,2%.
3. Ketidakberdayaan pasien stroke sebagian besar dalam kategori sedang sebanyak 34 responden atau 50,7%.
4. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan ketidakberdayaan pasien dengan nilai p-value 0,000 dengan nilai r sebesar - 0.882 yang berarti hubungan korelasi yang kuat. Arah negatif menandakan semakin tinggi dukungan keluarga maka ketidakberdayaan pasien semakin rendah.

B. Saran

1. Bagi Responden dan Masyarakat

Meningkatkan dukungan terhadap penderita stroke agar kualitas hidupnya dapat meningkat khususnya untuk dukungan fisik.

2. Bagi Puskesmas

Diharapkan memberikan tambahan dukungan berupa kepada pasien stroke.

3. Bagi Profesi Perawat

Melakukan kunjungan rumah bagi penderita stroke agar pasien dapat meningkat rasa kepercayaan diri dan semangat hidup demi menjalani pengobatan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menyiapkan waktu yang lebih agar dapat melakukan pendalaman dalam mengisi kuesioner.

DAFTAR PUSTAKA

Aini. (2020). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang.

Amasati, N. (2022). Gamabran Ketidakberdayaan Pasien Pasca Stroke Di Polo Saraf. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*.

Andarmoyo, S. (2022). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Andriani, M., & Agustriyani, F. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Pasca Stroke Melakukan Rom Aktif Di Rsud Dr. A Dadi Tjokrodipo. *Journal Of Current Health Sciences*, *1*(1), 7–12. Https://Doi.Org/10.47679/Jchs.V1i1.2

Ardiansyah, M. (2020). *Medikal Bedah*. Yogyakarta: Diva Press.

Arfina, A., Savitri, N., Febtrina, R., & Kharisna, D. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Efficacy Penderita Stroke Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jkj): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, *11*(4), 839–848.

Aspuah, S. (2023). *Kumpulan Kuesioner Dan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Azari, A. (2020). Pengalaman Psikologis Ketidakberdayaan Post Covid-19 Di Jember. *Medical Jurnal Of Al Qodiri*.

Black. (2023). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Jakarta: Salemba Medika.

Budhiana, J., Ratnawati, N. E., & Waluya, A. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Jantung Di Ruang Intensive Care Unit (Icu). *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah Stikes Kendal*, *15*(3), 645–656.

Enggriani, D. R., & Sagala, L. M. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Pasien Pasca Stroke Melakukan Fisioterapi Di Rumah Sakit Murni Teguh Sudirman Jakarta. *Indonesian Trust Nursing Journal*, *3*(1), 45–50.

Entiman, M., Ponamon, J. F., Tungka, K. E., & Mongdong, J. E. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Activity Daily Ling (Adl) Didesa Bantane Kecamatan Rainis Kabupaten Kepulauan Talaud. *Dharma Medika*, *5*(1), 9–16.

Harlinawati. (2023). *Konsep Dan Proses Keperawatann Keluarga*. Makassar: Pustaka As Salam.

Harmoko. (2022). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakata: Pustaka Ilmu.

Hodo, M. D. L., Cita, E. E., & Ka'arayeno, A. J. (2025). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Psychological Well-Being Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Tribhuwana Tunggadewi.

Juliana, H. (2025). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kemandirian Activity Daily Living Pada Lansia Penderita Stroke Di Rsud Hajjah Andi Depu Polewali Mandar*. Universitas Sulawesi Barat.

Kementerian Kesehatan Ri. (2023). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI.

Lemone Priscilla, M. K. & B. G. (2020). *Buku Ajaran Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: EGC

Lingga. (2021). *All About Stroke: Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. Jakarta: Pt Elex Media Komputindo.

Mahdalena., A. (2022). Gambaran Peran Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Stroke. *Jurnal Keperawatan*.

Manzilati, A. (2023). *Metodologi Penelitian Kualitatif: Paradigma, Metode, Dan Aplikasi*. Jakarta: Ub Media.

Masturoh, I., & Anggita T., N. (2023). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (First). Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Matoka. (2022). Dukungan Keluarga Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Paliatif Di Rs Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Keperawatan: Prodi S1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Palembang*.

Merwanda, Y., Tambun, Y. M., & Nurhaeni, H. (2024). Pengaruh Terapi Afirmasi Positif Dengan Media Flash Card Terhadap Ketidakberdayaan Pasien Rehabilitasi Pasca Stroke: The Effect Of Positive Affirmations On The Helplessness Of Post-Stroke Rehabilitation Patients. *Quality: Jurnal Kesehatan*, *18*(2), 153–162.

Misgiyanto. & Susilawati, D. (2022). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Penderita Kanker Serviks Paliatif. *Jurnal Keperawatan Klinis*.

Muhlisin, A. (2021). *Keperawatan Keluarga.* Yogyakata: Nuha Medika.

Nabila, N., Utomo, W., & Hasneli, Y. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kebersihan Diri Pada Pasien Pasca Stroke: Literature Review. *Jurnal Medika Utama*, *5*(2), 3816–3831. Retrieved From Https://Jurnalmedikahutama.Com/Index.Php/Jmh/Article/View/692

Pardede, J. A. (2022). *Konsep Ketidakberdayaan*.

Qamariah, Utomo, W., & Agrina. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualisme Pada Pasien Stroke. *Jurnal Medika Hutama*, *04*(01). Retrieved From Http://Jurnalmedikahutama.Com

Saputra, L. (2018). *Catatan Ringkas : Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher.

Siallagan, A. M., Simorangkir, L., Ginting, A., & Siahaan, M. O. R. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self-Care Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2024. *Sby Proceedings*, *5*(1).

Sicilia, A. G., Juwita, D., & Gunawan, I. F. (2025). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Sectio Caesarea Di Rsu Bhakti Asih Tangerang. *Jurnal Anestesi*, *3*(1), 258–268.

Sih Winulang, W., Fetreo Negeo Putra, & Ira Puspitasari. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Stroke Berulang. *Professional Health Journal*, *5*(1), 341–348. Https://Doi.Org/10.54832/Phj.V5i1.642.

Siregar, M. A. S. (2021). *Gambaran Dukungan Keluarga Dalam Memenuhi Kebutuhan Spiritual Pasien Stroke Di Rsup Haji Adam Malik Medan*.

Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: Cv Alfabeta.

Sulistyowati, R., & Astuti, A. D. (2020). Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Dm Tipe Ii. *Jurnal Surya Medika*, *6*(1), 39–45. Https://Doi.Org/10.33084/Jsm.V6i1.1339.

Suwandani, R. M. (2025). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Pasien Systemic Lupus Erythematosus (Sle) Di Poli Rheumatologi. *Media Husada Journal Of Nursing Science*, *6*(1), 41–47.

Syifa, M. (2025). Hubungan Dukungan Caregiver Dengan Tingkat Keberdayaan Orang Dengan Skizofrenia Di Puskesmas Ambarawa Kabupaten Pringsewu. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, *6*(1), 417–424.

Utama, Aditia Edy. (2022). *Ketidakpuasan Hidup*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Wahyudi, Setiya Andri., Wahid, Abd. (2022). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

Wahyuni, D. J. (2024). *Gambaran Dukungan Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Nusa Indah Rsud Dr. Doris Syilvanus Kota Palangka Raya*. Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Wartonah, W. (2022). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan* (4th Ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Wijaya. (2023a). *Kmb 2 Keperawatan Medikal Bedah: Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wijaya, P. (2023b). *Kmb 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wurtiningsih, B. (2022). Dukungan Keluarga Pada Pasien Stroke Di Ruang Saraf Rsup Dr. Kariadi Semarang. *Medica Hospitalia*.

Yuni, N. E. (2020). *Kelainan Darah*. Jakarta: Nuha Medika.

Zuela, S. (2021). Keperawatan Medikal Bedah. *Bcg*, 200.