

Pemberdayaan Keluarga Dalam Meningkatkan Ketahanan Keluarga Melalui Program Pendampingan Caregiver Pasien Stroke

Nikmatul Fadilah, Minarti, Eko Rustamaji Wiyatno

Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Surabaya

Corresponding author: nikmatulf@poltekkesdepkes-sby.ac.id

Abstract:

Health problems of family members due to stroke can be a stressor for family life. Tensions and care burdens are triggered by several conditions, including unpreparedness to care for due to limited knowledge, skills, time, and funding. Prolonged stress will not only affect the caregiver, but also have an impact on the recovery of stroke patients. The objectives of community service are to improve the care ability of the caregivers for stroke patients at home, achieve caregiver adaptive coping behavior, monitor the caregiver's health status, and increase the patient's activity daily living (ADL) ability. Community service was carried out by mentoring 57 caregivers of stroke patient in the work area of the Perak Timur Community Health Center in Surabaya. The methods are through health education, skills training, health checks, mentoring for 2 weeks, and evaluation. Media activities used stroke care modules for caregivers, questionnaires, Katz Index, and health check tools. The results of the assessment of the ability to care for stroke patients, caregiver coping behavior, and ADL ability of stroke patients showed an increase even though it was still minimal. Caregiver health data shows health risks experienced including blood pressure in most hypertension categories, as well as having a history of hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia. Knowledge of caring for stroke patients that has been gained during hospitalization needs follow-up and evaluation. Assistance is a solution to minimize stressors for families with stroke patients so that they can achieve family resilience and optimal quality of life.

Keywords: family resilience; caregiver assistance; stroke patients

Abstrak:

Gangguan kesehatan anggota keluarga akibat stroke dapat menjadi stressor bagi kehidupan keluarga. Ketegangan dan beban perawatan dipicu beberapa kondisi diantara ketidaksiapan merawat karena keterbatasan pengetahuan, keterampilan, waktu, serta pembiayaan. Stress berkepanjangan akan berdampak tidak hanya kepada caregiver, namun juga berdampak bagi pemulihan kondisi pasien stroke. Tujuan kegiatan pendampingan caregiver ini adalah meningkatkan kemampuan perawatan pasien stroke, pencapaian perilaku coping adaptif caregiver, pemantauan status kesehatan caregiver, serta peningkatan kemampuan aktivitas hidup sehari-hari (activity daily living/ADL) pasien stroke. Pengabdian masyarakat ini dilakukan pada 57 caregiver pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur Surabaya. Metode pendampingan melalui penyuluhan, latihan keterampilan merawat, pemeriksaan kesehatan, pendampingan di rumah selama 2 minggu, serta evaluasi. Media kegiatan menggunakan modul perawatan stroke bagi caregiver, kuisioner, *Katz Index*, dan alat pemeriksaan Kesehatan terkait. Hasil penilaian kemampuan perawatan pasien stroke, perilaku coping caregiver, dan kemampuan ADL pasien stroke menunjukkan peningkatan walau masih minimal. Data kesehatan caregiver menunjukkan risiko kesehatan yang dialami diantaranya tekanan darah sebagian besar kategori hipertensi, serta memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes, dan hiperkolesterolemia. Pengetahuan merawat pasien stroke yang pernah didapat saat perawatan di rumah sakit perlu mendapatkan tindak lanjut dan evaluasi. Pendampingan merupakan solusi meminimalkan stresor bagi keluarga dengan pasien stroke sehingga mereka dapat mencapai ketahanan keluarga dan kualitas hidup yang optimal.

Kata kunci: ketahanan keluarga; pendampingan caregiver; pasien stroke

I. LATAR BELAKANG

Keterbatasan/kelemahan dan ketergantungan pasien stroke dalam menjalani aktivitas kehidupan sehari-hari dapat menyebabkan stres dalam proses perawatandirumah, baik bagi pasien maupun keluarga sebagai pemberi perawatan (informal caregiver). Perubahan kondisi pasien stroke yang dikenal dengan gejala sisa, terutama adanya kelemahan/kelumpuhan anggota gerak tubuh, kesulitan menelan, kesulitan berbicara dan memahami pembicaraan orang lain dapat menyebabkan mereka mengalami hambatan dalam aktivitas hidup sehari-hari, dan memerlukan bantuan dari keluarga. Kondisi ini seringkali memicu konflik atau stress pada keluarga khususnya anggota keluarga yang memberikan perawatan utama sehari-hari karena mereka

merasa kurang siap merawat akibat keterbatasan pengetahuan-keterampilan dan/atau kurangnya kesiapan secara psikososial^(1,2).

Peran keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sangat dibutuhkan khususnya pada perawatan penyakit kronik termasuk penyakit tidak menular (non-communicable disease) yang saat ini cenderung terus meningkat prevalensinya baik di daerah urban (perkotaan) maupun daerah rural (pedesaan), diantaranya stroke. Keluarga diharapkan dapat menjalankan peran pendukung penting sejak periode akut serangan penyakit sampai dengan periode pemulihan dan rehabilitasi. Hasil Riskesdas 2013 menyatakan Jawa Timur merupakan propinsi keempat dengan prevalensi stroke tertinggi (16‰) berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi (16‰) setelah Sulawesi Selatan (17,9‰), DI

Yogyakarta (16,9%), dan Sulawesi Tengah (16,6%)⁽³⁾. Walaupun prevalensi stroke Jawa Timur menurun pada data Riskesdas tahun 2018 yaitu sebesar 12,4%, namun Jawa Timur masih termasuk dalam 8 besar provinsi dengan prevalensi kasus stroke. Data Dinas Kesehatan Jawa Timur tahun 2012 penyakit rawat inap terbanyak untuk rumah sakit tipe A stroke dengan 5.103 jiwa, rumah sakit tipe B stroke dengan 6.575 jiwa, rumah sakit tipe C stroke dengan 3.573 jiwa dan di rumah sakit tipe D stroke dengan 548 jiwa⁽⁴⁾. Data Profil Kesehatan Jawa Timur 2017 menunjukkan bahwa 6 kabupaten dengan persentase kasus hipertensi tertinggi yaitu kabupaten Ngawi (72,88%), kabupaten Banyuwangi (55,65%), kabupaten Blitar (50,00%), kota Madiun (49,66%), dan kabupaten Nganjuk (48,88%), kota Surabaya (45,32%). Kota Surabaya walaupun di urutan ke-3, namun berdasarkan jumlah kasus pada urutan ke-3 setelah kabupaten Ngawi dan kabupaten Blitar sejumlah 102.559 kasus hipertensi yang terdeteksi berdasarkan pemeriksaan tekanan darah oleh petugas Puskesmas⁽⁵⁾. Puskesmas Perak Timur Surabaya termasuk dalam 5 Puskesmas dengan kasus tertinggi pada tahun 2017 dan 2018.

Studi sebelumnya menyimpulkan bahwa stressor yang berkelanjutan pada pasien stroke dan pemberi perawatannya akan berkelanjutan menjadi sebuah ketegangan (strain) dan beban (burden) bagi keduanya, baik beban fisik/kesehatan, emosional, sosial maupun finansial^(6,7,8). Studi lain juga menyatakan bahwa pemberi perawatan dan pasien stroke yang mengalami ketegangan (strain) dan beban (burden) selama perawatan fase akut di rumah sakit dan fase rehabilitasi di rumah, mereka menyatakan kurang siap memberikan perawatan, merasakan ketidakpuasan hidup (hubungan interpersonal dan pernikahan), kurang sejahtera, dan menurun kualitas hidup keduanya^(9,10,11).

Hasil penelitian pada 130 keluarga dengan anggota keluarga menderita stroke di 6 wilayah kerja Puskesmas Kota Surabaya 2017 (termasuk Puskesmas Perak Timur) menunjukkan bahwa hampir separuh keluarga mampu memberikan perawatan bagi pasien stroke pada kategori cukup 46,2% dan masih terdapat keluarga dengan kategori kurang sebesar 12,3%. Sebagian besar (75,4) keluarga mampu memberikan dukungan internal bagi pasien stroke, dan hampir setengah keluarga (36,9%) memfasilitasi aktivitas pasien stroke di lingkungan. Hasil penelitian ini juga menyebutkan bahwa ketahanan keluarga dengan stroke pada dimensi ketahanan fisik dengan kategori tinggi berada pada urutan kedua (55,4%) setelah ketahanan sosial (49,2%), dan yang tertinggi yaitu ketahanan psikologis 83,1%⁽¹²⁾.

Hubungan pemberi perawatan dan pasien stroke merupakan sebuah hubungan interpersonal yang semestinya seimbang (balance/equity relationships), sehingga keduanya harus mencapai kepuasan, kesejahteraan, dan kualitas hidup yang baik⁽¹³⁾. Studi lain menyimpulkan bahwa pemberi

perawatan pasien stroke seringkali mengabaikan kesehatan mereka sendiri dan umumnya mereka diabaikan oleh fasilitas kesehatan profesional selama anggota

keluarganya menjalani fase pemulihan serangan stroke⁽¹⁴⁾. Keluarga pemberi perawatan semestinya juga mendapat perhatian dan dukungan terhadap kebutuhannya dari penyedia pelayanan kesehatan, sehingga mereka tetap dalam kondisi terbaik untuk tetap dapat memberikan dukungan dan perawatan bagi anggota keluarganya yang mengalami stroke, baik dukungan informasional; emosional; instrumental; dan penghargaan, serta menghindari terjadinya situasi beban pemberi perawatan (burden of caregiver)^(13,15).

Pemberi perawatan dan/atau keluarga pasien stroke membutuhkan intervensi untuk mengatasi situasi krisis akibat stroke. Dua studi sebelumnya menyimpulkan keluarga lebih termotivasi dan lebih siap memberikan perawatan di rumah dengan pemberian discharge planning (tindakan perawatan persiapan pemulangan) saat akhir fase akut perawatan di rumah sakit^(16,17). Intervensi saat fase rehabilitasi berupa konseling terapeutik, psikoedukasi, latihan keterampilan merupakan alternatif intervensi yang terbukti menurunkan beban perawatan, meningkatkan kepuasan, kesejahteraan, dan kualitas hidup pemberi perawatan^(8, 18).

Latihan keterampilan merawat yang pernah diterima keluarga perlu ditindaklanjuti dan dievaluasi saat keluarga secara langsung menjalankan peran pemberi perawatan (informal caregiver). Literatur review pada beberapa menyebutkan bahwa latihan keterampilan prosedural perawatan bagi informal caregivers signifikan mengurangi kecemasan dan beban perawatan yang mereka rasakan, dan bahkan signifikan meningkatkan kualitas hidup informal caregiver⁽¹⁹⁾. Hasil studi kuasi eksperimen bimbingan perawatan pasien stroke bagi informal caregiver melalui kunjungan rumah sebanyak 3 kali dengan durasi sekitar 2 minggu di wilayah Puskesmas Krembangan Selatan menyimpulkan bahwa ada perbedaan yang bermakna (peningkatan ketahanan keluarga) pada keluarga dengan pasien stroke pada semua indikator (fisik, sosial, dan psikis) (p value 0.000, delta -5.375), dan ada perbedaan yang bermakna pada kualitas hidup keluarga dengan stroke (p value 0.000, delta -8.825) setelah kegiatan bimbingan⁽¹²⁾. Hasil beberapa studi tersebut menunjukkan bahwa latihan keterampilan merawat dan latihan perilaku coping adaptif dapat menjadi pilihan solusi bagi keluarga dengan pasien stroke untuk mencapai ketahanan keluarga dan kualitas hidup yang optimal.

Kegiatan pengabdian masyarakat ini bertujuan meningkatkan kemampuan perawatan caregiver pasien stroke, meningkatkan perilaku coping caregiver yang adaptif, mempertahankan kondisi Kesehatan caregiver, dan meningkatkan kemampuan ADL pasien stroke di wilayah Puskesmas Perak Timur Surabaya.

II. METODE

A. Desain Pengabdian

Kegiatan pengabdian masyarakat ini dilaksanakan dengan metode sebagai berikut:

1) Metode Kegiatan

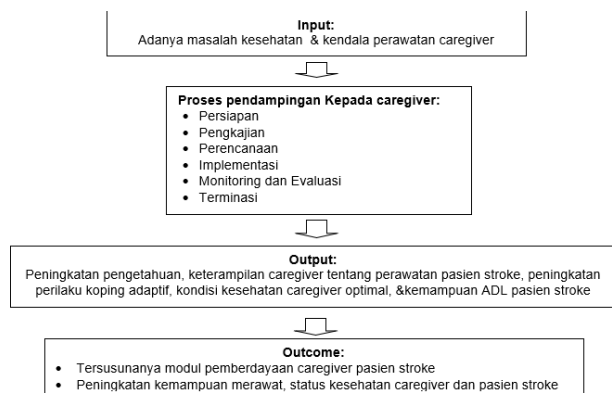
Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat diawali dengan mengajukan ijin ke Bakesbangpolinmas dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Metode yang dilakukan dalam kegiatan pemberdayaan keluarga ini adalah:

- Mengidentifikasi kemampuan perawatan dan perilaku coping caregiver melalui pengisian kuisioner. Identifikasi kemampuan ADL pasien stroke menggunakan *Katz Index of Independency in Activities of Daily Living* ⁽²⁰⁾. Kondisi Kesehatan caregiver dikumpulkan melalui anamnesis riwayat penyakit, pengukuran berat badan dan tekanan darah, serta pemeriksaan laboratorium sederhana kolesterol dan gula darah acak
- Melaksanakan kegiatan penyuluhan Kesehatan tentang perawatan pasien stroke di rumah dan perilaku coping caregiver menggunakan modul perawatan pasien stroke bagi caregiver dilaksanakan sebanyak 2 kali pertemuan
- Melakukan pendampingan perawatan pasien stroke di rumah selama 2 minggu setelah penyuluhan Kesehatan. Mengidentifikasi kembali kemampuan perawatan dan perilaku coping caregiver, serta kemampuan ADL pasien stroke sesudah kegiatan pendampingan

2) Sasaran dan Waktu Kegiatan

Sasaran dalam kegiatan ini adalah caregiver informal yang merupakan salah satu keluarga yang merawat pasien stroke di rumah di wilayah Puskesmas Perak Timur Surabaya. Jumlah caregiver yaitu 57 orang. Kegiatan tahap pertama dilaksanakan pada tanggal 29 & 30 September 2020, dilanjutkan dengan pendampingan dan evaluasi selama 2 minggu berikutnya yaitu 2-16 Oktober 2020.

B. Alur Pemecahan Masalah



Gambar 2. Baan Alur Pemecahan

III. HASIL

1. Karakteristik caregiver pasien stroke

a. Data Karakteristik Umum

Tabel 1. Data Karakteristik Caregiver Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur, September 2020

Data Karakteristik Umum	Jumlah (n)	Persentase (%)
1. Usia (tahun):		
26-35(dewasa awal)	1	1,75
36-45(dewasa akhir)	9	15,79
46-55(lansia awal)	20	35,09
56-65(lansia akhir)	17	29,83
≥65(manula)	10	17,54
2. Jenis Kelamin:		
Laki-laki	12	21,05
Perempuan	45	78,95

Sebaran usia caregiver pasien stroke yang menjadi peserta pengabdian masyarakat mayoritas (64,92%). Hampir seluruh caregiver pasien stroke peserta pengabdian masyarakat berjenis kelamin perempuan (tabel1).

b. Data Riwayat Penyakit

Tabel 2. Riwayat Penyakit Caregiver Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur, September 2020

Riwayat penyakit	Jumlah (n)	Persentase (%)
1. Memiliki riwayat penyakit hipertensi	15	26,32
2. Memiliki riwayat penyakit diabetes melitus	5	8,77
3. Memiliki riwayat hiperkolesterolemia	9	15,79
4. Tidak ada riwayat/tidak tahu	33	49,12

Dua penyakit terbanyak yang diderita caregiver adalah hipertensi dan hiperkolesterolemia (tabel 2).

2. Keterampilan memberikan perawatan bagi pasien stroke di rumah

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Perawatan bagi Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur, September-Oktober 2020

No.	Indikator	Kategori	Pre n (%)	Post n (%)
1.	Menyediakan perawatan bagi pasien stroke	Kurang	26 (45,61)	26 (45,61)
		Cukup	24 (42,11)	22 (38,60)
		Baik	7 (12,28)	9 (15,78)
2.	Memberikan dukungan internal bagi pasien stroke	Kurang	13 (22,81)	10 (17,54)
		Cukup	25 (43,86)	27 (47,37)
		Baik	19 (33,33)	20 (35,09)
3.	Menfasilitasi aktivitas pasien stroke di lingkungannya	Kurang	20 (35,09)	19 (33,33)
		Cukup	27 (47,37)	26 (45,62)
		Baik	10 (17,54)	12 (21,05)

Hasil penilaian terhadap caregiver pasien stroke peserta pengabdian masyarakat dalam menyediakan perawatan bagi pasien stroke sebelum dan sesudah penyuluhan dan pendampingan yang dominan sama yaitu kurang sebanyak 26 orang atau 45,61 %, namun terdapat sedikit peningkatan kategori baik dari 12,28% menjadi 15,78%. Data caregiver pasien stroke dalam memberikan

dukungan internal bagi pasien stroke terbanyak pada kategori cukup dengan sedikit peningkatan dari penilaian sebelum dan sesudah penyuluhan dan pendampingan yaitu 43,86% menjadi 47,37%. Perawatan bagi pasien stroke dengan cara memfasilitasi aktivitas pasien stroke di lingkungannya terbanyak kategori cukup yaitu 47,37% saat sebelum penyuluhan dan pendampingan dan 45,62 saat sesudah. Dan terjadi peningkatan pada kategori baik sebanyak 2 orang, serta penurunan kategori kurang juga 2 orang (tabel 3).

3. Perilaku coping caregiver pasien stroke

Penilaian terhadap perilaku coping caregiver pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur yang mengikuti pengabdian masyarakat sebagai berikut:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Perilaku Koping Caregiver Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur, September-Oktober 2020

Perilaku coping keluarga	Pre n (%)	Post n (%)
Kurang	5 (8,78)	5 (8,78)
Cukup	26 (45,61)	21 (36,83)
Baik	26 (45,61)	31 (54,39)

Perilaku coping yang ditunjukkan caregiver pasien stroke yang mengikuti pengabdian masyarakat saat sebelum penyuluhan dan pendampingan mayoritas pada kategori cukup dan masing-masing sebesar 45,61%. Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan dan pendampingan terjadi peningkatan kategori baik sebesar 8,78%, sementara kategori kurang tetap dengan presentase sebesar 8,78% (tabel 4).

4. Pemantauan kondisi kesehatan caregiver pasien stroke

Data hasil pemeriksaan tekanan darah, berat badan, gula darah acak dan kolesterol sebagai berikut:

Tabel 5. Hasil Pemeriksaan Tekanan Darah, Berat Badan, GDA, dan kolesterol Caregiver Pasien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur, September 2020

Pemeriksaan	Jumlah (n)	Persentase (%)
1. Tekanan Darah (mmHg):		
Normal	11	19,30
Pra hipertensi	25	43,86
Hipertensi I	11	19,30
Hipertensi II	10	17,54
2. Berat Badan (Kg):		
≤ 40	1	1,75
40-49	5	8,77
50-59	12	21,05
60-69	27	47,37
70-78	8	14,04
≥ 80	4	7,02
3. Gula Darah Acak:		
Hipoglikemia	5	8,77
Normal	29	50,88
Hiperglikemia	23	40,35
4. Kolesterol:		
Normal	28	50,88

Pemeriksaan	Jumlah (n)	Persentase (%)
Hiperkolesterolemia	29	49,12

Hasil pemeriksaan pemeriksaan fisik dan laboratorium menunjukkan bahwa mayoritas tekanan darah termasuk kategori hipertensi (I & II). Berat badan terbanyak di kisaran 60-69 kilogram. Hasil pemeriksaan laboratorium gula darah acak sebagian kategori hiperglikemia), dan mayoritas kategori hiperkolesterolemia (tabel 5).

5. Pemenuhan ADL Pasien Stroke

Tabel 6. Indikator Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Pasien Stroke di Puskesmas Perak Timur Surabaya, September-Oktober 2020

Indicator ADL	Mandiri			
	Pre (n)	Pre (%)	Post (n)	Post (%)
1. Mandi/membersihkan badan	26	45,61	27	47,37
2. Berpakaian	36	63,16	39	68,42
3. BAB-BAK	33	57,89	33	57,89
4. Berpindah	42	73,68	45	78,95
5. Kontinen/Kontrol BAB-BAK	32	56,14	33	57,89
6. Makan-minum	48	84,21	50	87,72

Kemandirian pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living/ADL*) pasien stroke pada indikator BAK-BAB tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan kegiatan penyuluhan dan pendampingan pada caregiver pasien stroke. Perubahan yang sangat minimal pada indikator mandi/membersihkan badan, berpakaian, berpindah, kontrol BAB-BAK, dan makan minum (tabel 6).

IV. PEMBAHASAN

dilakukan penyuluhan, dan sesudah penyuluhan dan pendampingan kategori kurang tetap yang dominan dengan persentase tetap, dan terdapat sedikit peningkatan kategori baik 3,5%. Perawatan yang diberikan meliputi perawatan dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi akibat kecacatan, kebutuhan nutrisi, dan ketaatan pada aturan terapi termasuk minum obat dan rehabilitasi medik. Penelitian disebuah ruang perawatan stroke menyatakan bahwa keluarga telah berpartisipasi dengan baik dalam perawatan klien stroke sejak masa perawatan di rumah sakit ⁽²¹⁾. Studi lain sebelumnya menyimpulkan bahwa 80,6% keluarga pasien stroke telah mampu memberi perawatan dengan baik ⁽²²⁾.

Data dukungan internal bagi pasien stroke terbanyak pada kategori cukup dan terjadi sedikit peningkatan dari penilaian sebelum dan sesudah penyuluhan dan pendampingan sebesar 3,51%. Dukungan keluarga bagi pasien stroke diwujudkan melalui diskusi tentang penyakit pasien, memberikan dukungan/motivasi, terus merawat,

melibatkan pasien dalam kondisi yang nyaman, serta memberikan pujian atas partisipasi pasien dalam perawatannya. Hasil penelitian sebelumnya di RSUD Kariadi Semarang menyimpulkan bahwa dukungan keluarga saat perawatan diberikan dalam bentuk dukungan informasional, emosional dengan cara terus merawat dengan tulus, dukungan instrumental dengan cara mengantarkan pasien untuk program rehabilitasi, dan bentuk penghargaan berupa perhatian dan ucapan terimakasih saat pasien berpartisipasi aktif dalam perawatannya⁽²³⁾. Hanya saja dukungan informasional tidak dijelaskan dengan sebenarnya kondisi keparahan penyakit stroke pada pasien karena pasien dalam masa akut perawatan dengan harapan pasien akan tumbuh motivasi untuk kesembuhannya.

Perawatan dengan memfasilitasi aktivitas pasien stroke di lingkungannya terbanyak kategori cukup, dan terjadi penurunan sebesar 1,75% saat sesudah, dan terjadi peningkatan pada kategori baik sebanyak 2 orang, serta penurunan kategori kurang sejumlah 2 orang. Gejala sisa pada pasien stroke terutama berupa kekakuan, kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak pasien menjadikan pasien mengalami hambatan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari termasuk untuk melakukan aktifitas diluar rumahnya. Butuh tenaga ekstra bagi pemberi perawatan dan sarana tambahan misalnya kursi roda untuk dapat memobilisasi pasien stroke dengan kecacatan anggota gerak. Kondisi ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Chow & Becker bahwa serangan stroke menyebabkan ketidakmampuan fisik dan perkembangan pemaknaan hidup pasien yang dapat memicu distress pasien stroke⁽²⁴⁾. Keluarga dengan stroke menyatakan bahwa lingkungan sekitar mereka telah cukup memberikan dorongan dan bantuan fisik yang diperlukan terutama saat pasien stroke mengalami penurunan kondisi sehingga perlu dibawa ketempat pelayanan kesehatan dengan tingkat yang lebih tinggi. Manajemen stres yang mampu dilakukan keluarga menunjukkan keluarga telah berupaya mencapai keseimbangan dalam mengatasi kondisi krisis akibat stroke pada anggota keluarga mereka.

Perilaku koping yang ditunjukkan caregiver pasien stroke yang mengikuti pengabdian masyarakat saat sebelum penyuluhan dan pendampingan mayoritas pada kategori cukup dan baik masing-masing sebesar 45,61%. Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan dan pendampingan terjadi peningkatan kategori baik sebesar 8,78%, sementara kategori kurang tetap dengan presentase sebesar 8,78%. Sumber keluarga dan perilaku koping keluarga merupakan indikator kekuatan keluarga. Sumber keluarga yang diartikan sebagai sumber kekuatan baik secara ekonomi maupun psikologis (motivasi hidup). Chow & Becker menyatakan bahwa tradisi keagamaan dan filosofi budaya local di Hongkong memberikan kontribusi untuk rekonstruksi makna hidup pasca stroke oleh dirinya sendiri⁽²⁵⁾. Sumber social atau lingkungan dan sumber spiritual seseorang akan menghubungkan ulang kekayaan kepercayaan spiritual dan praktek spiritual pasien stroke. Kondisi masyarakat stroke pada penelitian ini hamper sama dengan penelitian yang dilakukan di Hongkong. Masyarakat Asia termasuk Indonesia dan Hongkong masih memegang kuat budaya & kepercayaan spiritual untuk merawat anggota keluarga yang sakit terutama lansia sebagai bakti anggota keluarga keluarga yang lebih muda kepada anggota keluarga yang lebih tua terutama orang tua, maupun bakti istri kepada suami/pasangannya.

Hasil pemeriksaan pemeriksaan fisik dan laboratorium caregiver menunjukkan bahwa hampir setengah (36,94%) tekanan darah termasuk kategori hipertensi (I & II), hampir setengah (47,37%) berat badan 60-69 kilogram. Hasil pemeriksaan laboratorium gula darah acak hampir setengah kategori hiperglikemia (40,35%), dan kategori hiperkolesterolemia (49,12%). Data tersebut menunjukkan bahwa Caregiver sangat rentan terjadinya gangguan Kesehatan juga. Perawatan bagi klien stroke dirumah cenderung berlangsung lama, apalagi klien disertai penurunan kemampuan fungsi tubuh dan/ atau kecatatan/kelumpuhan akan meningkatkan ketergantungan klien dan tingginya kebutuhan dengan bantuan total bagi klien stroke. Situasi ini menuntut pemberi perawatan berada dalam kondisi yang selalu siap merawat dan membantu klien. Namun kenyataannya, pemberi perawatan sebenarnya juga menderita sakit dan juga memerlukan bantuan petugas kesehatan. Tuntutan sebagai pelaksana peran pemberi perawatan klien stroke terkadang menjadikan mereka tidak memperdulikan kebutuhan kesehatan mereka sendiri akan pelayanan kesehatan serta cenderung mengabaikan untuk berkunjung ke petugas kesehatan selama masa pemulihan keluarganya yang mengalami stroke⁽¹⁴⁾. Pemberi perawatan sebagai individu sebenarnya juga membutuhkan dorongan untuk mengunjungi petugas kesehatan berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan kesehatannya sendiri apalagi jika mereka juga menderita penyakit tertentu sebagaimana pada penelitian ini.

Data kemandirian pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (*activity daily living/ADL*) pasien stroke pada indikator BAK-BAB tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan kegiatan penyuluhan dan pendampingan pada caregiver pasien stroke (57,89%). Perubahan yang sangat minimal pada indikator mandi/membersihkan badan (1,75%), berpakaian (3,51%), berpindah (5,26%), kontrol BAB-BAK (1,75%), dan makan minum (5,26%). Kelemahan/kelumpuhan ekstremitas atas yang banyak dialami pasien stroke menyebabkan pasien stroke mengalami kesulitan dalam memenuhi ADL nya terutama mandi dan berpakaian. Ketidakmampuan beberapa pasien stroke dalam pemenuhan ADL menyebabkan pasien memerlukan bantuan perawatan dari keluarganya⁽²⁵⁾. Ketidakmampuan pasien stroke untuk memenuhi ADL berkaitan dengan gejala sisa yang mereka sampaikan. Penelitian di Poliklinik Syaraf RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto melaporkan bahwa pada periode 3 bulan – 1 bulan pasca serangan pasien stroke 51,3% pasien stroke mencapai kemandirian ringan sampai dengan minimal berdasarkan barthel index⁽²⁶⁾. Berbeda dengan hasil studi Santoso yang melaporkan bahwa kemandirian aktivitas kehidupan sehari-hari pasien stroke pada 6-24 bulan pasca okupasi terapi mencapai aktivitas mandiri sebesar 7,7% dan tidak mandiri 92,3%⁽²⁷⁾. Hasil penelitian di RSUD Tugurejo Semarang menyebutkan bahwa 30% ketergantungan sebagian, 45% sangat tergantung, dan 20% ketergantungan total⁽²⁸⁾.

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pemberi perawatan pasien stroke melalui konseling perawatan menggunakan modul perawatan pasien stroke belum meningkatkan ADL pasien stroke secara adekuat. Upaya pasien stroke untuk memenuhi kebutuhannya secara mandiri sesuai kemampuannya secara bertahap diperlukan dalam fase rehabilitasi yang cukup panjang khususnya fungsi neuro-muskular sehingga gejala sisa berupa kelemahan/kelumpuhan berkurang. Pasien stroke disarankan terus melakukan control

rutin pada tenaga medis untuk memonitor perbaikan atau perburukan yang terjadi akibat stroke⁽²⁹⁾. Usaha untuk meningkatkan kemandirian dalam aktivitas kehidupan sehari-hari akan memberi dampak secara luas bagi pasien, tidak hanya dampak berupa peningkatan kemampuan motorik tapi juga akan meningkatkan harga diri; kepercayaan diri; dan mengurangi kecemasan akibat perasaan tidak berdaya⁽³⁰⁾.

V. KESIMPULAN

Pendampingan caregiver pasien stroke menggunakan model ketahanan keluarga melalui penyuluhan dan pendampingan merawat pasien stroke, perilaku coping adaptif, dan pemantauan kesehatan kepada caregiver pasien stroke sebagai upaya pemberdayaan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan caregiver dalam melakukan perawatan, pendampingan, dan pemenuhan ADL pasien stroke untuk lebih mandiri sesuai kondisi fisiknya.

Bimbingan melalui penyuluhan, pelatihan/pendampingan merupakan bentuk pemberdayaan kepada caregiver dapat efektif jika dilaksanakan melalui metode demonstrasi dan pendampingan keterampilan yang dilakukan langsung kepada pasien stroke di rumah yang merupakan anggota keluarga sesuai dengan indikasi. Bimbingan ini tidak hanya meningkatkan kemampuan merawat caregiver, namun juga dapat meningkatkan perilaku coping adaptif caregiver, serta kemampuan ADL pasien stroke secara bertahap sesuai kondisinya.

Belum maksimalnya peningkatan kemampuan perawatan dan kemampuan ADL pasien stroke pada kegiatan pengabdian masyarakat ini disebabkan keterbatasan kegiatan diantaranya lama proses pendampingan yang terbatas hanya 2 minggu sehingga proses internalisasi perilaku perawatan caregiver, dan dampak kemampuan ADL pasien stroke belum tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ogunlana, Micael O; Dada, Olumide O; Oyewo, Olajire S; Odole, Adesola C; Ogunsan, Morenike O 2014. Quality of life & burden of informal caregiver of stroke survivor. Hong Kong Physiotherapy Journal (2014) 32, 6-12. <http://www.sciencedirect.com>
2. Handayani, Dyah Yulistika & Dewi, Dinarsari Eka. 2009. Analisis kualitas hidup pasien dan keluarga pasca serangan stroke (dengan gejala sisa). *Psycho Idea*. Tahun 7, No.1, Pebruari. <http://jurnalnasional.umj.ac.id>.
3. Kementerian Kesehatan R.I. 2013. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. <http://www.depkes.go.id/resources/download/genera/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
4. Kementerian Kesehatan R.I. 2018. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf
5. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2018. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2017. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2017/15_Jatim_2017.pdf
6. Gbiri, Olawela and Isacc. 2015. Stroke management: informal caregivers burdens and strain of caring for stroke

- survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 58 (2015) 98-103. <http://www.sciencedirect.com>
7. Kumar, Rajesh; Kaur, Sukhpal; Redemma, K. 2015. Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivor. *Journal of neurology and neuroscience*. <http://www.imedpub.com>
8. Collins & Swartz. 2011. Caregiver care. *American family physician*. Vol. 83, number 11 June 1, 2011. <http://www.aafp.org>
9. Vincent, Claude; Derosiers, Johanne; Landreville, Philippe; Demers, Louise. 2009. Burden of caregiver of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovascular Disease* 2009; 2; 456-464. <http://www.karger.com>
10. Mc Pherson, Christine J; Wilson, Keith G; Chyurlia, L; Leclerc, Charles. 2010. The balance of give and take in caregiver partner relationships: an examination of self-perceived burden, relationships equity, and QoL from perspective of care recipients following stroke. *Rehabilitation Psychology* 2010, vol. 55, no. 2, 194-203.
11. Grant et al. 2004. Sociodemographic, physical and psychosocial factor associated with depressive behavior in family caregiver of stroke survivor in the acute phase. *Brain Injury*, vol. 18, no. 8 (August 2004). 797-809. <http://tandf.co.uk/journal>
12. Fadilah, Nikmatul; Minarti, Minarti; Asnani, Asnani, 2017. *Quality of Life of Caregivers of Stroke Patient*. Proceeding 2nd International Symposium of Public Health. 11th-12th November 2017. <http://conference.unair.ac.id>.
13. Ybema et al. 2002. Caregiver burn out among intimate partners of patient with a severe illness: an equity perspective. *Personal Relationships*, 9 (2002), 73-83
14. Bakas, Tamilyn; Clark, Patricia C.; Kelly-Hayes, Margaret; King, Rosemarie B.; Lutz, Barbara J.; Miller, Elaine L.; 2014. Evidence for stroke family caregiver and dyad intervention: A Statement for health care professionals from the AHA&ASA. *Stroke* .2014; 45:2836-2852. <http://stroke.ahajournals.org>.
15. Wurtiningsih, R. 2012. Dukungan keluarga pada pasien stroke di ruang saraf RSUD dr. Kariadi Semarang. *Medica Hospitalia*. 2012. Vo.1(1):57-59. <http://www.medicahospitaliarskariadi.co.id>.
16. Damawiyah & Chasani. 2015. *Pengaruh penerapan discharge planning dengan pendekatan family centered nursing terhadap motivasi dan kesiapan keluarga merawat pasien stroke pasca akut di RSI Surabaya*. <http://eprints.undip.ac.id>.
17. Anggarini, D. 2011. Pengaruh perencanaan pemulangan (*discharge planning*) terhadap kesiapan keluarga menghadapi pemulangan pada pasien stroke di RS Soebandi Jember. <http://repository.unej.ac.id>
18. Bjorh-dahl, Ann; Nilsson, Asa L; Sunnerhagen, Katharina S. 2007. Can rehabilitation in the home setting reduce the

- burden of caregiver for the next-of-kin of stroke victims? *J Rehabil Med*; 39;27-32.
19. Legg, LA; Quinn, TJ; Mahmood, F; Weir, CJ; Tierney, J; Stott, DJ; Smith, LN; Langhorne, P. 2011. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivor (Review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 10.
20. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Director. 2000 Spring;8(2):72-3. PMID: 11081028.
21. Hariyati, Sumarwati, Handayani. 2004. Pengaruh manajemen stress terhadap kesiapan pasien stroke dan keluarga dalam merencanakan perilaku adaptif pasca perawatan di rumah sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Vol.8. No. 1. Maret 2004. <http://www.jkiui.ac.id>.
22. Amelia, S. 2012. Hubungan antara tugas kesehatan keluarga dengan stroke berulang pada lansia di wilayah kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang. <http://repo.unad.ac.id>.
23. Wurtiningsih, R. 2012. Dukungan keluarga pada pasien stroke di ruang saraf RSUD dr. Kariadi Semarang. *Medica Hospitalia*. 2012. Vo.1(1):57-59. <http://www.medicahospitaliarskariadi.co.id>.
24. Cow & Becker. 2010. Spiritual distress to spiritual transformation: stroke survivor narratives from Hongkong. *Journal of Aging Studies* 24 (2010) 313-324. <http://www.elsevier.com>.
25. Sonatha, Betty. 2012. HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN SIKAP KELUARGA DALAM PEMBERIAN PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE. skripsi. <https://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf>
26. Fadlulloh, S Fatimah; Upoyo, AS; Hartanto, YD. 2014. HUBUNGAN TINGKAT KETERGANTUNGAN DALAM PEMENUHAN AKTIVITAS KEHIDUPAN SEHARI-HARI (AKS) DENGAN HARGA DIRI PENDERITA STROKE DI POLIKLINIK SYARAF RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 9, No.2, Juli 2014. <https://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/579/319>
27. Santoso, Thomas A. (2003) KEMANDIRIAN AKTIVITAS MAKAN, MANDI DAN BERPAKAIAN PADA PENDERITA STROKE 6-24 BULAN PASCA OKUPASI TERAPI. Masters thesis, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro. <http://eprints.undip.ac.id/12631/>
28. Ratnasari, P; Kristiyawati, S.P.; Solechan, A. 2012. Hubungan Antara Tingkat Ketergantungan Activity Daily Living Dengan Depresi Pada Pasien Stroke Di RSUD Tugurejo Semarang. <http://www.researchgate.net>
29. Mandic, M; Rancic, N. 2011. TheCOVERY of motor function in post stroke patients. *Medical Archives*, 65(2), 106-108.
30. Hansell, R; Chapman, H.M. 2013. Washing and Dressing: A Care Plan. *New Scholar: The Journal for Undergraduates in Health and Social Care*, 1, 12-15.