

202310300511032

Sarah Aulia Rahmah

D3 Keperawatan

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Stroke

2.1.1. Definisi Stroke

Stroke merupakan kondisi medis yang menyerang bagian otak, yang sangat beresiko tinggi karena otak adalah organ vital yang mengendalikan seluruh fungsi tubuh manusia. (Sumakul et al., 2024). Kondisi ini dapat mengganggu sistem motorik tubuh dan penyebab gangguan tersebut adalah disfungsi neurovaskular yang mampu menurunkan kemampuan motorik dan muskuloskeletal. Gejala yang muncul pada penyakit tersebut meliputi wajah yang tertarik atau tidak simetris, kesulitan atau ketidakmampuan berbicara, penglihatan yang tiba – tiba kabur pada anggota gerak atau hemiparesis yang membuat pasien stroke sulit menjalankan aktivitas sehari – hari (ADL). Pasien stroke yang mengalami kelumpuhan biasanya dianjurkan untuk beristirahat total ditempat tidur. (Sari et al.,2023).

Menurut penelitian Feigin (dalam Siregar,2021), penyakit ini merupakan gangguan otak yang paling deskrutif dengan konsekuensi paling parah. Dampaknya tidak hanya fisik, tetapi juga memngaruhi psikologi penderita. Stroke juga merupakan masalah kesehatan global dengan beban yang terus meningkat. Menurut World Stroke Organization (2023), terdapat lebih dari 12 juta kasus stroke baru setiap tahunnya di seluruh dunia, dengan 62% terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah termasuk Indonesia. Data

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan prevalensi stroke di Indonesia mencapai 10,9‰, meningkat signifikan dari 7‰ pada tahun 2013. Di Provinsi Jawa Timur, prevalensi stroke mencapai 12,3‰ dengan kasus tertinggi pada kelompok usia 65-74 tahun (Dinkes Jatim, 2023).

2.1.2. Klasifikasi Stroke

Stroke terbagi menjadi dua jenis, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik yang dikenal sebagai stroke iskemik. Dari segi jumlah kasus, stroke non – hemoragik jauh lebih umum, mencapai 87% sementara stroke hemoragik hanya 13% (Nabila et al.,2020), dalam penelitian ini didukung pernyataan (Dewi & Fitrianti, 2024) bahwa di negara berkembang kejadian stroke hemoragik mendominasi pada klasifikasi stroke.

Perbedaan antara kedua jenis stroke ini adalah sebagai berikut: stroke non hemoragik terjadi ketika ada penyumbatan di pembuluh darah, yang menyebabkan berkurangnya aliran darah yang dibutuhkan otak. Sementara itu, stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan mengganggu fungsi otak (Utomo,2022).

Dalam penelitian (Li, 2021) menegaskan bahwa berdasarkan data klinis, stroke dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Stroke Non Hemoragik (SNH/Iskemik)

Stroke non hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi

Ketika otak tidak mendapatkan aliran oksigen yang cukup, biasanya terdapat penyumbatan yang menyebabkan kematian jaringan di otak. Penyumbatan ini sering disebabkan oleh penumpukan plak di pembuluh darah dan menghambat aliran darah ke otak.

Berdasarkan penyebabnya, stroke non – hemoragik dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1) Stroke Trombotik

Stroke trombotik merupakan gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh sumbatan akibat penggumpalan darah yang parah, dengan faktor risiko utama berupa kadar kolesterol tinggi dan hipertensi.

2) Stroke Embolik

Stroke yang terjadi ketika bekuan darah (emboli) yang terbentuk di area lain dalam tubuh berpindah dan menyumbat pembuluh darah kecil di otak, sehingga menghambat pasokan darah ke jaringan otak.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah keadaan dimana pembuluh darah didalam otak pecah secara tiba – tiba dalam hitungan

detik atau jam, yang mengakibatkan gangguan fungsi saraf yang bersifat lokal maupun menyeluruh (Mahayani & Putra,2019).

Berdasarkan penyebabnya, stroke hemoragik terbagi menjadi dua kategori:

1). Perdarahan Intra Serebral (PIS), yaitu perdarahan spontan yang berasal dari pembuluh darah di dalam jaringan otak tanpa disebabkan oleh cedera fisik. Kondisi ini umumnya dipicu oleh hipertensi yang menyebabkan pembuluh arteri mengalami ruptur atau robekan.

2). Perdarahan Sub Arachnoidal (PSA), yaitu kondisi darurat yang terjadi saat darah memasuki rongga subarachnoid. Penyebab utamanya adalah pecahnya aneurisma pada pembuluh darah intrakranial.

2.1.3. Patofisiologi Stroke

Patofisiologi stroke iskemik dimulai dengan oklusi vaskular akibat trombosis, emboli, atau aterosklerosis, yang dapat menyebabkan penurunan *cerebral blood flow (CBF)* dibawah 20 mL/100 g/menit yang dapat memicu hipoksa dan depleksi ATP. Hal ini mengganggu pompa *natrium – kalium*, memicu edema *sitotoksik* melalui *influx natrium dan kalsium*, serta pelepasan *glutamat* yang menyebabkan eksitotoksisitas melalui *aktiasi NMDA receptor*. Zona *penumbra* sekitar inti *infark* mengalami stress

oksidatif dari radikal bebas dan *inflamasi* yang dapat memperluas kerusakan neuronal.

Stroke hemragik melibatkan ruptur pembuluh darah yang berakibat *hipertensi krosis, aneurisma, atau amyloid angiopati*, yang menghasilkan hematoma intrakranial yang menekan jaringan otak dan memicu perdarahan sekunder. Hipertensi merusak dinding arteri melalui *remodeling vaskular* dan *disfungsi endotel*, meningkatkan *permeabilitas BBB* dan *infiltrasi leukosit* yang memperburuk edema vasogenik. Mekanisme sekunder mencakup *toksitas ferroptosis* dari *hemoglobin* dan aktivasi protease yang mendegradasi *matriks ekstraseluler*.

Kaskade inflamasi dan *apoptosis* mendominasi kedua tipe stroke, dimana *sitokin dari glial cells* mempercepat *nekrosis* serta aktivasi jalur *NF- κ B*. *Ion channels* seperti *TRPM2* dan *TRPM7* yang dapat memediasi kematian sel melalui arus outward pada kondisi *oxygen – glucose deprivation (OGD)*, sementara jalur *PSD95/nNOS* yang memperburuk kerusakan berlebih. Penelitian terkini menyoroti peran glial dan *BBB disruption* dalam memperpanjang terapeutik. Dalam jurnal terbaru 2025 memperkaya pemahaman patofisiologi stroke melalui integrasi molekuler, seperti “*Role of Ion Channels in Ischemic Stroke Pathophysiology*” (PMC, Oktober 2024) yang menekankan TRP channels sebagai target terapi, serta tinjauan “Peran Hipertensi terhadap Patomekanisme Stroke Iskemik” yang menguraikan

aterosklerosis hipertensi – induksi. *“Ischemic Stroke: Pathophysiology and Evolving Treatment”* (SAGE,2024) membahas respons seluler seperti acidosis dan *glial activation*. Studi ini menjadi penekatan personalisasi berdasarkan biomarker patofisiologis.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut penelitian (Maria,2021) gejala pada stroke dapat dilihat dari pengkajian awal dengan metode FAST, metode ini merupakan 4 langkah dalam menentukan diagnosis cepat pada penderita stroke, 4 langkah tersebut dapat dikaji dengan cara sebagai berikut:

- F merupakan *Face* / wajah, pengkajian ini meminta pasien untuk tersenyum.

Pada saat tersenyum lihat keadaan pasien apakah terdapat sisi wajah yang tertinggal, perhatikan apakah wajah atau mata simetris atau tidak. Tanda gejala pada pasien stroke pada wajah dan mata adalah tidak simetris.

- A merupakan *Arms* / tangan, pengkajian ini meminta pasien untuk mengangkat tangan. Bila pasien kesulitan mengangkat tangan minta untuk pasien menekuk, bila pasien tidak dapat menekuk dan mengangkat tangan maka dapat dicurigai bahwa pasien tersebut menderita stroke.
- S merupakan *Speech* / perkataan, pada hal ini pasien diminta untuk berbicara atau mengulang satu kalimat ,

bila pasien tersebut kesulitan berbicara / terdengar pelo maka dapat dikatakan pasien tersebut mengalami gejala stroke.

- T merupakan *Timee* / waktu, pada pengkajian Face, Arms, Speech bila terdapat gejala tersebut maka pasien masuk dalam keadaan darurat dan harus dibawa ke fasilitas kesehatan.

2.1.5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan stroke hemoragik menurut penelitian (Dewi & Fitrianti, 2024) yaitu:

- a. Angiografi serebral: pemeriksaan yang berfungsi mengidentifikasi penyebab spesifik dari stroke, seperti adanya perdarahan atau penyumbatan pada arteri.
- b. *Single - Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*: pemeriksaan yang berfungsi untuk mendeteksi area yang tidak normal dan bagian otak yang terpengaruh, serta menemukan dan mengukur stroke sebelum terlihat pada pemeriksaan *CT scan*.
- c. *Computed Tomography (CT Scan)*: pemeriksaan ini menunjukkan Lokasi edema, hematoma, serta keberadaan dan lokasi infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus dilakukan segera (dalam waktu kurang dari 12 jam) pada kasus yang dicurigai mengalami perdarahan subaraknoid, maka

dilanjutkan dengan tindakan lumbal untuk menganalisis cairan *serebrospinal* dalam waktu 12 jam. Selanjutnya, dilakukan pemeriksaan *spektrofotometri* cairan *serebrospinal* untuk mendeteksi adanya *xanthochromia*

d. MRI: pemeriksaan ini memberikan hasil dengan menilai lokasi dan tingkat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet, yang menunjukkan lesi dan infark akibat perdarahan.

MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk menemukan perdarahan subaraknoid.

e. EEG: pemeriksaan ini bertujuan untuk mengamati aktivitas jaringan otak.

f. Pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan darah rutin, kadar gula darah, urin rutin, cairan serebrospinal, analisis gas darah (AGD), biokimia darah, elektrolit, fungsi koagulasi, dan hitung darah lengkap.

2.1.6. Penanganan (Pre dan Post / Pasca stroke)

Stroke membutuhkan perawatan segera, yang sangat dipengaruhi oleh deteksi dini *pre hospital* yang tepat, dikarenakan sebagian besar yakni (95%) gejala awal stroke sering terjadi di luar rumah atau rumah sakit, maka sangat penting dalam

mewaspada stroke dengan cara mengenali gejala stroke secara cepat. Penatalaksanaan yang optimal adalah pada saat golden period, golden period bagi pasien stroke untuk mendapatkan pertolongan yang optimal adalah 3-6 jam setelah pasien pertama kali diketahui. Penanganan medis lebih dari 12 jam setelah stroke terjadi berisiko menyebabkan cacat permanen yang lebih besar. Penanganan pra - stroke bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengelola faktor risiko modifiable seperti hipertensi, diabetes, dislipidemia, dan gaya hidup tidak sehat. Pedoman AHA / ASA 2024 untuk pencegahan primer stroke menekankan pendekatan seumur hidup (Life's Essential 8), termasuk modifikasi diet, pengelolaan tekanan darah, dan penggunaan obat - obatan inovatif. Pencegahan sekunder untuk pasien dengan riwayat TIA (Transient Ischemic Attack) atau stroke minor yang menargetkan pengurangan risiko rekuren hingga 80% melalui intervensi medis dan perilaku. (Ali et al., 2025)

Intervensi *pre* hospital adalah intervensi atau pengobatan awal yang dapat dilakukan pada stroke baik di rumah maupun sebelum dirujuk ke rumah sakit.

Penanganan awal dapat diberikan oleh keluarga, masyarakat, atau tenaga kesehatan. Keluarga merupakan unit dasar masyarakat yang saling peduli, baik secara emosional maupun fisik. Serangan stroke pada anggota keluarga seringkali diremehkan oleh anggota keluarga yang lain, karena beranggapan bahwa

serangan pada salah satu anggota keluarga adalah kelelahan biasa. Keluarga sangat berperan penting dalam menghadapi serangan stroke akut pada anggota keluarganya (Indradmojo et al.,2020).Perlu ditekankan kepada masyarakat dan keluarga bahwa pengenalan tanda dan gejala dini stroke yang muncul dapat bersifat fisik, psikologis atau perilaku. Gejala fisik yang paling menonjol adalah kelemahan anggota gerak sampai kelumpuhan, hilangnya sensasi di wajah, bibir tidak simetris, kesulitan berbicara (*afasia*) atau pelo, kesulitan menelan, penurunan kesadaran, nyeri kepala, *vertigo*, mual muntah, dan hilangnya penglihatan di satu sisi atau dapat terjadi kebutaan (kamal et al.,2021; Kemenkes,2020).

Rehabilitasi pasca – stroke bertujuan untuk memulihkan fungsi motorik, kognitif, dan sosial, dimulai sejak fase akut. Pedoman terkini menekankan pendekatan personalisasi, dengan durasi optimal 3 – 6 bulan pasca – stroke untuk hasil yang optimal. Prevalensi disabilitas pasca – stroke mencapai 50 – 70 %, terutama pada ekstremitas atas dan fungsi kognitif. Intervensi fisik dan motorik : Latihan *robot – assisted gait training* (RAGT) yang terbukti untuk meningkatkan pemulihan motorik hingga 25% dibandingkan terapi konvensional, terutama pada pasien dengan defisit berat. Aktivitas fisik pasca – stroke juga mengurangi hingga 40% dengan rekomendasi minimal 30 menit/hari.(Lee & Kim, 2025)

2.2. Konsep Pengalaman

2.2.1. Definisi Pengalaman

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, pengalaman diartikan sebagai “apa yang telah dialami” (dihayati, dirasakan, ditanggung, dan sebagainya). John Dewey mengungkapkan, pengalaman tidak hanya berfokus pada apa yang terjadi dalam kehidupan batiniah individu atau sesuatu di luar dunia indrawi yang hanya dapat dicapai melalui akal. Pengalaman diartikan juga sebagai memori episodic atau memori yang dapat menerima atau menyimpan peristiwa yang terjadi secara konkret sengan tujuan sebagai referensi otobiograf. Pengalaman dapat berupa peristiwa yang ditangkap oleh panca indera dan disimpan dalam memori. Pengalaman dapat diperoleh atau dirasakan saat peristiwa baru saja terjadi atau sudah lama terjadi (Nihlah, 2016). Notoatmojo mengartikan pengalaman merupakan hasil pengamatan yang merupakan kombinasi dari penglihatan, penciuman, pendengaran dan pengalaman masa lalu yang kemudian disimpan dalam memori (Saparwati dalam Oktorina et al., 2019).

Pengalaman dapat diartikan sebagai pengetahuan atau keterampilan yang didapatkan melalui pengamatan, pelaksanaan, atau perasaan terhadap suatu hal, yang melibatkan interaksi stimuli eksternal dengan interpretasi internal individu. Menurut filsuf fenomenologi Edmund

Husserl, pengalaman bersifat subjektif dan intentional, yang berarti kesadaran selalu mengara pada objek melalui proses yang mengesampingkan prasangka untuk mencapai suatu fenomena. Pendekatan ini diperkaya oleh Wilhelm Dilthey yang menyebutnya sebagai kesadaran refleksif atau “ *self – given*” *awareness* terhadap realitas langsung, yang menekankan dimensi emosional dan kognitif dalam membentuk makna hidup. (Beris, A N; Edwards, 2012)

Dalam psikologi kontemporer, pengalaman mencakup dimensi sensorik, perseptual, dan afektif, dimana otak memproses sinyal menjadi sensasi yang dibandingkan dengan memori untuk menghasilkan pemahaman holistik. Abraham Maslow membedakan pengalaman biasa dengan pengalaman puncak (*peak experiences*), eksistensial dan identitas diri. Komponen emosional memberikan intensitas, sementara aspek kognitif melibatkan analisis dan interpretasi, yang menjadikan pengalaman sebagai sensasi, pikiran, dan interaksi sosial.

Fenomenologi modern memperluas definisi pengalaman sebagai bentuk pengetahuan situasional dan embodied melalui tubuh hidup (*live body*), seperti yang digambarkan oleh Maurice Merleau-Ponty, dimana pengalaman muncul dari interaksi dinamis dengan dunia. Max Van Manen menyoroti pengalaman hidup (*lived experience*) sebagai sumber kebijaksanaan praktis untuk ilmu manusia yang membedakan antara konten

pengalaman (*what*) dan cara pengalaman diberikan (*how*), yang termasuk struktur kesadaran yang membentuk dunia bermakna. Pendekatan ini krusial untuk memahami kompleksitas seperti konflik emosional atau pemikiran yang menantang *world view* dasar.

2.2.2. Faktor Yang Mempengaruhi Pengalaman

Setiap individu pasti memiliki pengalaman yang berbeda-beda walaupun melihat suatu obyek yang sama. Hal ini dipengaruhi oleh : tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang, pelaku atau faktor pada pihak yang mempunyai pengalaman, faktor obyek atau target yang dipersepsikan dan faktor situasi di mana pengalaman itu dilakukan. Umur, tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup setiap individu juga ikut menentukan pengalaman. Pengalaman setiap individu terhadap suatu obyek dapat berbeda-beda karena pengalaman mempunyai sifat subjektif, yang dipengaruhi oleh isi memorinya. Apapun yang ditangkap oleh indera dan diperhatikan akan disimpan di dalam memori dan akan digunakan sebagai referensi untuk menanggapi hal yang baru (Nihlah, 2016).

Faktor internal seperti emosi dan kognisi utama memengaruhi pengalaman manusia, dimana emosi seperti rasa syukur, kasih sayang, atau ketakutan terhadap dosa memperdalam interpretasi subjektif terhadap kejadian hidup, sementara proses kognitif membentuk persepsi melalui pengetahuan dan pola pikir

kritis. Pengalaman sebelumnya menciptakan jejak memori yang merespons terhadap stimulus baru dan mempengaruhi pola adaptasi sedangkan Faktor eksternal seperti lingkungan sosial dan keluarga berperan signifikan, dengan pola asuh orang tua serta interaksi tatap muka membentuk rasa aman emosional serta kepercayaan diri, sementara dalam kekerasan rumah tangga dapat menciptakan pengalaman traumatis yang meningkatkan kecemasan sosial hingga 73% pada remaja.

Selain itu faktor eksternal yang berpengaruh kuat terhadap pengalaman adalah lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat, termasuk pola asuh orang tua, dukungan sosial, serta kualitas interaksi sehari-hari. Penelitian terbaru menemukan bahwa kurangnya dukungan keluarga, perundungan, dan lingkungan sosial yang negatif berhubungan dengan meningkatnya kecemasan sosial serta pengalaman interpersonal yang cenderung menyakitkan, terutama pada remaja. Faktor kontekstual dan lingkungan fisik juga berperan penting dalam membentuk pengalaman. Penelitian pada ruang bersalin menunjukkan 38,44% partisipan membahas kekhawatiran terkait lingkungan fisik, sementara 46% menghubungkan efek lingkungan dengan aspek psikologis, menggaris bawahi interaksi kompleks antara elemen fisik dan persepsi psikologis. Model QUIM mengintegrasikan sepuluh faktor kegunaan yang dapat diukur antara lain: efisiensi, efektivitas, produktivitas, kepuasan, kemudahan dipelajari, keamanan, kepercayaan,

aksesibilitas, universalitas, dan kegunaan. Faktor – faktor ini menunjukkan bahwa pengalaman bukan semata – mata hasil dari satu aspek, melainkan interaksi holistik antara elemen teknologi, desain lingkungan, kualitas pelayanan, dan karakteristik individual pengguna. Pemahaman komprehensif terhadap faktor – faktor ini memungkinkan organisasi merancang intervensi yang lebih efektif untuk meningkatkan pengalaman pengguna secara keseluruhan.

2.3. Konsep Keluarga

2.3.1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang terikat melalui hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, yang berinteraksi secara aktif untuk menciptakan dan memelihara budaya bersama. Keluarga memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan psikologis anggota-anggotanya (Andarmoyo dalam Clara, 2020).

2.3.2. Fungsi Keluarga

Fungsi utama keluarga meliputi aspek afektif, diantaranya adalah:

1. Keluarga memberikan kasih sayang dan memenuhi kebutuhan psikologis
2. Fungsi sosialisasi, yang menanamkan norma, budaya, dan perilaku kepada anggota
3. Fungsi ekonomi, yang meliputi pencarian sumber pendapatan dan pengelolaan keuangan

4. Fungsi perawatan kesehatan dan pendidikan, yang bertujuan menjaga kesehatan dan menanamkan pengetahuan serta keterampilan untuk masa depan anak-anak (Clara, 2020).

2.3. 3. Tugas Keluarga

Selain itu, keluarga memiliki tugas – tugas penting yaitu:

- a) Memenuhi kebutuhan dasar
- b) Mengelola sumber daya
- c) Membagi pekerjaan
- d) Melakukan sosialisasi dan reproduksi anggota baru.

Keluarga juga bertanggung jawab dalam menjaga identitas, keteraturan, dan posisi anggota dalam masyarakat, serta memelihara motivasi dan moral anggota (Clara, 2020).

2.3.4. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sendiri mencakup berbagai bentuk, diantaranya adalah:

- a) Dukungan instrumental berupa bantuan praktis.
- b) Informasional berupa pemberian informasi dan saran.
- c) Emosional melalui ungkapan empati dan perhatian.
- d) Penilaian yang memberikan motivasi dan penghargaan.

2.3.5. Faktor – Faktor Tingkat Dukungan Keluarga

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat dukungan keluarga meliputi

- a) Usia
- b) Tingkat pendidikan,

- c) Kondisi emosional
- d) Spiritual, praktik keluarga
- e) Kondisi sosial ekonomi. Semuanya dapat diukur menggunakan skala Likert untuk menilai tingkat dukungan yang diberikan (Clara, 2020).

2.3.6. Peran Keluarga dalam Perawatan Stroke

Keluarga berperan sebagai sistem dukungan utama yang berinteraksi langsung dengan pasien dalam kehidupan sehari – hari, sehingga memiliki kemampuan besar untuk mendukung pemulihan emosional dan penyesuaian psikologis pasca stroke. Beberapa studi menunjukkan bahwa partisipasi keluarga dalam proses pengobatan dapat memberikan efek positif pada kesehatan ental pasien. Bentuk dukungan ini terdiri dari bantuan praktis, emosional, atau informasi yang membuat pasien merasa lebih dilindungi, dihormati, dan dipahami. Sebaliknya, jika dukungan keluarga kurang, kondisi depresi bisa memburuk, isolasi sosial meningkat dan motivasi pasien untuk rehabilitasi menurun (Kalijudan et al., n.d.)

Dukungan keluarga yang dapat diberikan kepada pasien dapat berbentuk dukungan emosional, instrumental, dan informasional. Dukungan emosional mencakup perhatian, empati, dan motivasi. Sementara itu, dukungan instrumental berupa bantuan dalam kegiatan harian pasien,fasilitasi pengobatan, dan transportasi, adapun dukungan informasional

seperti edukasi tentang proses pemulihan stroke dan pencegahan komplikasi, meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, serta memperkuat *sense of control* pasien terhadap kesehatannya melibatkan pemahaman tentang stroke dan proses rehabilitasi (Wang et al.,2022).

1. Dukungan Emosional

Keluarga memberikan dukungan moral dan motivasi yang sangat dibutuhkan pasien agar tetap semangat dan patuh dalam menjalani program pemulihan dan rehabilitasi pasca stroke. Dukungan ini dapat meningkatkan motivasi pasien untuk mengelola kesehatan dan memperbaiki kualitas hidupnya.

2. Dukungan Informasional

Keluarga berperan sebagai sumber informasi dalam hal perawatan, rehabilitasi, dan penanganan stroke serta membantu pasien memahami proses pengobatan dan cara pengelolaan diri setelah serangan stroke.(Izzuddin et al., 2024)

3. Dukungan Instrumental

Bentuk dukungan yang berupa bantuan dalam aktivitas sehari – hari yang sulit dilakukan pasien akibat gangguan fungsi tubuh, seperti mandi, makan, berpindah, dan mobilisasi secara mandiri. Keluarga membantu

memenuhi kebutuhan fisik dan aktivitas pasien pasca stroke. (Witriastuti et al., 2023)

4. Dukungan Penghargaan

Keluarga memberikan apresiasi dan penghargaan atas usaha pasien dalam proses rehabilitasi, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri dan semangat pasien dalam pemulihan.

5. Keterlibatan Aktif Keluarga dalam Perawatan

Keluarga harus terlibat secara menyeluruh dan aktif dalam proses perawatan di rumah serta pemulihan pasca stroke yang membutuhkan waktu dan kesabaran panjang. Keluarga menjadi penopang utama yang memudahkan kesembuhan pasien.

6. Dampak Dukungan Keluarga (Bethesda et al., 2021)

Dukungan keluarga memiliki hubungan signifikan dengan tingkat depresi pasca – stroke, dimana semakin kuat dukungan keluarga, semakin rendah risiko depresi yang dialami pasien (Babkair et al., 2022).

Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Dukungan Keluarga

Efektivitas dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor, termasuk pengetahuan keluarga mengenai stroke, beban yang dirasakan oleh beberapa faktor, termasuk pengetahuan keluarga mengenai stroke, beban yang dirasakan oleh caregiver, serta

kemampuan komunikasi keluarga.



