

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan teori

2.1.1 Konsep stroke

2.1.1.1 Pengertian stroke

Stroke merupakan suatu kondisi kegawatdaruratan neurologis yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan (iskemik) maupun pecahnya pembuluh darah (hemoragik), sehingga menyebabkan kerusakan jaringan otak secara mendadak dan menimbulkan defisit neurologis lokal maupun global. Gangguan aliran darah tersebut menyebabkan sel-sel otak mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi, yang apabila berlangsung lebih dari beberapa menit dapat mengakibatkan kematian sel otak secara permanen. Manifestasi klinis stroke muncul secara tiba-tiba dan dapat berupa gangguan kesadaran, kelemahan atau kelumpuhan satu sisi tubuh, gangguan bicara, penglihatan, maupun koordinasi gerak (World Health Organization, 2023).

Menurut *American Heart Association* dan *American Stroke Association*, stroke didefinisikan sebagai sindrom klinis yang ditandai oleh gangguan fungsi otak yang berkembang cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskular. Stroke dibedakan menjadi dua jenis utama, yaitu stroke iskemik yang disebabkan oleh oklusi pembuluh darah otak dan stroke hemoragik yang disebabkan oleh perdarahan intrakranial. Kedua jenis stroke tersebut dapat menimbulkan dampak fisik, psikologis, dan sosial yang signifikan, sehingga memerlukan penanganan komprehensif serta keterlibatan keluarga dalam proses perawatan dan rehabilitasi pasien (Powers *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020).

2.1.1.2 Klasifikasi stroke

Stroke secara umum diklasifikasikan berdasarkan mekanisme terjadinya gangguan aliran darah ke otak, yaitu menjadi stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang paling sering terjadi dan disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah otak akibat trombus atau embolus, sehingga aliran darah ke jaringan otak terhambat. Kondisi ini menyebabkan terjadinya iskemia dan infark jaringan otak. Stroke iskemik dapat dibedakan lebih lanjut menjadi stroke trombolitik, yang terjadi akibat pembentukan bekuan darah di pembuluh darah otak dan stroke embolik, yang disebabkan oleh bekuan darah atau material lain yang berasal dari luar otak, seperti dari jantung, kemudian menyumbat pembuluh darah serebral (Powers *et al.*, 2019).

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak sehingga menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang di sekitarnya. Stroke hemoragik dibagi menjadi perdarahan intraserebral, yaitu perdarahan yang terjadi langsung di jaringan otak, dan perdarahan subaraknoid, yaitu perdarahan yang terjadi di ruang subaraknoid antara otak dan selaput otak. Stroke hemoragik umumnya berhubungan dengan hipertensi tidak terkontrol, kelainan pembuluh darah, atau trauma kepala, serta memiliki risiko mortalitas dan morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik. Selain dua klasifikasi utama tersebut, dikenal pula *transient ischemic attack* (TIA), yaitu gangguan neurologis sementara akibat iskemia otak yang berlangsung kurang dari 24 jam dan tidak menyebabkan kerusakan jaringan otak permanen, namun merupakan faktor risiko utama terjadinya stroke di kemudian hari (Smeltzer, 2020; World Health Organization, 2023).

2.1.1.3 Etiologi dan faktor risiko stroke

Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh berbagai faktor etiologis, baik pada stroke iskemik maupun stroke hemoragik. Etiologi utama stroke iskemik adalah oklusi pembuluh darah

serebral akibat trombus atau embolus. Trombus biasanya terbentuk pada pembuluh darah yang mengalami aterosklerosis, sedangkan embolus umumnya berasal dari jantung, seperti pada pasien dengan fibrilasi atrium, penyakit katup jantung, atau infark miokard. Oklusi pembuluh darah tersebut menyebabkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak sehingga menimbulkan iskemia dan nekrosis sel otak. Sementara itu, stroke hemoragik disebabkan oleh ruptur pembuluh darah otak yang mengakibatkan perdarahan intraserebral atau subaraknoid. Pecahnya pembuluh darah ini umumnya berhubungan dengan hipertensi kronis, kelainan struktur pembuluh darah, atau trauma kepala (Powers *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020).

Selain faktor etiologis, terdapat berbagai faktor risiko yang berperan dalam meningkatkan kejadian stroke. Faktor risiko stroke dibedakan menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia lanjut, jenis kelamin, faktor genetik, dan riwayat stroke atau penyakit kardiovaskular dalam keluarga. Risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dan lebih tinggi pada individu dengan riwayat keluarga yang memiliki penyakit serebrovaskular. Adapun faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik, serta konsumsi alkohol berlebihan. Hipertensi merupakan faktor risiko utama baik pada stroke iskemik maupun hemoragik karena dapat menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah dan meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis serta ruptur pembuluh darah otak. Pengendalian faktor risiko yang dapat dimodifikasi melalui perubahan gaya hidup dan pengelolaan penyakit kronis berperan penting dalam pencegahan primer dan sekunder stroke (Feigin *et al.*, 2022; World Health Organization, 2023).

2.1.1.4 Patofisiologi stroke

Patofisiologi stroke berkaitan dengan terjadinya gangguan aliran darah ke otak yang mengakibatkan kerusakan jaringan otak secara cepat dan progresif. Pada stroke iskemik, proses patofisiologis diawali oleh terjadinya oklusi pembuluh darah serebral akibat trombus atau embolus, sehingga suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak menurun secara signifikan. Kondisi hipoksia dan iskemia ini menyebabkan kegagalan metabolisme seluler, penurunan produksi adenosin trifosfat (ATP), serta gangguan fungsi pompa ion membran sel. Akibatnya terjadi edema sel, peningkatan kadar kalsium intrasel, pelepasan neurotransmitter eksitatorik seperti glutamat, dan aktivasi proses neurotoksik yang berujung pada kematian sel saraf secara irreversible apabila perfusi tidak segera dipulihkan (Powers *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020).

Pada stroke hemoragik, patofisiologi diawali oleh pecahnya pembuluh darah otak yang menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak (perdarahan intraserebral) atau ke ruang subaraknoid. Perdarahan tersebut meningkatkan tekanan intrakranial, menurunkan perfusi serebral, serta menyebabkan kompresi jaringan otak di sekitarnya. Selain efek massa dari darah yang keluar, produk degradasi darah juga dapat memicu reaksi inflamasi, vasospasme, dan kerusakan sekunder pada jaringan otak. Kondisi ini menyebabkan gangguan fungsi neurologis yang dapat berkembang dengan cepat dan berisiko tinggi menyebabkan penurunan kesadaran hingga kematian apabila tidak ditangani secara adekuat (Feigin *et al.*, 2022; World Health Organization, 2023).

Baik pada stroke iskemik maupun hemoragik, luas dan beratnya kerusakan jaringan otak dipengaruhi oleh lokasi lesi, durasi gangguan aliran darah, serta kemampuan mekanisme kompensasi otak. Area otak yang mengalami penurunan perfusi ringan dikenal sebagai ischemik penumbra, yaitu jaringan otak yang masih berpotensi diselamatkan apabila intervensi dilakukan secara cepat dan tepat. Oleh karena itu, pemahaman mengenai

patofisiologi stroke sangat penting dalam penatalaksanaan dan perawatan pasien stroke guna mencegah kerusakan neurologis lebih lanjut serta meningkatkan luaran klinis pasien (Smeltzer, 2020).

2.1.1.5 Tanda dan gejala stroke

Tanda dan gejala stroke umumnya muncul secara mendadak dan bergantung pada lokasi serta luas area otak yang mengalami gangguan perfusi. Manifestasi klinis stroke yang paling sering dijumpai meliputi kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegi), gangguan bicara seperti pelo atau kesulitan berbicara (disartria dan afasia), gangguan penglihatan pada satu atau kedua mata, serta gangguan koordinasi dan keseimbangan. Selain itu, pasien juga dapat mengalami penurunan kesadaran, sakit kepala hebat secara tiba-tiba, mual, dan muntah, terutama pada stroke hemoragik yang disertai peningkatan tekanan intrakranial (Smeltzer, 2020).

Pada stroke iskemik, gejala neurologis sering berkembang sesuai dengan area otak yang terdampak, misalnya gangguan motorik dan sensorik pada ekstremitas, gangguan fungsi kognitif, serta perubahan perilaku. Sementara itu, stroke hemoragik cenderung menunjukkan gejala yang lebih berat, seperti nyeri kepala hebat, penurunan kesadaran secara cepat, kejang, dan defisit neurologis yang progresif. Selain gejala utama tersebut, terdapat pula tanda peringatan dini yang dikenal dengan konsep FAST (*Face drooping, Arm weakness, Speech difficulty, and Time to call emergency*), yang digunakan untuk membantu mengenali stroke secara cepat dan meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap kondisi kegawatdaruratan stroke (Powers *et al.*, 2019; World Health Organization, 2023).

Pengenalan tanda dan gejala stroke secara dini sangat penting karena keterlambatan penanganan dapat memperberat kerusakan jaringan otak dan meningkatkan risiko kecacatan maupun kematian. Oleh karena itu, peran keluarga dalam mengenali gejala awal stroke dan segera membawa pasien

ke fasilitas pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan penatalaksanaan dan luaran klinis pasien stroke (Feigin *et al.*, 2022).

2.1.1.6 Dampak stroke

Stroke tidak hanya menyebabkan gangguan fisik, tetapi juga berdampak luas pada aspek psikologis, kognitif, dan sosial pasien. Dampak ini dapat bersifat jangka pendek maupun jangka panjang, tergantung pada tingkat keparahan dan penanganan yang diberikan. Menurut Smeltzer (2020) ada beberapa dampak stroke:

a. Dampak fisik

Pada pasien stroke dampak fisik adalah yang paling sering terjadi, gangguan ini meliputi kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan koordinasi, serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien dapat juga mengalami gangguan menelan, gangguan bicara, serta gangguan keseimbangan, kondisi ini menyebabkan pasien menjadi bergantung pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Dampak psikologis

Pasien stroke sering mengalami gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan stres akibat perubahan kondisi fisik dan keterbatasan aktivitas. Perasaan tidak berdaya dan kehilangan kemandirian dapat memperburuk kondisi mental pasien jika tidak ditangani dengan baik, gangguan psikologis ini dapat menghambat proses rehabilitasi dan pemulihan pasien.

c. Dampak kognitif

Stroke dapat menyebabkan gangguan fungsi kognitif seperti penurunan daya ingat, kesulitan berkonsentrasi, serta gangguan dalam berpikir dan mengambil keputusan. Gangguan ini dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dan berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

d. Dampak sosial

Dampak sosial yang dialami pasien stroke meliputi penurunan interaksi sosial, ketergantungan kepada keluarga, serta perubahan peran dalam

keluarga dan masyarakat. Pasien stroke banyak yang mengalami isolasi sosial karena keterbatasan fisik maupun komunikasi. Hal ini dapat menurunkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

e. Dampak ekonomi

Stroke juga berdampak terhadap ekonomi bagi pasien maupun keluarga. Biaya pengobatan, rehabilitasi, serta kebutuhan perawatan jangka panjang dapat menjadi beban finansial. Pasien stroke sering mengalami penurunan produktivitas bahkan kehilangan pekerjaan akibat keterbatasan fisik yang dialami.

Dampak fisik dan neurologis akibat stroke dapat menyebabkan penurunan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga memengaruhi kemampuan *self-care* pasien.

2.1.1.7 Komplikasi stroke

Stroke dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang yang dapat memperburuk kondisi pasien serta menghambat proses pemulihan. Komplikasi yang terjadi umumnya berkaitan dengan gangguan neurologis, imobilisasi, serta kondisi medis lainnya yang muncul setelah serangan stroke. Oleh karena itu, penanganan yang tepat sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Smeltzer, 2020).

Salah satu komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke adalah gangguan mobilitas yang dapat menyebabkan kelemahan otot, kontraktur, serta risiko jatuh. Selain itu, pasien juga berisiko mengalami dekubitus akibat imobilisasi yang berkepanjangan. Gangguan menelan juga merupakan komplikasi yang umum terjadi dan dapat meningkatkan risiko aspirasi serta pneumonia aspirasi (Powers *et al.*, 2019).

2.1.1.8 Penatalaksanaan stroke

Penatalaksanaan stroke bertujuan untuk meminimalkan kerusakan jaringan otak, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kemampuan fungsional

dan kualitas hidup pasien. Penanganan stroke harus dilakukan secara cepat dan tepat karena waktu sangat berpengaruh terhadap luaran klinis (*time is brain*). Pada fase akut, fokus utama penatalaksanaan adalah stabilisasi kondisi vital pasien yang meliputi pemeliharaan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, disertai pemantauan ketat tanda-tanda vital, status neurologis, serta kadar glukosa darah. Pemeriksaan diagnostik seperti *CT-scan* atau MRI otak dilakukan untuk menentukan jenis stroke sehingga terapi dapat diberikan secara tepat. Pada stroke iskemik, terapi meliputi pemberian trombolitik intravena pada pasien yang memenuhi kriteria dalam *golden periode*, penggunaan antiplatelet atau antikoagulan, serta pengendalian faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Sementara itu, pada stroke hemoragik, penatalaksanaan difokuskan pada pengendalian tekanan darah, penurunan tekanan intrakranial, pencegahan komplikasi seperti vasospasme, serta tindakan bedah bila diperlukan. Perawatan intensif sering kali dibutuhkan terutama pada stroke hemoragik karena risiko komplikasi yang lebih tinggi (Powers *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020; World Health Organization, 2023).

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien stroke meliputi pemantauan status neurologis secara berkala untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien, serta pencegahan komplikasi seperti aspirasi, dekubitus, trombosis vena dalam, dan infeksi. Selain itu, perawat berperan dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien, yang mencakup kebutuhan oksigenasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, *personal hygiene*, mobilitas, istirahat dan tidur, serta keamanan pasien selama perawatan. Perawat juga memberikan intervensi untuk membantu pasien beradaptasi dengan keterbatasan fisik dan kognitif yang dialami akibat stroke. Edukasi kesehatan diberikan secara berkelanjutan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit stroke, pengobatan, latihan yang dapat dilakukan, serta persiapan perawatan lanjutan di rumah, termasuk pengaturan lingkungan yang aman, pencegahan komplikasi, kepatuhan terhadap terapi, dan pengenalan tanda bahaya kekambuhan. Rehabilitasi dini melalui latihan mobilisasi, latihan rentang

gerak, serta terapi wicara dilakukan secara bertahap untuk meningkatkan kemandirian pasien (Powers *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020). Salah satu tujuan rehabilitasi pasien stroke adalah meningkatkan kemampuan *self-care* dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2.1.2 Konsep *self-care*

2.1.2.1 Definisi *self-care*

Self-care menurut Orem adalah merupakan perilaku yang dilakukan individu secara sadar dan mandiri untuk menjaga kehidupan, kesehatan, serta kesejahteraan dirinya. Perawatan diri bersifat pribadi, terarah pada tujuan, dan melibatkan kemampuan individu dalam mengatur diri dan lingkungan supaya optimal. Pada individu sehat, *self-care* dilakukan secara mandiri dan apabila kondisi sakit atau ada keterbatasan dibutuhkan bantuan dari orang lain (Fitriyanti & Rahmalia, 2026).

2.1.2.2 Filosofi teori *self-care* Orem

Teori *self-care* yang dikembangkan oleh Dorothea Orem menekankan bahwa individu memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya. Teori ini terdiri dari tiga konsep, yaitu:

a. *Self-care*

Kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri. Pelaksanaan perawatan diri dipengaruhi oleh faktor usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan, lingkungan sosial dan budaya, serta dukungan keluarga.

b. *Self-care deficit*

Kondisi ketika individu tidak mampu melakukan perawatan diri akibat penyakit atau keterbatasan. Keperawatan diperlukan apabila kemampuan perawatan diri menurun atau tidak terpenuhi, sehingga terjadi ketergantungan pada bantuan eksternal.

c. *Nursing system*

Peran perawat dalam membantu pasien sesuai tingkat ketergantungan. Teori ini menekankan pendekatan holistik serta kemandirian pasien,

dimana perawat berfungsi sebagai pendukung, pendidik, dan fasilitator dalam meningkatkan kemampuan *self-care* pasien.

Dalam teori ini, konsep *self-care agency* merujuk pada kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri secara efektif. Kemampuan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu faktor-faktor yang memengaruhi kapasitas seseorang dalam merawat diri sendiri. Faktor-faktor meliputi usia, jenis kelamin, tahap perkembangan, status kesehatan, orientasi sosiokultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, gaya hidup, lingkungan, serta sumber daya yang tersedia (Fitriyanti & Rahmalia, 2026).

2.1.2.3 Komponen *self-care*

Self-care mencakup berbagai aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily living / ADL*) yang diperlukan untuk mempertahankan fungsi hidup. Berdasarkan teori Orem, komponen ini meliputi:

- a. Pemenuhan kebutuhan makan dan minum
Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang meliputi kemampuan individu dalam mengonsumsi makanan dan cairan secara mandiri, hal ini juga berkaitan dengan kemampuan memilih makanan yang sesuai dengan kondisi kesehatannya.
- b. Perawatan diri dan kebersihan diri
Kemampuan ini mencerminkan tingkat kemandirian individu dalam mempertahankan integritas tubuh dan mencegah infeksi
- c. Aktivitas dan istirahat
Komponen ini meliputi keseimbangan antara aktivitas fisik dan waktu istirahat. Aktivitas fisik diperlukan untuk mempertahankan fungsi tubuh, kekuatan otot, dan mobilitas, sedangkan istirahat diperlukan untuk pemulihan energi dan fungsi fisiologis.
- d. Eliminasi
Mencakup kemampuan individu dalam mengontrol dan melakukan proses buang air kecil dan buang air besar secara mandiri.

- e. Interaksi sosial
Kemampuan individu dalam berkomunikasi dan menjalin hubungan dengan orang lain.
- f. Pencegahan risiko terhadap kesehatan
Mencakup kemampuan individu dalam mengenali dan menghindari faktor risiko yang dapat membahayakan kesehatan. Komponen ini merupakan bagian dari kebutuhan dasar yang harus dipenuhi setiap individu untuk mempertahankan kesehatan secara optimal.

2.1.2.4 Faktor yang mempengaruhi *self-care*

Kemampuan individu dalam melakukan pemenuhan *self-care*, dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

- a. Usia dan tahap perkembangan
- b. Jenis kelamin
- c. Sosiokultural
- d. Status kesehatan
- e. Sistem pelayanan kesehatan
- f. Sistem keluarga
- g. Ketersediaan sumber (Fitriyanti & Rahmalia, 2026).

2.1.2.5 *Self-care* pada pasien stroke

- a. Stroke menyebabkan keterbatasan *Activity of Daily Living* (ADL)
Stroke dapat menyebabkan gangguan neurologis seperti kelemahan anggota gerak, gangguan keseimbangan, gangguan koordinasi, gangguan bicara, dan penurunan fungsi kognitif. Kondisi tersebut menyebabkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan *Activity of Daily Living* (ADL), seperti makan, mandi, berpakaian, mobilisasi, penggunaan toilet, dan eliminasi. Gangguan fungsi motorik dan sensorik akibat stroke menyebabkan pasien kesulitan melakukan aktivitas secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (Permatasari *et al.*, 2024).

b. Pasien stroke mengalami ketergantungan

Keterbatasan kemampuan fisik dan kognitif pada pasien stroke menyebabkan meningkatnya tingkat ketergantungan terhadap keluarga. Tingkat ketergantungan pasien stroke dapat berupa ketergantungan ringan, sedang, hingga total tergantung pada tingkat keparahan stroke yang dialami. Pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik umumnya membutuhkan bantuan dalam berpindah tempat, berjalan, makan, maupun melakukan kebersihan diri. Ketergantungan tersebut tidak hanya memengaruhi kondisi pasien, tetapi juga meningkatkan beban keluarga dalam proses perawatan jangka panjang (Andrew *et al.*, 2025).

c. *Self-care* penting dalam rehabilitasi pasien stroke

Kemampuan *self-care* menjadi salah satu aspek penting dalam rehabilitasi pasien stroke karena berkaitan dengan tingkat kemandirian pasien dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Rehabilitasi stroke bertujuan membantu pasien memulihkan kemampuan fungsional secara bertahap agar mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri atau dengan bantuan minimal. Peningkatan *self-care* dapat membantu pasien mengurangi ketergantungan terhadap orang lain, meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap keterbatasan fisik, serta mendukung keberhasilan proses pemulihan pasien stroke (Wahyuningtyas *et al.*, 2025).

d. Hubungan *self-care* dengan kualitas hidup pasien stroke

Kemampuan *self-care* memiliki hubungan erat dengan kualitas hidup pasien stroke. Pasien stroke yang mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien dengan ketergantungan tinggi. Kemampuan *self-care* yang baik dapat meningkatkan rasa percaya diri, kemampuan berinteraksi sosial, dan kondisi psikologis pasien selama pemulihan. Sebaliknya, rendahnya kemampuan *self-care* dapat menyebabkan keterbatasan aktivitas, isolasi sosial, kecemasan, hingga depresi yang berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien stroke secara keseluruhan (Juniarti *et al.*, 2024).

e. Hambatan *self-care* pada pasien stroke

Pelaksanaan *self-care* pada pasien stroke dapat dipengaruhi oleh berbagai hambatan fisik, psikologis, dan sosial. Hambatan fisik meliputi kelemahan otot, gangguan koordinasi, nyeri, dan keterbatasan mobilitas yang menyebabkan pasien sulit melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Selain itu, gangguan kognitif dan gangguan komunikasi juga dapat menghambat kemampuan pasien dalam memahami instruksi atau menjalankan aktivitas tertentu. Hambatan psikologis seperti kecemasan, depresi, rendahnya motivasi, dan kurangnya rasa percaya diri turut memengaruhi kemampuan *self-care* pasien stroke. Faktor lain seperti kurangnya dukungan keluarga dan keterbatasan rehabilitasi juga dapat menjadi hambatan dalam meningkatkan kemampuan *self-care* pasien stroke (Andrew *et al.*, 2025).

2.1.2.6 Pengukuran *self-care* pada pasien stroke

Kemampuan *self-care* pada pasien stroke dapat diukur menggunakan instrumen *Barthel Index* untuk menilai tingkat kemandirian individu dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*). Semakin tinggi skor *Barthel Index*, semakin tinggi tingkat kemandirian individu dalam melakukan *self-care*. Sebaliknya, semakin rendah skor yang diperoleh menunjukkan semakin tinggi tingkat ketergantungan individu terhadap bantuan orang lain (Fitriyanti & Rahmalia, 2026).

Kemampuan *self-care* pada pasien stroke diukur menggunakan *Barthel Index* versi Shah *et al.* (1989). Instrumen ini digunakan untuk menilai tingkat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living/ADL*), yang meliputi makan, mandi, perawatan diri (*grooming*), berpakaian, buang air besar, buang air kecil, penggunaan toilet, transfer atau berpindah tempat, mobilitas, dan naik-turun tangga. Skor total *Barthel Index* berkisar antara 0–20, dengan kategori mandiri total (20), ketergantungan ringan (12–19), ketergantungan sedang (9–11), ketergantungan berat (5–8), dan ketergantungan total (0–4).

Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin tinggi tingkat kemandirian pasien dalam melakukan *self-care*.

2.1.3 Konsep keluarga

2.1.3.1 Pengertian keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari individu-individu yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, serta hidup dalam satu ikatan yang saling berinteraksi dan bergantung satu sama lain. Keluarga memiliki peran penting dalam pemenuhan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual anggotanya. Dalam konteks kesehatan, keluarga dipandang sebagai sistem yang saling memengaruhi, di mana kondisi kesehatan salah satu anggota keluarga dapat berdampak terhadap fungsi dan kesejahteraan anggota keluarga lainnya (Friedman *et al.*, 2020).

Keluarga juga didefinisikan sebagai suatu kelompok yang memiliki struktur, peran, norma, dan nilai yang berkembang seiring waktu, serta berfungsi sebagai sumber utama dukungan bagi anggotanya. Keluarga berperan sebagai pemberi perawatan (*caregiver*) utama, khususnya pada anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis atau kondisi akut seperti stroke. Keberadaan keluarga sangat berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan, pemenuhan kebutuhan perawatan, serta keberhasilan adaptasi dan pemulihan pasien (Friedman *et al.*, 2020; Smeltzer, 2020).

Dalam keperawatan, keluarga dipandang tidak hanya sebagai konteks tempat individu berada, tetapi juga sebagai mitra dalam pemberian asuhan keperawatan. Keluarga memiliki tanggung jawab dalam menjaga, mempertahankan, dan meningkatkan status kesehatan anggotanya melalui berbagai peran dan fungsi yang dijalankan. Oleh karena itu, pemahaman mengenai konsep dan pengertian keluarga menjadi landasan penting dalam perencanaan intervensi keperawatan, terutama pada pasien stroke yang

mebutuhkan dukungan dan keterlibatan keluarga dalam kesiapan perawatan selama masa perawatan dan rehabilitasi (Judith A *et al.*, 2019).

2.1.3.2 Peran dan fungsi keluarga dalam perawatan pasien

Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam perawatan pasien stroke, baik selama fase akut, masa perawatan di rumah sakit, maupun pada tahap rehabilitasi dan perawatan lanjutan di rumah. Stroke merupakan kondisi yang dapat menyebabkan keterbatasan fisik, kognitif, dan emosional, sehingga pasien sangat bergantung pada dukungan dan keterlibatan keluarga. Keluarga berperan sebagai *caregiver* utama yang membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien, seperti mobilisasi, pemenuhan nutrisi, kebersihan diri, serta pengawasan terhadap terapi dan pengobatan yang dijalani pasien (Smeltzer, 2020).

Fungsi keluarga dalam bidang kesehatan mencakup kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan yang tepat terkait perawatan, memberikan perawatan langsung kepada anggota keluarga yang sakit, serta memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Dalam konteks pasien stroke, keluarga berfungsi sebagai pengambil keputusan utama, terutama ketika pasien mengalami gangguan kesadaran atau penurunan kemampuan komunikasi. Keluarga juga berperan dalam memastikan kontinuitas perawatan, mulai dari kepatuhan terhadap pengobatan, pelaksanaan latihan rehabilitasi, hingga pemantauan tanda dan gejala komplikasi yang mungkin terjadi (Friedman *et al.*, 2020).

Selain peran fisik, keluarga juga memiliki fungsi psikososial yang sangat penting dalam perawatan pasien stroke. Dukungan emosional dari keluarga dapat membantu pasien beradaptasi dengan perubahan kondisi kesehatan, mengurangi kecemasan dan depresi, serta meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani proses pemulihan. Keluarga berperan sebagai sumber dukungan sosial dan motivasi yang dapat mempercepat proses rehabilitasi serta meningkatkan kualitas hidup pasien stroke. Oleh karena itu,

keterlibatan aktif keluarga dalam perawatan pasien stroke menjadi faktor penting dalam keberhasilan asuhan keperawatan dan kesiapan perawatan pasien secara menyeluruh (Judith A *et al.*, 2019; Smeltzer, 2020).

2.1.3.3 Tugas keluarga

Menurut konsep keperawatan keluarga, terdapat lima tugas utama keluarga dalam bidang kesehatan yang berperan penting dalam menjaga dan meningkatkan status kesehatan anggota keluarga. Menurut Friedman, lima tugas keluarga adalah:

a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Keluarga mempunyai tugas untuk mengenali masalah kesehatan yang dialami anggota keluarga, termasuk paham tentang tanda dan gejala penyakit, penyebab, dan dampaknya. Kemampuan keluarga dalam mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah kondisi yang lebih buruk.

b. Mengambil keputusan dalam tindakan kesehatan

Keluarga harus mampu mengambil keputusan yang tepat terkait tindakan yang akan dilakukan, pengambilan keputusan ini penting dalam menentukan keberhasilan penanganan penyakit.

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga berperan dalam memberikan perawatan langsung kepada keluarga yang sakit, termasuk membantu aktivitas sehari-hari, memberikan obat, dan mendukung proses penyembuhan.

d. Memodifikasi lingkungan keluarga

Keluarga bertugas menciptakan lingkungan yang sehat dan aman bagi anggota keluarga, seperti menjaga kebersihan, kenyamanan, serta mengurangi faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi kesehatan.

e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

Keluarga harus mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, seperti puskesmas, rumah sakit, atau layanan rehabilitasi. Pemanfaatan layanan kesehatan yang optimal dapat meningkatkan kualitas perawatan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.1.4 Dukungan keluarga

2.1.4.1 Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan bentuk bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga kepada individu yang sedang mengalami masalah kesehatan, baik dalam bentuk fisik, emosional, informasi, maupun penghargaan, dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan dan kemampuan individu dalam menghadapi kondisi yang dialaminya. Dalam konteks keperawatan, dukungan keluarga dipandang sebagai sumber daya penting yang dapat membantu pasien beradaptasi terhadap penyakit, menjalani proses perawatan, serta meningkatkan hasil kesehatan secara optimal (Friedman *et al.*, 2020).

Pada pasien stroke, dukungan keluarga memiliki peran yang sangat penting karena stroke sering menyebabkan perubahan mendadak pada kondisi fisik, kognitif, dan psikologis pasien. Dukungan yang diberikan keluarga dapat membantu pasien dalam menjalani pengobatan, mengikuti program rehabilitasi, serta menghadapi keterbatasan yang muncul akibat stroke. Keluarga juga berperan dalam memberikan rasa aman, motivasi, dan kepercayaan diri kepada pasien, sehingga pasien lebih siap dan kooperatif dalam proses perawatan yang dijalani (Smeltzer, 2020).

2.1.4.2 Dukungan keluarga pada pasien stroke

Dukungan keluarga pada pasien stroke merupakan bentuk bantuan yang diberikan keluarga kepada pasien selama proses perawatan dan pemulihan, baik dalam bentuk dukungan emosional, instrumental, informasional, maupun penghargaan. Pasien stroke mengalami keterbatasan fisik, gangguan mobilitas, gangguan bicara, serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membutuhkan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan. Keluarga berperan sebagai *caregiver* utama yang membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar, menjalani rehabilitasi, serta mempertahankan kondisi kesehatan pasien selama masa pemulihan (Siallagan *et al.*, 2024).

Pada pasien stroke, dukungan keluarga sangat penting karena stroke sering menyebabkan ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keluarga memiliki peran dalam membantu pasien melakukan mobilisasi, memenuhi kebutuhan nutrisi, membantu kebersihan diri, mengingatkan pengobatan, serta mendampingi pasien menjalani terapi rehabilitasi. Dukungan keluarga yang baik dapat membantu pasien stroke lebih termotivasi dalam menjalani proses pemulihan dan meningkatkan kemampuan *self-care* pasien secara bertahap (Siallagan *et al.*, 2024).

Selain bantuan fisik, keluarga juga memberikan dukungan emosional kepada pasien stroke. Dukungan emosional berupa perhatian, kasih sayang, empati, dan motivasi dapat membantu mengurangi kecemasan, stres, dan depresi yang sering dialami pasien stroke akibat perubahan kondisi fisik dan keterbatasan aktivitas. Dukungan emosional yang baik dapat meningkatkan rasa percaya diri pasien serta membantu pasien lebih mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialami selama proses rehabilitasi (Nuriyah *et al.*, 2023).

Dukungan keluarga juga berperan dalam meningkatkan kepatuhan pasien stroke terhadap program rehabilitasi dan pengobatan. Keluarga membantu mengingatkan jadwal kontrol, mendampingi pasien menjalani fisioterapi, serta memberikan motivasi agar pasien tetap aktif mengikuti latihan rehabilitasi. Penelitian menunjukkan bahwa pasien stroke yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik cenderung lebih patuh menjalani rehabilitasi dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien dengan dukungan keluarga yang kurang optimal (Marsely *et al.*, 2023).

Oleh karena itu, dukungan keluarga menjadi salah satu faktor penting dalam keberhasilan proses pemulihan pasien stroke. Keterlibatan keluarga secara aktif dalam perawatan pasien stroke dapat membantu meningkatkan

kemampuan *self-care*, kemandirian, kualitas hidup, serta mempercepat proses rehabilitasi pasien stroke (Siallagan *et al.*, 2024).

2.1.4.3 Jenis – jenis dukungan keluarga

Dukungan keluarga terbagi menjadi beberapa jenis yang saling melengkapi dan memiliki peran penting dalam meningkatkan kesejahteraan serta kesiapan perawatan pasien stroke.

a. Dukungan emosional

Dukungan ini mencakup perhatian, kasih sayang, pengertian, dan empati yang diberikan keluarga kepada pasien. Dukungan emosional membantu pasien mengurangi stres, rasa cemas, atau depresi yang muncul akibat perubahan fisik dan keterbatasan akibat stroke. Keluarga yang memberikan dukungan emosional mampu menciptakan rasa aman dan nyaman bagi pasien, sehingga pasien lebih termotivasi dalam menjalani proses pemulihan.

b. Dukungan informasional

Dukungan ini berupa pemberian informasi, saran, dan edukasi yang membantu pasien atau keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Contohnya termasuk penjelasan tentang tanda dan gejala komplikasi, program rehabilitasi, teknik perawatan di rumah, atau pengelolaan obat-obatan. Dukungan informasional sangat penting agar keluarga mampu mengambil keputusan tepat dan meningkatkan kesiapan pasien dalam perawatan.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah bantuan nyata berupa tindakan atau jasa yang diberikan keluarga untuk memenuhi kebutuhan fisik pasien. Misalnya membantu mobilisasi, perawatan diri, pemberian makanan, pengawasan pengobatan, atau membawa pasien ke fasilitas kesehatan. Dukungan ini sangat krusial, terutama pada pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas atau fungsi mandiri yang terganggu.

d. Dukungan penghargaan

Dukungan jenis ini terkait dengan pemberian pengakuan, dorongan, dan umpan balik positif kepada pasien. Dukungan penghargaan membantu pasien meningkatkan rasa percaya diri, motivasi, dan kemampuan coping dalam menghadapi kondisi stroke. Dengan adanya dukungan ini, pasien merasa dihargai dan lebih siap mengikuti perawatan dan rehabilitasi (Friedman *et al.*, 2020; Nurul Laili, 2025a).

2.1.4.4 Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor. Faktor-faktor ini dapat menentukan kualitas dan bentuk dukungan yang diberikan ke pasien, khususnya pada pasien dengan stroke yang membutuhkan perawatan jangka panjang. Menurut Priliana (2024), faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga sebagai berikut:

a. Faktor internal

1. Tahap perkembangan

Faktor usia mempengaruhi setiap dukungan, rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan.

2. Faktor spiritual

Mencakup nilai dan keyakinan, hubungan sosial, dan kemampuan mencari harapan serta arti dalam hidup.

3. Faktor emosional

Faktor ini dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap dukungan dan cara melaksanakannya.

4. Faktor pendidikan dan tingkat pengetahuan

Faktor ini mempengaruhi dukungan yang berbentuk pengetahuan. Kemampuan kognitif mempengaruhi cara berpikir dan pemahaman tentang kesehatannya.

b. Faktor eksternal

1. Faktor keluarga

Kesehatan penderita dapat dipengaruhi oleh cara keluarga memberikan dukungan.

2. Faktor sosial ekonomi

Tingkat ekonomi akan mempengaruhi respon dalam mengambil tindakan untuk kesehatannya.

3. Faktor latar belakang budaya

Hal ini dapat memengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan.

2.1.4.5 Pengukuran dukungan keluarga

Pengukuran dukungan keluarga dilakukan menggunakan kuesioner yang disusun berdasarkan empat aspek dukungan, yaitu emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan. Instrumen ini biasanya menggunakan skala Likert untuk menilai tingkat dukungan yang diberikan oleh keluarga. Hasil pengukuran kemudian dikategorikan menjadi dukungan baik dan tidak baik. Pengukuran ini bertujuan untuk mengetahui tingkat dukungan keluarga dalam membantu proses perawatan pasien (Nurul Laili, 2025).

2.1.5 Hubungan dukungan keluarga dengan *self-care* pada pasien stroke

Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor eksternal yang berpengaruh terhadap kemampuan *self-care* pasien, terutama pada pasien stroke. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan yang diberikan kepada pasien dalam menjalani perawatan sehari-hari. Menurut teori *self-care* dari Dorothea Orem, keluarga termasuk dalam faktor lingkungan yang mempengaruhi *self-care*. Ketika mengalami keterbatasan, keluarga berperan membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien (Fitriyanti & Rahmalia, 2026). Dengan adanya dukungan keluarga, pasien akan lebih mudah beradaptasi dengan keterbatasan yang dialami serta lebih termotivasi untuk melakukan perawatan diri secara bertahap.

Dukungan emosional dan penghargaan memiliki hubungan dengan kemampuan *self-care* pasien stroke. Dukungan emosional berupa perhatian,

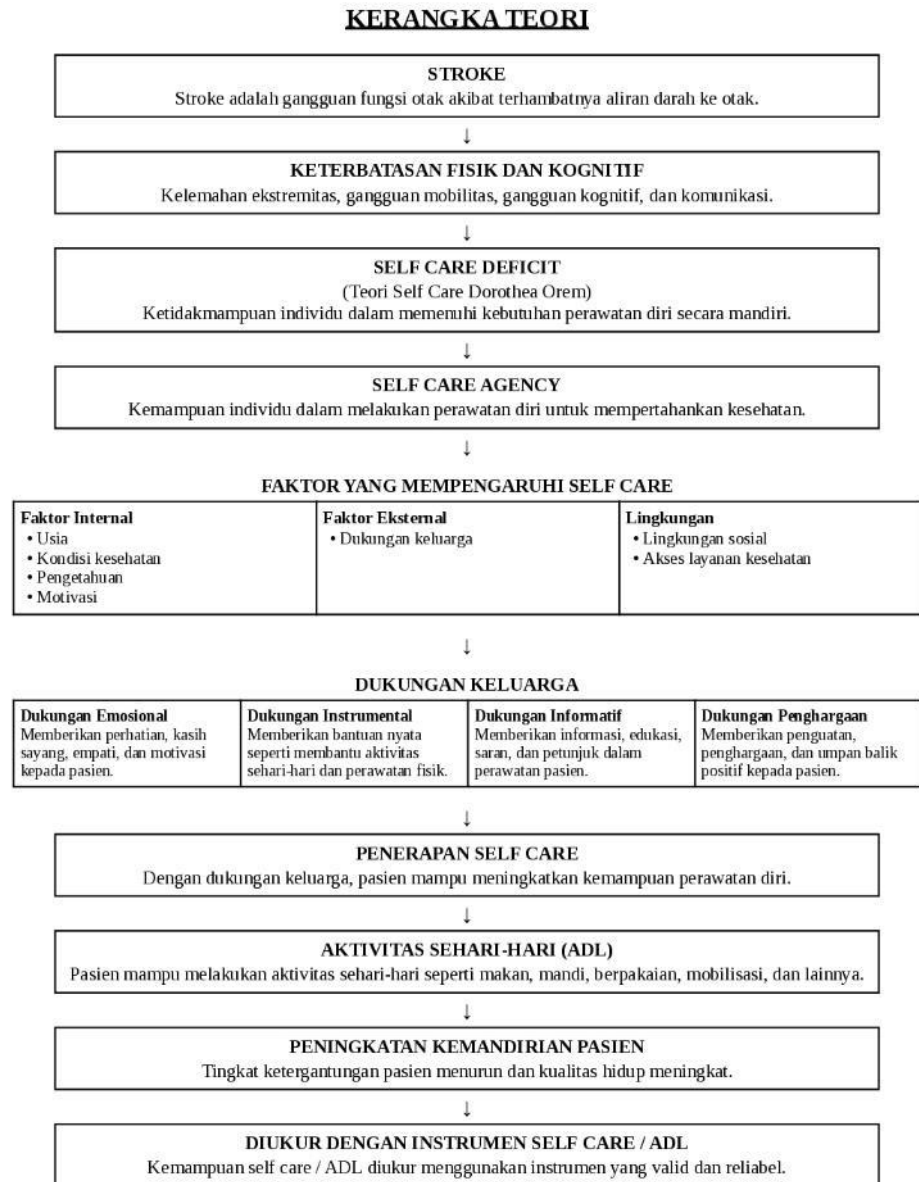
kasih sayang, empati, motivasi dan pendampingan dari keluarga dapat membantu mengurangi kecemasan, stres, dan depresi yang sering dialami pasien stroke akibat perubahan kondisi fisik dan ketergantungan terhadap orang lain. Pasien stroke yang memperoleh dukungan emosional yang baik cenderung lebih termotivasi menjalani rehabilitasi dan lebih percaya diri dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga berperan penting dalam meningkatkan motivasi pasien stroke untuk menjalani fisioterapi dan perawatan diri selama proses rehabilitasi (Sinaga & Purnomo, 2025).

Selain dukungan emosional, dukungan instrumental juga berhubungan dengan kemampuan *self-care* pasien stroke. Dukungan instrumental merupakan bantuan nyata yang diberikan keluarga, seperti membantu mobilisasi, memenuhi kebutuhan nutrisi, membantu kebersihan diri, mengantar kontrol, serta mendampingi pasien menjalani rehabilitasi. Bantuan tersebut sangat penting karena pasien stroke umumnya mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat kelemahan fisik dan gangguan fungsi motorik. Dukungan instrumental yang baik dapat membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar sekaligus melatih kemampuan *self-care* pasien secara bertahap sehingga meningkatkan tingkat kemandirian pasien stroke (Siallagan *et al.*, 2024).

Dukungan informasional juga memiliki hubungan dengan kemampuan *self-care* pasien stroke. Dukungan informasional berupa pemberian edukasi, saran, dan informasi terkait penyakit stroke, pengobatan, rehabilitasi, serta perawatan di rumah dapat membantu pasien dan keluarga memahami kondisi yang dialami pasien. Pemahaman yang baik mengenai proses rehabilitasi dan perawatan stroke dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi serta membantu pasien lebih mandiri dalam melakukan *self-care*. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik tentang stroke cenderung lebih mampu mendukung pasien dalam menjalani perawatan

sehari-hari dan mencegah komplikasi selama masa pemulihan (Romayana Sihotang *et al.*, 2025).

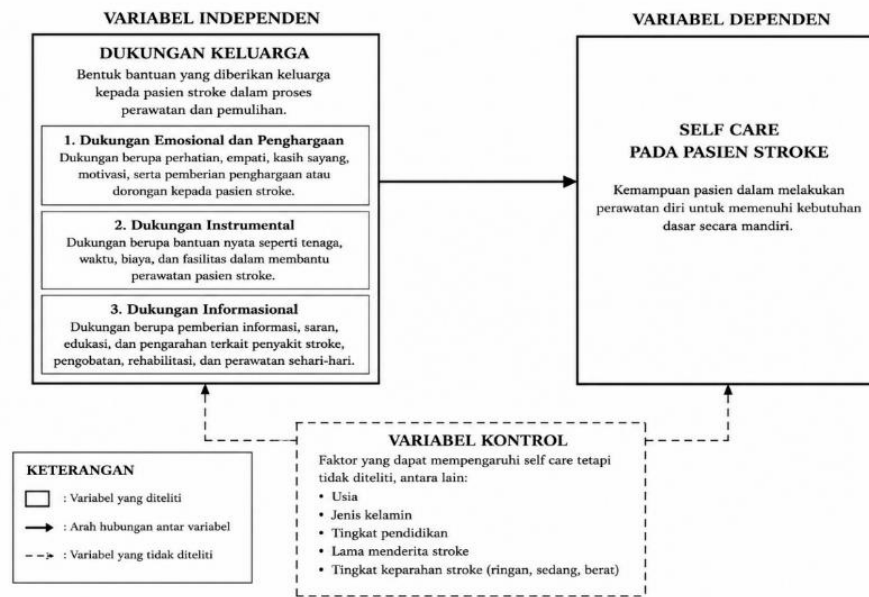
2.2 Kerangka teori



Sumber: Powers *et al.* (2019); Smeltzer (2020); World Health Organization (2023); Feigin *et al.* (2022); Friedman *et al.* (2020); Judith A *et al.* (2019); Nurul Laili (2025); Siallogan *et al.* (2024); Priliana (2024); Fitriyanti & Rahmalia (2026); Risal (2020).

Gambar 2.1
Kerangka teori penelitian
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Self-care* Pada Pasien Stroke
Di RS Panti Rapih Yogyakarta

2.3 Kerangka konsep



Gambar 2.2
Kerangka konsep penelitian
Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Self-care* Pada Pasien Stroke
Di RS Panti Rapih Yogyakarta

2.4 Hipotesis penelitian

Berdasarkan kerangka konsep dan landasan teori yang telah diuraikan, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

2.4.1 Hipotesis Nol (H0)

2.4.1.1. Tidak terdapat hubungan antara dukungan emosional dan penghargaan dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta

2.4.1.2 Tidak terdapat hubungan antara dukungan instrumental dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

2.4.1.3 Tidak terdapat hubungan antara dukungan informasional dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

2.4.2 Hipotesis Alternatif (H1)

2.4.2.1 Terdapat hubungan antara dukungan emosional dan penghargaan dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta

2.4.2.2 Terdapat hubungan antara dukungan instrumental dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.

2.4.2.3 Terdapat hubungan antara dukungan informasional dengan *self-care* pasien stroke di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta.