

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Pengertian Stroke

Stroke merupakan kondisi medis yang terjadi secara tiba-tiba akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena adanya sumbatan maupun perdarahan. Gangguan ini dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak sehingga menimbulkan penurunan fungsi neurologis, baik bersifat sementara maupun permanen, serta beresiko menyebabkan kecacatan bahkan kematian (Pereira et.al, 2025)

Menurut Billinger & Zorowitz (2024), stroke tidak hanya dipandang sebagai kejadian akut, tetapi juga sebagai kondisi kronis yang memiliki dampak jangka panjang terhadap kualitas hidup pasien. Hal ini dikarenakan sebagian besar pasien stroke mengalami keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari (*activity of daily living/ADL*), gangguan mobilitas, serta ketergantungan terhadap orang lain dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Oleh karena itu, stroke memerlukan pendekatan manajemen yang berkelanjutan, tidak hanya pada fase akut tetapi juga pada fase rehabilitasi dan pemulihan.

2.1.2 Manifestasi Klinis Stroke

Manifestasi klinis stroke sangat bergantung pada lokasi dan luasnya kerusakan jaringan otak yang terjadi. Gejala dapat muncul secara tiba-tiba dan bervariasi sesuai dengan area otak yang terkena. Manifestasi klinis yang umum ditemukan pada pasien stroke meliputi:

2.1.2.1 Hemiparesis

Hemiparesis adalah kelemahan pada salah satu sisi tubuh yang merupakan gejala paling sering ditemukan pada pasien stroke. Kelemahan dapat terjadi pada lengan, tungkai, atau keduanya sehingga mengganggu kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hemiparesis

terjadi akibat kerusakan area motorik di otak yang mengontrol pergerakan tubuh (*Winstein et al., 2023*).

2.1.2.2 Hemiplegi

Hemiplegi merupakan kelumpuhan total pada salah satu sisi tubuh akibat kerusakan yang lebih berat pada sistem saraf pusat. Kondisi ini menyebabkan pasien kehilangan kemampuan menggerakkan anggota tubuh yang terkena dan memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2.1.2.3 Gangguan Bicara

Gangguan bicara sering ditemukan pada pasien stroke dan dapat berupa afasia maupun disartria. Afasia merupakan gangguan kemampuan memahami atau mengekspresikan bahasa akibat kerusakan pusat bahasa di otak, sedangkan disartria merupakan gangguan artikulasi bicara akibat kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Gangguan ini dapat menyebabkan kesulitan komunikasi antara pasien dengan orang lain.

2.1.2.4 Gangguan Keseimbangan

Kerusakan pada area serebelum atau sistem vestibular akibat stroke dapat menyebabkan gangguan keseimbangan dan koordinasi gerakan tubuh. Pasien dapat mengalami pusing, kesulitan berjalan, serta peningkatan risiko jatuh selama melakukan aktivitas.

2.1.2.5 Gangguan Sensorik

Gangguan sensorik pada pasien stroke dapat berupa penurunan atau hilangnya kemampuan merasakan sentuhan, suhu, nyeri, dan posisi tubuh. Kondisi ini dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam beraktivitas dan meningkatkan risiko cedera karena berkurangnya sensasi tubuh.

2.1.2.6 Gangguan Menelan (*Disfagia*)

Disfagia merupakan gangguan menelan yang sering terjadi pada pasien stroke akibat kerusakan saraf yang mengatur fungsi menelan. Kondisi ini dapat menyebabkan makanan atau cairan masuk ke saluran pernapasan sehingga meningkatkan risiko aspirasi dan pneumonia. Oleh karena itu, kemampuan menelan perlu dievaluasi sejak awal pada pasien stroke (*Ahmad et al., 2024*).

2.1.2.7 Gangguan Otot dan Sendi pada Pasien Stroke

Stroke dapat menyebabkan gangguan pada fungsi motorik akibat kerusakan pada jaringan otak yang berperan dalam mengatur gerakan tubuh. Gangguan tersebut dapat menyebabkan kelemahan pada salah satu sisi tubuh atau hemiparesis, sehingga pasien mengalami kesulitan dalam menggerakkan anggota tubuh secara optimal. Gangguan fungsi motorik setelah stroke dapat berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan mobilitas, aktivitas sehari-hari, dan mempertahankan kemandirian. Pedoman *Canadian Stroke Best Practice Recommendations* menempatkan gangguan fungsi ekstremitas, mobilitas, aktivitas sehari-hari, dan spastisitas sebagai bagian penting yang perlu diperhatikan dalam rehabilitasi pasien stroke (Salbach et al., 2025).

2.1.3 Dampak Stroke terhadap Pasien dan Keluarga

Stroke merupakan kondisi yang tidak hanya berdampak pada fase akut, tetapi juga menimbulkan konsekuensi jangka panjang berupa disabilitas yang signifikan. Pasien stroke sering mengalami keterbatasan fungsi fisik, seperti kelemahan anggota gerak, gangguan mobilitas, serta penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Disabilitas ini bersifat kronis dan dapat berlangsung dalam jangka waktu yang lama, bahkan seumur hidup, sehingga memerlukan proses rehabilitasi yang berkelanjutan. Kondisi ini menjadikan stroke sebagai salah satu penyebab utama disabilitas global yang memengaruhi kualitas hidup pasien secara menyeluruh (Nazari et.al, 2024).

Dampak lain yang signifikan adalah meningkatnya tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam memenuhi kebutuhan dasar. Keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari (*activity of daily living/ADL*) menyebabkan pasien memerlukan bantuan dalam berbagai aspek, seperti makan, mandi, berpakaian, hingga mobilisasi. Ketergantungan ini tidak hanya memengaruhi kondisi fisik pasien, tetapi juga berdampak pada aspek psikologis, seperti menurunnya rasa percaya diri dan meningkatnya perasaan tidak berdaya. Kondisi tersebut semakin memperkuat pentingnya

intervensi yang berfokus pada peningkatan kemandirian pasien pasca stroke (Nazari et.al, 2024).

Selain berdampak pada pasien, stroke juga memberikan beban yang besar bagi keluarga sebagai *caregiver* utama. Keluarga memiliki peran penting dalam memberikan perawatan, dukungan emosional, serta membantu pasien dalam menjalani proses rehabilitasi di rumah. Namun, peran ini seringkali menimbulkan beban fisik, psikologis, dan sosial bagi *caregiver*. Beban tersebut dapat berupa kelelahan, stres, kecemasan, hingga penurunan kualitas hidup *caregiver* akibat tuntutan perawatan yang terus-menerus. Nazari et.al, (2024) menunjukkan bahwa tingginya tingkat ketergantungan pasien berkorelasi dengan meningkatnya *caregiver burden*, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien.

Lebih lanjut, hubungan antara kondisi pasien dan *caregiver* bersifat saling memengaruhi. Kondisi pasien yang tidak mandiri akan meningkatkan beban *caregiver*, sementara kondisi *caregiver* yang mengalami kelelahan atau stres dapat berdampak pada kualitas dukungan yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu, pendekatan perawatan pasien stroke perlu mempertimbangkan tidak hanya kondisi pasien, tetapi juga kesejahteraan keluarga sebagai *caregiver*. Intervensi yang melibatkan keluarga, seperti edukasi berbasis keluarga, menjadi penting untuk meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam merawat pasien serta mengurangi beban yang mereka alami (World Health Organization 2023).

Dengan demikian, stroke memiliki dampak multidimensional yang melibatkan pasien dan keluarga, meliputi disabilitas jangka panjang, ketergantungan, serta meningkatnya beban *caregiver*. Kondisi ini menegaskan pentingnya pendekatan perawatan yang komprehensif dan berbasis keluarga untuk meningkatkan kemandirian pasien maupun *caregiver*.

2.1.4 Penatalaksanaan Stroke

Penatalaksanaan stroke bertujuan untuk meminimalkan kerusakan jaringan otak, mencegah komplikasi, meningkatkan pemulihan fungsi, dan mencegah terjadinya stroke berulang. Penatalaksanaan stroke meliputi terapi farmakologis, nonfarmakologis, dan rehabilitasi medik.

2.1.4.1 Farmakologis

Terapi farmakologis diberikan sesuai dengan jenis stroke yang dialami pasien. Pada stroke iskemik, terapi dapat berupa pemberian trombolitik, antiplatelet, antikoagulan, statin, dan obat antihipertensi sesuai indikasi klinis. Pemberian terapi ini bertujuan untuk mengembalikan aliran darah ke otak, mencegah pembentukan trombus baru, dan mengurangi risiko stroke berulang (*Powers et al., 2023*). Pada stroke hemoragik, terapi difokuskan pada pengendalian tekanan darah, penghentian perdarahan, pengurangan tekanan intrakranial, serta penanganan komplikasi yang mungkin terjadi.

2.1.4.2 Nonfarmakologis

Penatalaksanaan nonfarmakologis meliputi edukasi pasien dan keluarga, modifikasi gaya hidup, pengaturan pola makan sehat, penghentian kebiasaan merokok, peningkatan aktivitas fisik, serta pengendalian faktor risiko seperti hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Intervensi nonfarmakologis berperan penting dalam mencegah kekambuhan stroke dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Selain itu, dukungan keluarga juga memiliki peran yang sangat penting dalam membantu pasien menjalani pengobatan, mempertahankan motivasi selama proses pemulihan, dan meningkatkan kepatuhan terhadap program rehabilitasi.

2.1.4.3 Rehabilitasi Medik

Rehabilitasi medik merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan pasien stroke yang bertujuan mengembalikan fungsi fisik, psikologis, sosial, dan kognitif pasien secara optimal. Program rehabilitasi meliputi

terapi fisik, terapi okupasi, terapi wicara, rehabilitasi kognitif, dan dukungan psikososial. Rehabilitasi yang dilakukan secara dini, terstruktur, dan berkelanjutan terbukti dapat meningkatkan kemampuan fungsional, kemandirian dalam aktivitas sehari-hari, serta kualitas hidup pasien pasca stroke (*Eapen et al., 2025*).

2.2 Konsep Keterlibatan Keluarga

2.2.1 Definisi keterlibatan keluarga

Keterlibatan keluarga (*family involvement*) merupakan partisipasi aktif anggota keluarga dalam proses perawatan, pemulihan, dan rehabilitasi pasien, termasuk memberikan dukungan, membantu aktivitas pasien, mengikuti proses latihan, berkomunikasi dengan tenaga kesehatan, serta terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Pada pasien stroke, keterlibatan keluarga menjadi bagian penting dalam proses rehabilitasi karena stroke dapat menyebabkan gangguan fungsi motorik, sensorik, komunikasi, kognitif, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga pasien sering membutuhkan bantuan dan dukungan keluarga selama proses pemulihan (Bakas et al., 2022).

Menurut Bakas et al. (2022), intervensi yang melibatkan keluarga atau pasangan pasien dalam rehabilitasi stroke dapat diarahkan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan sekaligus memperbaiki berbagai outcome pada pasien dan caregiver. Keterlibatan keluarga dengan demikian tidak hanya dipandang sebagai keberadaan keluarga di samping pasien, tetapi sebagai keterlibatan aktif dalam proses perawatan dan rehabilitasi pasien stroke.

Maggio et al. (2024) menjelaskan bahwa keluarga memiliki peran penting dalam rehabilitasi pasien stroke karena proses pemulihan tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi juga pada keluarga yang memberikan perawatan. Karakteristik caregiver, dinamika keluarga, dan kemampuan keluarga dalam menghadapi tuntutan perawatan dapat berhubungan

dengan proses rehabilitasi dan kondisi pasien. Oleh karena itu, dukungan dan intervensi yang diarahkan kepada keluarga diperlukan untuk membantu mengoptimalkan proses pemulihan pasien stroke (Maggio et al., 2024).

Keterlibatan keluarga dalam rehabilitasi stroke dapat diwujudkan melalui pendampingan pasien, pemberian motivasi, membantu pelaksanaan latihan, memberikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, mengawasi keselamatan pasien, serta berkomunikasi dengan tenaga kesehatan. Li et al. (2025) menunjukkan bahwa anggota keluarga pasien stroke masih memiliki kesenjangan pengetahuan mengenai rehabilitasi, meskipun sikap dan praktik mereka terhadap rehabilitasi relatif positif. Penelitian tersebut juga menemukan adanya hubungan positif antara pengetahuan, sikap, dan praktik keluarga dalam rehabilitasi stroke, sehingga peningkatan pengetahuan keluarga dapat menjadi salah satu dasar untuk meningkatkan keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi (Li et al., 2025).

2.2.2 Jenis Keterlibatan Keluarga pada Pasien Stroke

Pada pasien stroke, keterlibatan keluarga tidak hanya ditunjukkan melalui kehadiran keluarga di rumah sakit, tetapi merupakan partisipasi aktif keluarga dalam membantu proses perawatan, rehabilitasi, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, serta memberikan dukungan psikologis kepada pasien. Keterlibatan tersebut penting karena stroke dapat menyebabkan gangguan motorik, komunikasi, kognitif, dan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari sehingga pasien sering membutuhkan bantuan keluarga selama proses pemulihan (Bakas et al., 2022; Maggio et al., 2024).

2.2.2.1 Keterlibatan dalam pendampingan pasien

Keluarga berperan mendampingi pasien selama menjalani perawatan dan rehabilitasi. Pendampingan dapat berupa menemani pasien saat melakukan latihan, membantu pasien berpindah posisi, memberikan rasa aman, serta memastikan pasien tidak melakukan aktivitas yang berisiko jatuh.

Pendampingan yang konsisten membantu pasien merasa didukung dan meningkatkan kesempatan pasien untuk berpartisipasi dalam proses rehabilitasi (Bakas et al., 2022).

2.2.2.2 Keterlibatan dalam pelaksanaan latihan

Keluarga dapat terlibat langsung dalam latihan yang telah diajarkan oleh perawat atau fisioterapis. Bentuknya antara lain membantu pasien melakukan latihan gerak ekstremitas, latihan perubahan posisi, latihan keseimbangan, latihan duduk atau berdiri, serta latihan aktivitas fungsional sesuai kondisi pasien. Keterlibatan keluarga dalam latihan membuat keluarga menjadi bagian dari proses rehabilitasi, bukan hanya sebagai pengamat (He et al., 2025).

2.2.2.3 Keterlibatan dalam memberikan motivasi

Pasien stroke dapat mengalami keterbatasan fisik dan psikologis yang menyebabkan motivasi mengikuti rehabilitasi menurun. Keluarga dapat memberikan dorongan, pujian, perhatian, dan semangat kepada pasien agar tetap berusaha melakukan latihan sesuai kemampuannya. Dukungan keluarga juga dapat membantu pasien mempertahankan keterlibatan dalam proses rehabilitasi (Mou et al., 2023).

2.2.2.4 Keterlibatan dalam membantu aktivitas sehari-hari

Keluarga membantu pasien dalam aktivitas yang belum dapat dilakukan secara mandiri, seperti makan, berpakaian, mandi, toileting, berpindah tempat, dan mobilisasi. Namun, bantuan sebaiknya diberikan sesuai tingkat kemampuan pasien, bukan menggantikan seluruh aktivitas pasien. Prinsip tersebut penting agar pasien tetap mendapatkan kesempatan untuk menggunakan kemampuan yang masih dimilikinya dan secara bertahap meningkatkan kemandirian (Zhang et al., 2023).

2.2.2.5 Keterlibatan dalam pengawasan keselamatan pasien

Keluarga berperan mengawasi pasien ketika melakukan latihan dan aktivitas fisik untuk mencegah cedera, terutama risiko jatuh. Keluarga juga dapat memastikan lingkungan sekitar pasien aman, membantu pasien

menggunakan alat bantu sesuai instruksi, dan segera melaporkan perubahan kondisi pasien kepada tenaga kesehatan.

2.2.3 Bentuk Keterlibatan Keluarga dalam Terapi Latihan Pasien Stroke

2.2.3.1 Latihan mobilitas sendi (*Exercise Therapy: Joint Mobility*).

Keluarga dilibatkan untuk membantu pasien melakukan latihan *range of motion* (ROM), baik ROM pasif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan maupun ROM aktif sesuai kemampuan pasien. Keluarga juga berperan membantu menggerakkan sendi secara perlahan dan aman, memperhatikan rentang gerak sendi, membantu latihan fleksi dan ekstensi, serta membantu latihan abduksi dan adduksi sesuai kemampuan pasien. Pelaksanaan latihan dilakukan berdasarkan instruksi dan teknik yang telah diberikan oleh perawat atau peneliti sehingga keluarga dapat memberikan bantuan sesuai kondisi dan kemampuan pasien. Keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi menjadi penting karena peningkatan kemampuan caregiver dalam memberikan bantuan perawatan dapat mendukung proses rehabilitasi pasien stroke. He et al. (2025) menunjukkan bahwa pelatihan kepada *family caregiver* pasien stroke dapat meningkatkan kemampuan caregiver dalam memberikan perawatan, termasuk pengetahuan dan keterampilan perawatan, serta memberikan dampak positif terhadap fungsi motorik pasien.

2.2.3.2 Memperhatikan respons pasien selama latihan.

Keluarga diharapkan mampu mengenali keluhan pasien selama latihan, terutama apabila pasien mengalami nyeri atau ketidaknyamanan, kemudian menghentikan atau menyesuaikan latihan sesuai instruksi tenaga kesehatan. Selain itu, keluarga membantu memastikan latihan dilakukan sesuai jadwal yang telah ditentukan. Dengan demikian, keterlibatan keluarga tidak hanya ditunjukkan melalui kehadiran atau frekuensi membantu pasien, tetapi juga melalui kemampuan keluarga memberikan bantuan secara tepat dan mengikuti arahan tenaga kesehatan. Li et al. (2025) menemukan bahwa praktik keluarga dalam rehabilitasi stroke berhubungan positif dengan pengetahuan dan sikap keluarga, sehingga

peningkatan pengetahuan dan kemampuan keluarga menjadi salah satu aspek penting dalam mendukung praktik rehabilitasi pasien stroke.

2.2.3.3 Latihan pengendalian otot (*Exercise Therapy: Muscle Control*).

Pada aspek ini, keluarga membantu pasien mempertahankan posisi duduk, melakukan perpindahan posisi atau *transfer*, latihan berdiri, latihan keseimbangan sederhana, serta latihan menggerakkan ekstremitas yang mengalami kelemahan. Keluarga juga memberikan dukungan verbal dan motivasi agar pasien berpartisipasi secara aktif dalam latihan. Keterlibatan keluarga dalam latihan tersebut diarahkan untuk membantu pasien memanfaatkan kemampuan motorik yang masih dimiliki secara optimal dengan tetap memperhatikan keamanan dan kondisi pasien. He et al. (2025) menunjukkan bahwa peningkatan kemampuan caregiver melalui pelatihan dapat mendukung kemampuan keluarga dalam membantu proses rehabilitasi pasien stroke dan berdampak positif terhadap fungsi motorik pasien.

2.2.3.4 Dukungan verbal dan motivasi keluarga

Keluarga memberikan dorongan, semangat, dan motivasi agar pasien bersedia mengikuti latihan serta berpartisipasi aktif sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Mou et al. (2023) menunjukkan bahwa intervensi psikoedukasi yang berfokus pada pasien stroke dan *family caregiver* dapat meningkatkan pengetahuan mengenai stroke serta keterampilan perawatan, sehingga pendekatan yang melibatkan pasien dan keluarga secara bersama-sama dapat menjadi bagian penting dalam mendukung proses pemulihan pasien stroke.

2.2.3.5 Kehadiran keluarga selama sesi latihan, kemampuan mengikuti instruksi perawat atau peneliti, kemampuan mendemonstrasikan kembali latihan yang telah diajarkan, serta kemampuan melakukan monitoring terhadap pelaksanaan latihan pasien.

Li et al. (2025) menemukan bahwa keluarga pasien stroke memiliki praktik yang relatif positif dalam mendukung rehabilitasi, tetapi masih terdapat kesenjangan pengetahuan mengenai rehabilitasi stroke. Oleh karena itu, pemberian pendidikan, demonstrasi, dan kesempatan kepada

keluarga untuk melakukan *redemonstration* diperlukan agar keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam membantu pasien selama proses rehabilitasi.

2.3 Konsep Kemandirian Pasien Stroke

2.3.1 Definisi Kemandirian

Kemandirian merupakan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhan dasar dan menjalankan aktivitas sehari-hari (*activity of daily living/ADL*) tanpa bergantung pada bantuan orang lain. Dalam konteks pasien stroke, kemandirian menjadi indikator penting dalam menilai keberhasilan rehabilitasi, karena mencerminkan kemampuan pasien dalam melakukan fungsi dasar seperti makan, mandi, berpakaian, mobilisasi, serta kontrol eliminasi. Penurunan kemandirian pada pasien stroke umumnya disebabkan oleh gangguan fungsi motorik, sensorik, maupun kognitif yang terjadi akibat kerusakan jaringan otak (Sun et. al., 2022).

Dalam perspektif teori keperawatan, kemandirian dapat dijelaskan melalui *Self-Care Deficit Theory* yang dikemukakan oleh Dorothea Orem. Teori ini menyatakan bahwa setiap individu memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan diri (*self-care*) guna mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Namun, ketika individu mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri tersebut, maka terjadi *self-care deficit* yang memerlukan intervensi keperawatan. Pada pasien stroke, kondisi ini sering terjadi akibat gangguan neurologis yang menyebabkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga perawat berperan dalam membantu pasien mencapai tingkat kemandirian yang optimal melalui edukasi, latihan, dan pemberdayaan (Billinger & Zorowitz, 2024).

Dari perspektif rehabilitasi stroke, kemandirian dipandang sebagai tujuan utama dalam proses pemulihan pasien. Rehabilitasi tidak hanya berfokus pada pemulihan fungsi fisik, tetapi juga pada peningkatan kemampuan

pasien untuk kembali berfungsi secara mandiri dalam kehidupan sehari-hari. Pereira et.al., (2025) menegaskan bahwa peningkatan kemandirian pasien merupakan outcome penting dalam rehabilitasi stroke, karena berhubungan langsung dengan kualitas hidup, kemampuan adaptasi, serta keberhasilan pasien dalam menjalani kehidupan pasca stroke.

Lebih lanjut, kemandirian pasien stroke tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi fisik, tetapi juga oleh faktor psikologis seperti *self-efficacy*, motivasi, serta dukungan sosial dari keluarga. Pasien dengan tingkat kepercayaan diri yang tinggi dalam mengelola kondisi kesehatannya cenderung memiliki kemampuan kemandirian yang lebih baik. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang berfokus pada peningkatan self-management dan dukungan keluarga menjadi sangat penting dalam meningkatkan kemandirian pasien stroke.

Dengan demikian, kemandirian pada pasien stroke dapat diartikan sebagai kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri yang dipengaruhi oleh kondisi fisik, psikologis, serta dukungan lingkungan. Kemandirian merupakan indikator utama keberhasilan rehabilitasi dan menjadi tujuan penting dalam asuhan keperawatan pasien stroke.

2.3.2 Dimensi Kemandirian

Kemandirian pada pasien stroke merupakan konsep multidimensional yang mencakup berbagai aspek kemampuan individu dalam menjalankan fungsi kehidupan sehari-hari. Tidak hanya terbatas pada kemampuan fisik, kemandirian juga melibatkan aspek mobilitas dan fungsi sosial yang saling berkaitan. Pemahaman terhadap dimensi kemandirian ini penting untuk menentukan intervensi yang tepat dalam proses rehabilitasi pasien stroke (Pereira et. al., 2025).

Dimensi pertama adalah *self-care*, yaitu kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri, seperti makan,

mandi, berpakaian, serta menjaga kebersihan diri. Kemampuan *self-care* merupakan indikator utama dalam menilai tingkat kemandirian pasien stroke, karena secara langsung mencerminkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dasar tanpa bantuan orang lain. Gangguan pada fungsi neurologis akibat stroke seringkali menyebabkan keterbatasan dalam *self-care*, sehingga pasien memerlukan latihan dan dukungan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian optimal (Sun et. al., 2022).

Dimensi kedua adalah mobilitas, yang mencakup kemampuan pasien dalam berpindah tempat, berjalan, serta mempertahankan keseimbangan tubuh. Mobilitas merupakan aspek penting dalam kemandirian karena berkaitan langsung dengan kemampuan pasien untuk beraktivitas secara mandiri di lingkungan sekitarnya. Keterbatasan mobilitas pada pasien stroke, seperti hemiparesis atau gangguan koordinasi, dapat meningkatkan risiko ketergantungan serta memperburuk kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, peningkatan mobilitas menjadi fokus utama dalam program rehabilitasi stroke (Pereira et. al., 2025).

Dimensi ketiga adalah fungsi sosial, yaitu kemampuan pasien dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial, menjalankan peran sosial, serta berpartisipasi dalam aktivitas masyarakat. Stroke seringkali menyebabkan perubahan dalam kemampuan komunikasi, emosi, dan kepercayaan diri, yang berdampak pada penurunan fungsi sosial pasien. Sun et. al., (2022) menjelaskan bahwa keterbatasan dalam fungsi sosial dapat memengaruhi motivasi pasien dalam menjalani rehabilitasi serta berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup secara keseluruhan.

Ketiga dimensi tersebut saling berkaitan dan membentuk suatu kesatuan dalam konsep kemandirian pasien stroke. Gangguan pada salah satu dimensi dapat memengaruhi dimensi lainnya, sehingga diperlukan pendekatan intervensi yang komprehensif dan terintegrasi. Oleh karena itu, upaya peningkatan kemandirian pasien stroke harus mencakup penguatan

aspek *self-care*, mobilitas, dan fungsi sosial secara simultan untuk mencapai hasil rehabilitasi yang optimal.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian

Kemandirian pasien stroke dipengaruhi oleh berbagai faktor yang bersifat multidimensional, meliputi faktor internal yang berasal dari dalam diri pasien serta faktor eksternal yang berasal dari lingkungan sekitar. Pemahaman terhadap faktor-faktor ini penting untuk menentukan strategi intervensi yang tepat dalam meningkatkan kemandirian pasien selama proses rehabilitasi

Faktor internal pertama yang memengaruhi kemandirian adalah *self-efficacy*, yaitu keyakinan individu terhadap kemampuannya dalam melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan tertentu. Pada pasien stroke, *self-efficacy* berperan penting dalam menentukan motivasi, kepatuhan terhadap terapi, serta kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Pasien dengan tingkat *self-efficacy* yang tinggi cenderung lebih aktif dalam proses rehabilitasi dan memiliki kemampuan kemandirian yang lebih baik.

Faktor internal lainnya adalah kondisi fisik, yang meliputi tingkat keparahan stroke, fungsi motorik, serta kemampuan neurologis pasien. Gangguan fisik seperti kelemahan otot, gangguan koordinasi, dan keterbatasan mobilitas secara langsung memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Semakin berat gangguan fisik yang dialami, maka semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain. Oleh karena itu, pemulihan fungsi fisik melalui rehabilitasi menjadi aspek penting dalam meningkatkan kemandirian pasien stroke

Selain faktor internal, terdapat faktor eksternal yang juga berperan penting, yaitu edukasi. Edukasi kesehatan yang diberikan kepada pasien bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, serta kemampuan dalam

mengelola kondisi kesehatan secara mandiri. Intervensi edukasi yang efektif dapat meningkatkan pemahaman pasien mengenai penyakitnya, meningkatkan kepatuhan terhadap terapi, serta mendorong perubahan perilaku yang mendukung kemandirian.

Faktor eksternal lainnya adalah dukungan keluarga, yang merupakan salah satu determinan utama dalam keberhasilan rehabilitasi pasien stroke. Keluarga berperan sebagai sumber dukungan fisik, emosional, dan sosial yang membantu pasien dalam menjalani proses pemulihan. Dukungan keluarga yang optimal dapat meningkatkan motivasi pasien, memperkuat kepatuhan terhadap terapi, serta membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sebaliknya, kurangnya dukungan keluarga dapat menghambat proses rehabilitasi dan menurunkan tingkat kemandirian pasien

Dengan demikian, kemandirian pasien stroke dipengaruhi oleh interaksi antara faktor internal, seperti *self-efficacy* dan kondisi fisik, serta faktor eksternal, seperti edukasi dan dukungan keluarga. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang efektif perlu dirancang secara komprehensif dengan mempertimbangkan seluruh faktor tersebut, sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien secara optimal.

2.2.4 Kemandirian sebagai Outcome Rehabilitasi

Kemandirian merupakan salah satu indikator utama dalam menilai keberhasilan rehabilitasi pasien stroke. Tujuan utama dari proses rehabilitasi tidak hanya berfokus pada pemulihan fungsi neurologis, tetapi juga pada kemampuan pasien untuk kembali menjalankan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Hal ini mencerminkan tingkat adaptasi pasien terhadap kondisi pasca stroke serta keberhasilan intervensi yang diberikan selama proses perawatan dan pemulihan (Billinger & Zorowitz, 2024).

Dalam konteks rehabilitasi stroke, kemandirian menjadi outcome yang sangat penting karena berkaitan langsung dengan kualitas hidup pasien. Pasien yang mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih baik cenderung memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri, berpartisipasi dalam aktivitas sosial, serta memiliki tingkat kepercayaan diri yang lebih tinggi. Sebaliknya, pasien dengan tingkat kemandirian yang rendah akan mengalami ketergantungan yang tinggi terhadap orang lain, yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan beban caregiver. Billinger & Zorowitz, (2024) menegaskan bahwa program rehabilitasi yang efektif harus mampu meningkatkan kemandirian pasien sebagai outcome utama, selain memperbaiki fungsi neurologis. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan rehabilitasi tidak hanya diukur dari aspek klinis, tetapi juga dari kemampuan pasien dalam mengelola aktivitas sehari-hari secara mandiri. Oleh karena itu, intervensi yang berfokus pada peningkatan edukasi, serta pemberdayaan pasien menjadi sangat penting dalam mencapai outcome tersebut.

Lebih lanjut, kemandirian juga berperan sebagai indikator keberlanjutan pemulihan pasien stroke setelah keluar dari rumah sakit. Pasien yang memiliki tingkat kemandirian yang baik akan lebih mampu melanjutkan proses rehabilitasi secara mandiri di rumah, mengurangi risiko komplikasi, serta menurunkan kemungkinan rehospitalisasi. Dengan demikian, kemandirian tidak hanya menjadi indikator keberhasilan rehabilitasi jangka pendek, tetapi juga menjadi faktor penting dalam keberhasilan perawatan jangka panjang pasien stroke.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kemandirian merupakan outcome utama dalam rehabilitasi stroke yang mencerminkan keberhasilan intervensi secara menyeluruh. Peningkatan kemandirian pasien menjadi tujuan penting dalam asuhan keperawatan, karena berkontribusi langsung

terhadap peningkatan kualitas hidup serta penurunan ketergantungan pasien terhadap orang lain.

2.4 Konsep Terapi Latihan pada Pasien Stroke

2.3.1 Pengertian Terapi Latihan

Terapi latih (*exercise therapy*) merupakan salah satu intervensi utama dalam rehabilitasi pasien stroke yang bertujuan untuk memulihkan fungsi fisik, meningkatkan kemampuan fungsional, dan mempertahankan kualitas hidup pasien. Terapi latihan dilakukan melalui serangkaian aktivitas atau latihan yang dirancang secara sistematis dan terstruktur sesuai dengan kondisi serta kemampuan pasien. Latihan tersebut bertujuan untuk meningkatkan kemampuan gerak, kekuatan otot, koordinasi, keseimbangan, dan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Menurut pedoman rehabilitasi stroke yang diterbitkan oleh American Heart Association dan American Stroke Association, terapi latihan merupakan bagian penting dari rehabilitasi multidisiplin yang diberikan sejak fase akut hingga fase kronis untuk mengoptimalkan pemulihan fungsi neurologis setelah stroke (*Winstein et al., 2016*).

Stroke sering menyebabkan gangguan fungsi motorik akibat kerusakan pada area otak yang mengatur pergerakan. Kondisi tersebut dapat menimbulkan kelemahan otot, gangguan keseimbangan, keterbatasan mobilitas, dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, terapi latihan menjadi salah satu pendekatan rehabilitasi yang efektif untuk membantu pasien memperoleh kembali kemampuan fungsional secara optimal (*Billinger et al., 2024*).

2.3.2 Tujuan Terapi Latih

Pelaksanaan terapi latihan pada pasien stroke memiliki beberapa tujuan utama yang berkaitan dengan pemulihan fungsi fisik dan peningkatan kualitas hidup pasien.

2.3.2.1 Meningkatkan Kekuatan Otot

Kelemahan otot merupakan salah satu dampak utama yang dialami pasien stroke akibat kerusakan sistem saraf pusat. Terapi latihan bertujuan meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sehingga pasien mampu melakukan aktivitas secara lebih mandiri.

2.3.2.2 Meningkatkan Mobilitas

Mobilitas merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dan berpindah tempat secara mandiri. Terapi latihan membantu meningkatkan kemampuan mobilisasi pasien melalui latihan gerak yang dilakukan secara bertahap sehingga pasien dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih baik.

2.3.2.3 Meningkatkan Keseimbangan

Gangguan keseimbangan sering terjadi pada pasien stroke akibat kerusakan sistem neuromuskular dan koordinasi tubuh. Latihan keseimbangan bertujuan meningkatkan kontrol postural dan stabilitas tubuh sehingga dapat mengurangi risiko jatuh selama beraktivitas.

2.3.2.4 Meningkatkan Kemampuan Aktivitas Sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*)

Terapi latihan bertujuan meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dasar sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, berpindah tempat, dan berjalan. Peningkatan kemampuan ADL merupakan indikator penting keberhasilan rehabilitasi stroke.

2.3.2.5 Mencegah Komplikasi

Imobilisasi yang berkepanjangan pada pasien stroke dapat menyebabkan berbagai komplikasi seperti kontraktur, atrofi otot, trombosis vena dalam, dekubitus, dan penurunan kapasitas kardiorespirasi. Terapi latihan berperan penting dalam mencegah terjadinya komplikasi tersebut melalui aktivitas fisik yang terencana dan berkesinambungan (Bernhardt et al., 2024).

2.3.3 Jenis-Jenis Terapi Latihan pada Pasien Stroke

Menurut Pollock et al. (2023), rehabilitasi fisik pada pasien stroke terdiri atas berbagai latihan yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi motorik,

mobilitas, keseimbangan, dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Jenis terapi latihan yang umum diberikan pada pasien stroke meliputi latihan *Range of Motion* (ROM), latihan duduk, latihan berdiri, latihan berjalan, dan latihan keseimbangan.

2.3.3.1 Latihan Range of Motion (ROM) Aktif

ROM aktif adalah latihan gerak sendi yang dilakukan secara mandiri oleh pasien dengan menggunakan kekuatan otot yang masih dimiliki. Latihan ini bertujuan mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, kekuatan otot, koordinasi gerakan, serta mencegah kekakuan sendi akibat imobilisasi (Kisner et al., 2023).

2.3.3.2 Latihan Range of Motion (ROM) Pasif

Menurut Kisner et al. (2023), ROM pasif diberikan pada pasien yang mengalami kelemahan otot berat atau kelumpuhan sehingga tidak mampu melakukan gerakan secara aktif.

2.3.3.3 Latihan Duduk

Latihan duduk merupakan tahap awal rehabilitasi yang bertujuan meningkatkan kemampuan mempertahankan postur tubuh, kontrol batang tubuh (*trunk control*), dan keseimbangan statis. Kemampuan duduk yang baik menjadi dasar bagi pasien untuk melanjutkan latihan berdiri dan berjalan (Winstein et al., 2016).

2.3.3.4 Latihan Berjalan

Latihan berjalan (*gait training*) merupakan latihan yang dirancang untuk memperbaiki pola berjalan, meningkatkan koordinasi gerakan ekstremitas bawah, serta meningkatkan kemampuan mobilitas pasien pasca stroke. Latihan ini dapat dilakukan dengan atau tanpa alat bantu sesuai kondisi pasien (Pollock et al., 2023).

2.5 Konsep Terapi Latihan Berbasis Keluarga

2.4.1 Pengertian Terapi Latihan Berbasis Keluarga

Terapi latihan berbasis keluarga merupakan pendekatan rehabilitasi yang melibatkan anggota keluarga secara aktif dalam pelaksanaan program latihan pasien selama proses pemulihan. Dalam pendekatan ini, keluarga

tidak hanya berperan sebagai pendamping, tetapi juga ikut membantu pelaksanaan latihan, memberikan motivasi, melakukan pengawasan, serta mendukung keberlangsungan program rehabilitasi yang telah direncanakan oleh tenaga kesehatan. Keterlibatan keluarga diharapkan dapat meningkatkan kontinuitas latihan, kepatuhan pasien, dan hasil rehabilitasi pasca stroke.

Menurut *Mulder et al. (2024)*, *caregiver-mediated exercise* merupakan model rehabilitasi yang melibatkan caregiver atau anggota keluarga dalam membantu pasien melakukan latihan fisik secara terstruktur di rumah maupun selama proses rehabilitasi. Pendekatan ini dirancang untuk meningkatkan intensitas latihan dan keterlibatan pasien dalam proses pemulihan. Penelitian *Ding et al. (2024)* menjelaskan bahwa keterlibatan keluarga dalam latihan rehabilitasi pasien stroke merupakan bagian penting dari proses pemulihan karena keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam membantu pasien beradaptasi kembali dengan aktivitas sehari-hari setelah pulang dari rumah sakit.

Berdasarkan definisi tersebut, terapi latihan berbasis keluarga dapat diartikan sebagai suatu metode rehabilitasi yang melibatkan anggota keluarga secara aktif dalam membantu, mendampingi, dan memantau pelaksanaan latihan pasien stroke guna meningkatkan keberhasilan rehabilitasi serta mencapai tingkat kemandirian yang optimal.

2.4.2 Peran Keluarga dalam Rehabilitasi Stroke

Menurut pendekatan *Family-Centered Care*, keluarga merupakan komponen penting dalam rehabilitasi pasien stroke karena sebagian besar proses pemulihan berlangsung di rumah. Keluarga berkontribusi dalam membantu perawatan fisik, memberikan dukungan emosional, serta memastikan pasien menjalankan program rehabilitasi secara berkelanjutan.

2.4.2.1 Sebagai Cargiver

Keluarga berperan sebagai *caregiver* utama yang membantu memenuhi kebutuhan fisik pasien seperti makan, mandi, berpakaian, mobilisasi, dan pelaksanaan latihan rehabilitasi. Pasien stroke sering mengalami keterbatasan fungsi sehingga membutuhkan bantuan keluarga dalam aktivitas sehari-hari.

2.4.2.2 Sebagai Motivator

Keluarga berperan memberikan dorongan psikologis dan motivasi kepada pasien selama menjalani rehabilitasi. Dukungan emosional yang diberikan keluarga dapat meningkatkan semangat pasien untuk berlatih dan mempertahankan kepatuhan terhadap program rehabilitasi.

2.4.2.3 Sebagai Educator

Keluarga juga berperan sebagai *educator* yang membantu mengingatkan dan mengajarkan kembali latihan yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan. Untuk menjalankan peran ini secara optimal, keluarga perlu mendapatkan edukasi terlebih dahulu mengenai teknik latihan yang benar dan aman.

2.4.2.4 Sebagai Support System

Keluarga merupakan sistem pendukung (*support system*) utama bagi pasien stroke. Dukungan keluarga terbukti berhubungan dengan peningkatan kapasitas caregiver, penurunan beban perawatan, serta peningkatan keberhasilan rehabilitasi pasien stroke.

2.6 Kerangka Teori

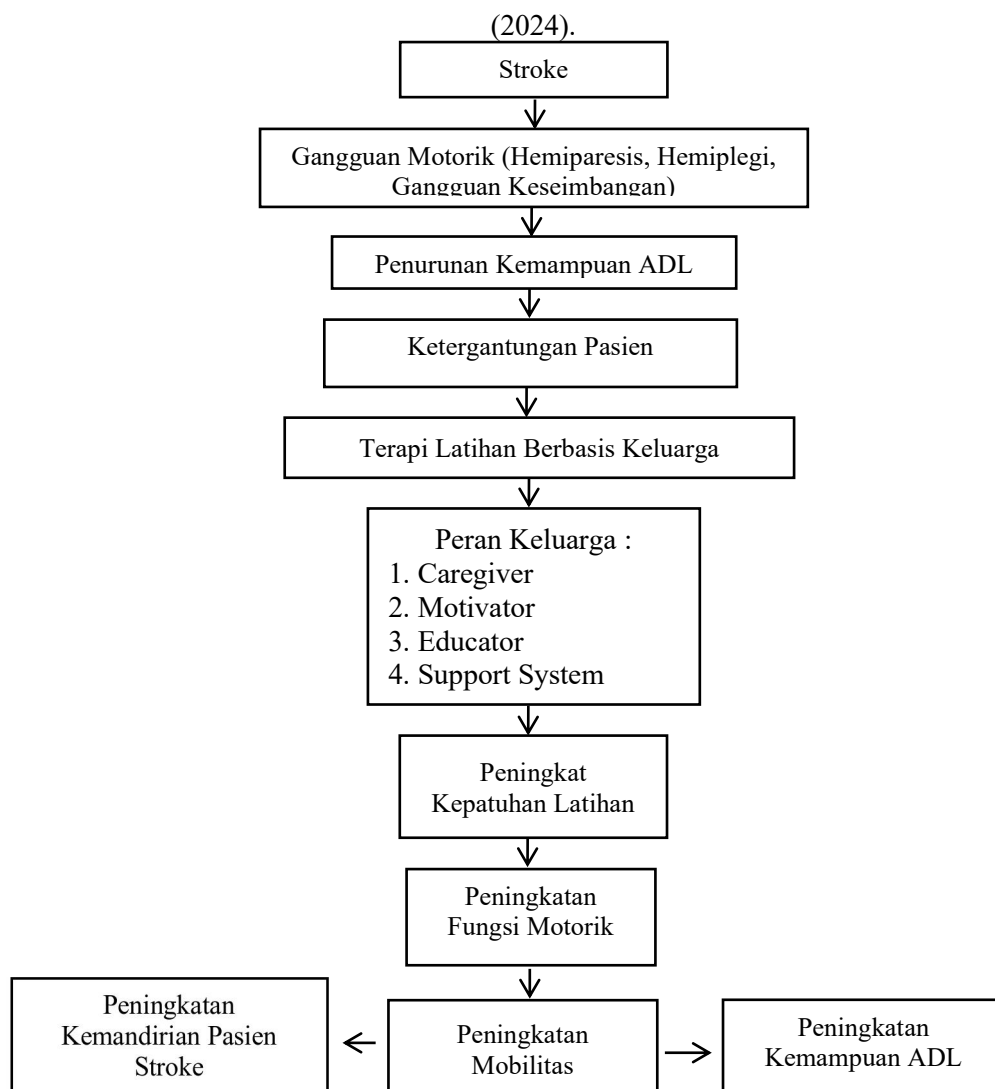
Kerangka teori penelitian ini disusun berdasarkan teori rehabilitasi stroke dan konsep *Family-Centered Care*. Stroke menyebabkan kerusakan sistem saraf pusat yang mengakibatkan gangguan motorik berupa hemiparesis, hemiplegi, dan gangguan keseimbangan. Gangguan motorik tersebut berdampak pada penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (*Activities of Daily Living* atau ADL) sehingga pasien menjadi bergantung pada bantuan orang lain (Winstein et al., 2023). Konsep *Family-Centered Care* menjelaskan bahwa keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi dapat meningkatkan hasil

pemulihan pasien melalui dukungan fisik, emosional, edukatif, dan sosial. Keluarga berperan sebagai *caregiver*, *motivator*, *educator*, dan *support system* yang membantu pasien menjalankan program rehabilitasi secara berkelanjutan (Creasy et al., 2015).

Selain itu, model *Caregiver-Mediated Exercise* menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan latihan dapat meningkatkan intensitas dan kepatuhan latihan pasien sehingga berdampak pada peningkatan fungsi motorik, kemampuan mobilitas, dan kemampuan ADL. Perbaikan kemampuan fungsional tersebut pada akhirnya akan meningkatkan tingkat kemandirian pasien stroke (Choo et al., 2022; Mulder et al., 2024).

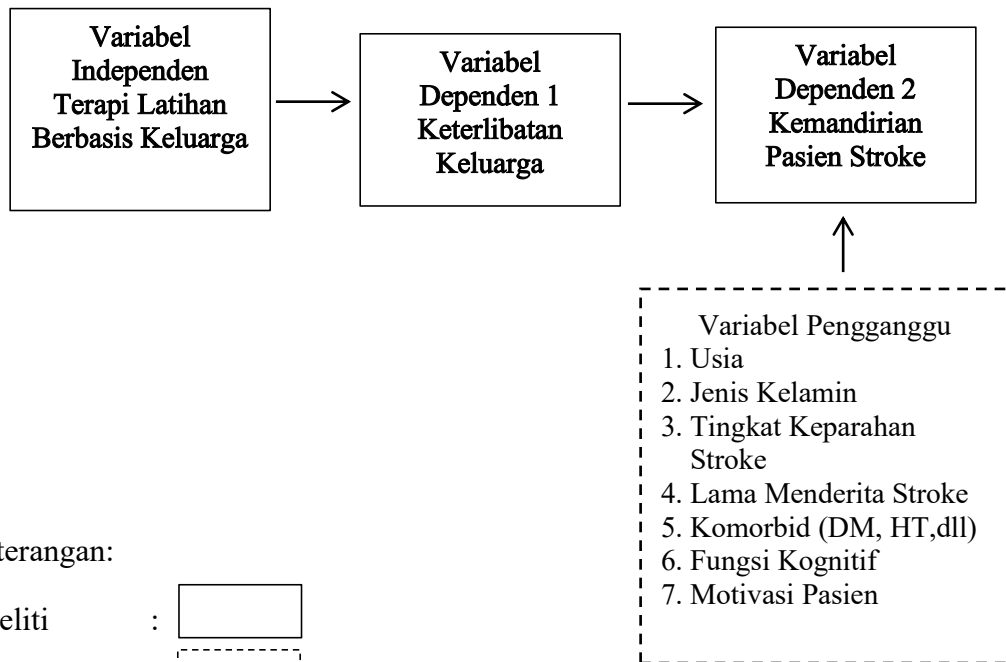
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Dimodifikasi dari Creasy et al. (2015), Choo et al. (2022), dan Mulder et al.



2.6 Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

Diteliti :

Tidak Diteliti :

2.7 Hipotesis Penelitian

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

2.7.1 Hipotesis Nol (H_0)

2.7.1.1 Tidak terdapat pengaruh terapi latihan otot dan sendi berbasis keluarga terhadap keterlibatan keluarga pasien stroke di rawat inap RS Panti Rahayu

2.7.1.2 Tidak terdapat pengaruh keterlibatan keluarga terhadap kemandirian pasien stroke di rawat inap RS Panti Rahayu

2.7.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

2.7.2.1 Terdapat pengaruh terapi latihan otot dan sendi berbasis keluarga terhadap keterlibatan keluarga pasien stroke di rawat inap RS Panti Rahayu

2.7.2.2 Terdapat pengaruh keterlibatan keluarga terhadap kemandirian pasien stroke di rawat inap RS Panti Rahayu.