

**PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN PALIATIF DALAM ASPEK FISIK
PADA KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA
PASIEN PASKA STROKE DI KECAMATAN BAYONGBONG
KABUPATEN GARUT 2023**

SKRIPSI

Diajukan Untuk Menempuh Gelar Sarjana Keperawatan
Pada Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Karsa Husada Garut

DEBI MUTIARA SUCI
KHGC19059



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN
PALIATIF DALAM ASPEK FISIK PADA
KELUARGA TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA PASIEN
PASKA STROKE DI KECAMATAN
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT 2023

NAMA MAHASISWA : DEBI MUTIARA SUCI

NIM : KHG.C.19059

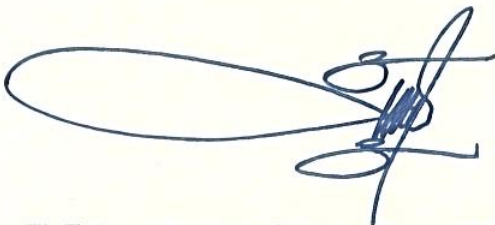
SKRIPSI

Skripsi ini telah disetujui untuk di sidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi SI Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiyansah, S.Kep., Ners., M.Pd

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN SEMINAR SIDANG PENELITIAN**

JUDUL : **PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN
PALIATIF DALAM ASPEK FISIK PADA
KELUARGA TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA PASIEN
PASKA STROKE DI KECAMATAN
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT 2023**

NAMA MAHASISWA : **DEBI MUTIARA SUCI**

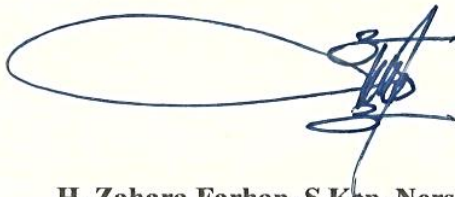
NIM : **KHG.C.19059**

Menyatakan bahwa mahasiswa di atas telah melaksanakan perbaikan seminar
sidang penelitian

Garut, Juli 2023

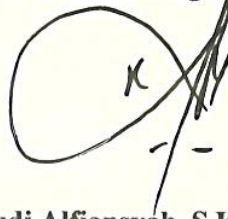
Mengetahui,

Pembimbing Utama



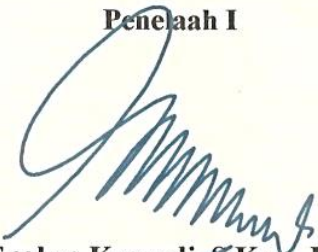
H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

Penelaah I



H. Engkus Kurnadi, S.Kep., M.Kes

Penelaah II



Iwan Wahyudi, S. Kep., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : **PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN
PALIATIF DALAM ASPEK FISIK PADA
KELUARGA TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA PASIEN
PASKA STROKE DI KECAMATAN
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT 2023**

NAMA MAHASISWA : **DEBI MUTIARA SUCI**

NIM : **KHG.C.19059**

Skripsi ini telah disidangkan dihadapan
Tim Penguji Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2023

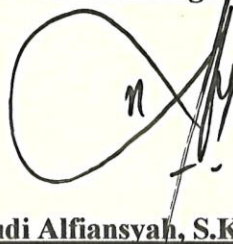
Mengetahui,

Pembimbing Utama



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui,

**Ketua
Program Studi S1 Keperawatan**



Iin Patimah, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Skripsi ini asli dan belum diajukan untuk mendapatkan gelar akademik S.Kep baik dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2023
Pembuat pernyataan

Debi Mutiara Suci,

ABSTRAK

PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN PALIATIF DALAM ASPEK FISIK PADA KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA PASIEN PASKA STROKE DI KECAMATAN BAYONGBONG KABUPATEN GARUT 2023

Oleh : Debi Mutiara Suci. NIM. KHGC19059

x + V BAB + 74 Halaman + 6 Tabel + 1 Bagan + 14 Lampiran

Stroke infark disebabkan karena tersumbatnya pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak baik sebagian atau seluruhnya yang mengakibatkan terjadinya gangguan pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Gangguan pada aspek fisik berdampak terhadap menurunnya tingkat kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Untuk mencegah timbulnya komplikasi lanjut pada aspek fisik, perlu dilakukan upaya rehabilitasi paska stroke untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar yang dapat dilakukan dengan pemberian bimbingan perawatan paliatif di rumah. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut. Penelitian ini menggunakan metode *quasi eksperimen* dengan desain *one group pre-test* dan *post-test*. Sampel penelitian ini keluarga yang mempunyai anggota keluarga stroke infak sebanyak 20 responden yang menjadi kelompok intervensi dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Pengambilan data menggunakan Standar Prosedur Operasional Keperawatan baku dari PPNI dan instrumen tingkat kemandirian keluarga. Analisis data univariat menggunakan distribusi frekuensi dan uji bivariat menggunakan *Wilcoxon*. Hasil penelitian tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik, sebagian besar keluarga berada pada tingkat kemandirian 2 dan setelah dilakukan bimbingan perawatan paliatif sebagian besar keluarga berada pada tingkat kemandirian 3. Pemberian informasi dan keterampilan melalui bimbingan perawatan paliatif dapat meningkatkan pemahaman dan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke infark. Simpulan penelitian ini, terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke.

Kata Kunci : Perawatan Paliatif, Tingkat Kemandirian, Pasien Paska Stroke
Daftar Pustaka : 37 Buku (2013-2019)

ABSTRACT

THE INFLUENCE GUIDANCE OF PALIATIVE CARE IN PHYSICAL ASPECT OF FAMILY ON THE LEVEL OF INDEPENDENCE OF FAMILY POST STROKE PATIENTS IN BAYONGBONG DISTRICT, GARUT REGENCY 2023

By: Debi Mutiara Suci. NIM. KHGC19059

x + V Chapter + 74 Pages + 6 Tables + 1 Chart + 14 Appendices

Stroke infarction is caused due to blockage of the blood vessels that supply blood to the brain either partially or completely which results in disturbances in the physical, psychological, social and spiritual aspects. Disturbances in the physical aspect have an impact on reducing the patient's level of independence in meeting their daily needs. To prevent further complications on the physical aspect, it is necessary to carry out post-stroke rehabilitation efforts to increase patient independence in meeting basic needs which can be done by providing guidance on palliative care at home. The purpose of this study was to determine the effect of palliative care guidance in the physical aspect on the level of family independence of post-stroke patients in Bayongbong District, Garut Regency. This study used a quasi-experimental method with a one group pre-test and post-test design. The sample of this study was a family that had stroke infaq family members as many as 20 respondents who became the intervention group with the sampling technique using purposive sampling. Data retrieval used the standard Nursing Operational Procedure Standards from PPNI and family independence level instruments. Univariate data analysis using frequency distribution and bivariate test using Wilcoxon. The results of the research on the level of independence of the families of post-stroke patients before being given guidance on palliative care in the physical aspect, most families are at level 2 of independence and after guidance on palliative care most of the families are at level of independence 3. Providing information and skills through guidance on palliative care can improve family understanding and independence in caring for family members who have stroke infarction. The conclusion of this study, there is an influence of palliative care guidance in the physical aspect on the level of independence of the family of post-stroke patients.

Keywords: Palliative Care, Level of Independence, Post-Stroke Patients

Bibliography: 37 Books (2013-2019)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik pada Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut 2023.

Proses penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA, selaku ketua dewan pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Drs. H. Suryadi., selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Drs. H. Adjidin, M.Si, selaku ketua pengawas Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
4. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut sekaligus sebagai penelaah I dalam ujian sidang penelitian ini.
5. Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan.
6. H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku pembimbing utama yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan pengertian, memberikan masukan-masukan yang baik, serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini.

7. Rudi Alfiyansah, S.Kep, Ners, M.Pd., selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan semangat kepada penulis selama proses penyusunan skripsi ini.
8. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku penelaah II yang telah memberikan arahan dan masukan bagi penulis.
9. Seluruh staf dosen Program Studi S-1 Keperawatan yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan kepada penulis selama menempuh pendidikan di STIKes Karsa Husada Garut.
10. Seluruh staf akademik, administratif, dan perpustakaan yang ada di STIKes Karsa Husada Garut yang telah membantu dan memfasilitasi kebutuhan akademik penulis selama menempuh pendidikan.
11. Keluarga besar tercinta yang selalu mendoakan, memberi motivasi yang tiada henti, memberikan dukungan baik secara moril maupun materil, serta tiada henti-hentinya memberikan curahan kasih sayang dan semangat demi kelancaran dalam penyusunan proposal ini.
12. Sahabat “PARTNER SURGA” Anggun, Fitri, Neng Irma, Nenden, Merlyn, Widia, Siti Salamah, Theresa, Revita, Syahna, Lala, yang telah memberikan doa, motivasi, semangat, dan bantuan kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
13. Rekan-rekan mahasiswa kelas reguler angkatan 2019 program studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut atas kebersamaannya selama menempuh pendidikan dan terima kasih atas dukungan serta bantuan yang telah diberikan pada penulis selama ini.

Semoga Allah SWT memberkahi dan membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Dalam penulisan skripsi ini penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu ide, gagasan, kritik serta saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan untuk perbaikan skripsi ini.

Garut, Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI	i
LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG SKRIPSI	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB II KAJIAN TEORI DAN KERANGKA PEMIKIRAN PENELITIAN	9
2.1 Kajian Teori.....	9
2.1.1. Konsep Dasar Perawatan Paliatif	9
2.1.2. Konsep Dasar Tingkat Kemandirian Keluarga.....	21
2.1.3. Konsep Dasar Stroke Infark	31
2.1.4. Hasil Penelitian Terdahulu Mengenai Perawatan Paliatif pada Pasien Stroke Infark	47
2.2 Kerangka Pemikiran Penelitian	48
2.3 Hipotesis Penelitian	50
BAB III METODE PENELITIAN	51
3.1. Rancangan Penelitian	51
3.2. Variabel Penelitian	51
3.3. Definisi Operasional	51
3.4. Populasi dan Sampel	52
3.5 Teknik Pengumpulan Data	54
3.6. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	54
3.7. Tahapan Pengolahan Data.....	55
3.8. Analisa Data	55
3.9. Langkah – Langkah Penelitian.....	58
3.9. Lokasi dan Waktu Penelitian	58

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	59
4.1. Hasil Penelitian	59
4.2. Pembahasan.....	62
4.3. Keterbatasan Penelitian	70
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	71
5.1. Simpulan	71
5.2. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Tingkat Kemandirian Keluarga	30
Tabel 3.1 Definisi Operasional	65
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga yang Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke Infark (N = 20).....	59
Tabel 4.2. Tabel 4.2. Distribusi Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Sebelum Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023 (N=20)...	60
Tabel 4.3 Tabel 4.3. Distribusi Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Sesudah Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023 (n=25).....	61
Tabel 4.4. Tabel 4.4. Hasil Uji Bivariat Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Infark	61

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Pemikiran Penelitian	50
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Formulir Usulan Topik Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Pengantar Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 : Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan dari Kesbangpol
- Lampiran 4 : Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan dari Dinas Kesehatan
- Lampiran 5 : Surat Balasan Ijin Studi Pendahuluan dari Puskesmas Bayongbong
- Lampiran 6 : Sertifikat PPS Tahun 2019 / 2020
- Lampiran 7 : Sertifikat LDKO Tahun 2020
- Lampiran 8 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 9 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 10 : Lembar *Standar Operating Procedur* (SOP)
- Lampiran 10 : Lembar Observasi Tingkat Kemandirian Keluarga
- Lampiran 11 : Hasil Olah Data Penelitian SPSS
- Lampiran 12 : Bimbingan Skripsi
- Lampiran 13 : Dokumentasi
- Lampiran 14 : Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2022 sekitar 14 juta orang mengalami stroke dan diprediksi akan meningkat sebanyak 3,4 juta orang pada tahun 2030 dengan angka kematian sekitar 87% per tahun. Angka kejadian stroke di Indonesia terbagi menjadi dua bagian, dimana sekitar 30% masyarakat Indonesia mengalami stroke hemoragik dan sekitar 70% mengalami stroke non hemoragik (Kemenkes, 2019). Jawa Barat merupakan provinsi yang menduduki peringkat ke-4 kejadian stroke terbanyak di Indonesia dibanding provinsi lainnya dengan angka kejadian sebesar 11,4% (Dinkes Jabar, 2020). Kabupaten Garut merupakan salah satu Kabupaten di Jawa Barat yang memiliki angka kejadian stroke yang tinggi, dimana kejadian stroke tertinggi di Kabupaten Garut berada di Puskesmas Bayongbong dan hampir setiap tahun cenderung mengalami kenaikan. Data tahun 2021 menunjukkan sebanyak 38 orang masyarakat di wilayah kerja puskesmas Bayongbong mengalami serangan stroke dan pada tahun 2022 sebanyak 45 orang (Rekam Medik Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut, 2022).

Dampak yang terjadi akibat serangan stroke antara lain; gangguan pada aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Dampak yang terjadi pada aspek fisik seperti; gangguan pernapasan, gangguan saraf, sistem sirkulasi, sistem otot, sistem pencernaan, sistem perkemihan, dan sistem reproduksi. Sedangkan dampak pada

aspek psikologis mengakibatkan takut, gelisah, marah, cemas, stres, depresi dan sedih atas kekurangan fisik dan mental (Brewer, 2013). Pasien stroke yang memiliki keterbatasan pada aspek fisik, kognitif dan sosial dapat menyebabkan menurunnya tingkat kemandirian. Salah satu tujuan dari rehabilitasi stroke adalah untuk meningkatkan tingkat kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasar sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga yang salah satunya dapat dilakukan dengan pemberian perawatan paliatif (Badaru, 2016).

Perawatan paliatif adalah perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dengan tujuan utama meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang dialami oleh pasien (Steele & Davies, 2015; WHO, 2018). Permasalahan yang sering muncul pada pasien yang menjalani perawatan paliatif selain pada aspek fisik antara lain; masalah psikologi, masalah hubungan sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual (Campbell, 2014).

Proses perawatan paliatif adalah proses perawatan spesialisasi bidang kesehatan dengan melibatkan dokter, perawat, ahli perawatan kesehatan dan spesialis lainnya yang saling memiliki peran dan tanggungjawab dalam memberikan perawatan serta memberikan dukungan kepada pasien dan keluarganya. Melalui proses perawatan paliatif, pasien dan keluarganya dapat berkomunikasi dengan dokter tentang harapan, tujuan perawatan, penatalaksanaan gejala, dan keputusan tindakan untuk mengatasi keluhan termasuk keluhan pada aspek fisik. Masalah fisik yang sering muncul seperti keterbatasan dalam

melakukan kegiatan sehari-hari, menjaga kebersihan diri, mengonsumsi makanan yang mengandung nutrisi, melakukan pergerakan, eliminasi, mandi dan kegiatan lainnya (Curie, 2019)

Ketepatan dalam memberikan perawatan paliatif pada pasien paska stroke akan dapat meringankan beban penderita, meminimalkan kecacatan fisik emosi, kecemasan, dan stres akan lebih terkontrol dan mengurangi ketergantungan pada orang lain sehingga tingkat kemandirian pasien dan meningkat (Chapman dan Bogle, 2014). Tingkat kemandirian keluarga merupakan perilaku keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri di rumah sehingga keluarga mampu mengenal dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri (Rohadi, dkk, 2016).

Penanganan pasien paska stroke perlu adanya keterlibatan keluarga (Mahmuddin et. al 2019). Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan paliatif pada pasien paska stroke memegang peran penting baik dalam hal sikap, tindakan dan penerimaan terhadap setiap anggota keluarga. Hal ini dikarenakan keluarga memiliki fungsi perawatan kesehatan yang menuntut keluarga harus mampu memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mampu mempertahankan/menciptakan suasana rumah yang sehat dan mampu membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat (Friedman, Marilyn, 2013).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Mustamin (2021) di Watapone tentang Pengaruh Pendidikan Kesehatan dalam Pelaksanaan *home care* terhadap Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) Penderita Stroke kepada 10 orang responden didapatkan bahwa, terdapat pengaruh pemberian pendidikan

kesehatan terhadap tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pasien yang mengalami stroke. Hal ini sesuai dengan teori Notoatmojo (2013) bahwa dengan pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi pengetahuan dan pemahaman individu, kelompok, ataupun masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. Semakin meningkatnya pengetahuan (kognitif) *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien stroke, maka akan berdampak positif dalam mempertahankan pemenuhan kebutuhan, dasar dan meningkatkan kualitas hidup sehingga tingkat kemandiriannya meningkat.

Hasil penelitian diatas sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Firawati (2019) di RSUD H. Padjonga DG Ngalle Kabupaten Takalar tentang Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan dan Dukungan Keluarga terhadap pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) di RSUD H. Padjonga DG Ngalle Kabupaten Takalar kepada 17 responden yang mengungkapkan bahwa, terdapat pengaruh positif pemberian pendidikan kesehatan dan dukungan keluarga terhadap pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL). Hal ini sesuai dengan teori Susanti, Deli (2011) yang mengungkapkan bahwa, pendidikan kesehatan dapat mengatasi penyakit tanpa menunggu sampai penyakit tersebut semakin parah. Oleh karena itu dukungan keluarga sangat penting untuk diberikan karena dapat menciptakan situasi yang tenang kepada pasien dan dapat meningkatkan kemandirian pasien.

Hasil penelitian lain yang mendukung dan menguatkan topik penelitian ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Mei Xu (2021) tentang Pengaruh Perawatan Paliatif terhadap Kecemasan, Depresi dan Kualitas Tidur

pada Pengasuh Utama Pasien Lanjut Usia yang Mengalami Kanker Stadium Akhir kepada 51 responden yang mengungkapkan bahwa, pemberian perawatan paliatif pada pasien yang mengalami kanker stadium akhir efektif dalam mengurangi dampak psikologis yang buruk dari pengasuh utama, meningkatkan kualitas tidur pasien, serta meningkatkan kepuasan perawat dan kualitas hidup pasien. Hasil penelitian lain dilakukan oleh Danial Ibrahim (2021) tentang Hubungan Perawatan Paliatif dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara kepada 43 responden yang mengungkapkan bahwa, terdapat hubungan antara perawatan paliatif dengan kualitas hidup pada pasien kanker payudara di Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Adolfina Emilia Wamaer (2019) tentang Pengaruh Intervensi Edukasi *Palliative Care* terhadap Kualitas Hidup ODHA yang mengkonsumsi Antiretroviral (ARV) di Kabupaten Biak Numfor, kepada 120 responden yang mengungkapkan bahwa, pemberian intervensi edukasi palliative care yang simultan memberikan pengaruh terhadap kualitas hidup ODHA yang mengkonsumsi Antiretroviral (ARV).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Bayongbong dengan wawancara kepada 10 keluarga pasien stroke di Desa Mulyasari dan Desa Cinisti diperoleh data terdapat 6 keluarga mengatakan dalam melakukan proses perawatan paliatif masih meminta bantuan kepada tenaga kesehatan seperti pegawai puskesmas atau mantri, hal ini dikarenakan sebagian besar keluarga belum pernah terpapar informasi langsung dari tenaga kesehatan tentang bagaimana perawatan pasien stroke di rumah. Sedangkan perawatan palitif pada aspek fisik yang dilakukan oleh keluarga seperti pemeliharaan

kebersihan diri, mandi, ganti pakaian, menyediakan makan dan melakukan aktivitas sehari-hari ada yang dilakukan mandiri oleh keluarga ada juga yang meminta bantuan kepada orang lain seperti tetangga ataupun tenaga kesehatan. Selama ini keluarga hanya mendapatkan informasi dari kebiasaan-kebiasaan orang lain yang sudah dilakukan atau hanya mendapatkan informasi dari media online. Selain itu dari 10 keluarga terdapat 8 keluarga yang masih belum bisa mengungkapkan masalah kesehatan dengan benar, selain itu beberapa keluarga belum bisa menerima pelayanan perawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik pada keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang masalah tersebut, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut “Adakah Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik pada Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik pada keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke dalam aspek fisik sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.
2. Mengidentifikasi tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke dalam aspek fisik sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.
3. Menganalisis pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik pada keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi untuk bahan kajian lebih lanjut dalam penanganan pasien paska stroke dengan melibatkan keluarga untuk meningkatkan kemandirian pada pasien paska stroke. Selain itu, hasil penelitian dapat digunakan untuk mengembangkan mata ajar perawatan paliatif dengan memasukan pokok bahasan ke dalam

Rencana Pembelajaran Semester (RPS) mata kuliah tentang proses perawatan paliatif pasien stroke dalam tatanan komunitas.

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) yang lebih tepat dan komprehensif dengan menerapkan perawatan paliatif pada keluarga sehingga dapat menangani pasien paska stroke dengan tepat. Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada keluarga tentang pentingnya perawatan paliatif untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialami oleh pasien paska stroke di rumah.

BAB II

KAJIAN TEORI, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Teori

2.1.1. Konsep Dasar Perawatan Paliatif

2.1.1.1. Definisi

Perawatan paliatif adalah perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dengan pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga dengan penyakit yang mengancam jiwa (Steele & Davies, 2015; WHO, 2018).

Perawatan paliatif adalah sistem perawatan terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan meringankan rasa nyeri dan rasa sakit lainnya, memberikan dukungan spritual, psikososial dan memberikan dukungan terhadap keluarga pasien (Fanasa, Cherley & Rantung, 2018).

Perawatan paliatif adalah perawatan yang dilakukan untuk semua pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi yang membatasi masa hidup atau mengancam jiwa maupun kondisi pasien yang mendapatkan intervensi untuk memperpanjang masa hidup (Muntamah, 2020).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa perawatan paliatif adalah perawatan pada seorang pasien dan

keluarganya yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan cara memaksimalkan kualitas hidup pasien serta mengurangi gejala yang mengganggu, selain itu juga melalui pengurangan nyeri, dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien.

2.1.1.2. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan pelayanan perawatan paliatif sebagai upaya untuk mencegah dan meringankan penderitaan guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi berbagai masalah yang terkait dengan penyakit yang diderita melalui upaya pencegahan dan penanganan kepada pasien dalam mengatasi masalah-masalah baik pada aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual, kultural, serta dukungan keluarga kepada pasien selama masa sakit dan berduka (Campbell, 2014).

Tujuan paliatif untuk mengurangi, memperpanjang umur, meningkatkan kualitas hidup, serta memberi dukungan kepada keluarga pasien. Dalam hal ini perlu diperhatikan adalah penerimaan pasien terhadap kematian secara psikologis dan spiritual sudah siap serta tidak merasa terbebani atau sters menghadapi penyakit yang diderita dan perawatan paliatif tidak hanya sampai pasien meninggal tetapi akan berlanjut pada anggota keluarga yang berduka (Anita, 2016).

2.1.1.3. Prinsip Perawatan Paliatif

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015), prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan perawatan paliatif antara lain ;

1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain,
2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal,
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian, mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual,
4. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup produktif,
5. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa berduka,
6. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya,
7. Menghindari tindakan yang tidak berguna dan bersifat individual kepada pasien.

Prinsip perawatan paliatif adalah perilaku *caring* yang merupakan kunci utama dalam memberikan perhatian kepada pasien. Perhatian tersebut bukan hanya pada aspek medis saja melainkan untuk semua aspek yang menimbulkan masalah atau keluhan. Hal yang utama yang menjadi perhatian dalam perawatan paliatif adalah komunikasi yang baik antara pasien dan keluarga, sehingga terjalin keterbukaan antara pasien dan perawat pada saat berkomunikasi tentang informasi penyakit yang diderita pasien (Yodang, 2018).

2.1.1.4 Masalah Keperawatan Pada Pasien Paliatif

Permasalahan perawatan paliatif yang sering muncul pada pasien paliatif umumnya masalah fisik, psikologi, sosial, kultural, serta spiritual (IAHPC, 2016). Permasalahan yang muncul pada pasien yang menerima perawatan paliatif dilihat dari perseptif keperawatan meliputi masalah psikologi, masalah hubungan sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual atau keagamaan (Campbell, 2013).

1.Masalah Fisik

Masalah fisik yang sering kali muncul pada pasien paliatif yaitu nyeri (Anonim, 2017). Nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul akibat rusaknya jaringan aktual yang terjadi secara tiba-tiba dari intensitas ringan hingga berat yang dapat diantisipasi dan diprediksi. Masalah nyeri dapat ditegakkan apabila data subjektif dan objektif dari pasien memenuhi minimal tiga kriteria (Nanda, 2015).

2.Masalah Psikologi

Masalah psikologi yang paling sering dialami pasien paliatif adalah kecemasan. Hal yang menyebabkan terjadinya kecemasan ialah diagnosa penyakit yang membuat pasien takut sehingga menyebabkan kecemasan bagi pasien maupun keluarga (Misgiyanto & Susilawati, 2014). Durand dan Barlow (2006) mengatakan kecemasan adalah keadaan suasana hati yang ditandai oleh afek

negatif dan gejala-gejala ketegangan jasmaniah dimana seseorang mengantisipasi kemungkinan datangnya bahaya atau kemalangan di masa yang akan datang dengan perasaan khawatir.

Nanda (2015) menyatakan bahwa kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang disertai oleh respon otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan tanda waspada yang memberi tanda individu akan adanya bahaya dan mampukah individu tersebut mengatasinya.

2.1.1.5. Prinsip Etik Dalam Keperawatan Paliatif

1. Autonomy

Hak individu dalam membuat keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan atau tidak dilakukan setelah mendapatkan informasi dari dokter serta memahami informasi tersebut secara jelas. Pada pasien anak, autonomy tersebut diberikan pada orangtua atau wali.

2. Beneficence

Tindakan yang dilakukan harus memberikan manfaat bagi pasien dengan memperhatikan kenyamanan, kemandirian, kesejahteraan pasien dan keluarga, serta sesuai keyakinan dan kepercayaan.

3. Non-maleficence

Tindakan yang dilakukan harus tidak bertujuan mencederai atau memperburuk keadaan kondisi yang ada.

4. *Justice*

Memperlakukan semua pasien tanpa diskriminasi (tidak membedakan ras, suku, agama, gender dan status ekonomi). Tindakan yang telah disetujui oleh pasien dan atau keluarga harus dituangkan dalam “inform consent” dan ditandatangani oleh pasien dan keluarga dan petugas kesehatan sebelum tindakan dilakukan atau tidak dilakukan.

2.1.1.6. Tim Perawatan Paliatif

Dokter memiliki peranan dalam menentukan rencana pengobatan pada pasien sedangkan perawat merencanakan tindakan keperawatan berbasis kebutuhan dasar pasien baik fisik, psikologis, edukasi, dan memberi dukungan keluarga saat dalam masa berduka. Dokter dan perawat bekerjasama dalam mengelolah kasus pasien dengan kondisi terminal ditatanan layanan primer. Beberapa tenaga kesehatan lainnya berkontribusi dalam pelayanan perawatan paliatif seperti pekerja sosial medik, fisioterapi, psikolog, rohaniawan dan relawan. Namun, hal ini belum dilakukan di Indonesia (Campbell, 2013).

2.1.1.7. Peran Tim Perawatan Paliatif

Pelayanan perawatan paliatif memerlukan kerja sama tim secara terpadu untuk saling berkoordinasi antara profesi kesehatan, maupun tenaga relawan yang lain yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, dan meningkatkan kualitas hidup.

Adapun beberapa peran yang dilakukan oleh tim perawatan paliatif antara lain :

1. Peran Perawat

Menurut Menurut Matzo & Sherman (2017), peran perawat dalam pelayanan paliatif meliputi :

- a. *Valuing*, memiliki kemampuan untuk menghargai terhadap nilai dan keyakinan seseorang.
- b. *Connecting*, menunjukkan kemampuan untuk selalu dapat berinteraksi dengan pasien dan keluarga, dan mencoba memahami pengalaman yang dialami oleh mereka.
- c. *Empowering*, memberdayakan pasien dan keluarga untuk berbuat sesuatu sesuai dengan kemampuan dan harapan yang diinginkan oleh mereka sendiri.
- d. *Doing for*, selain memberikan pelayanan akan kebutuhan pasien secara fisik, perawat juga harus memaksimalkan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah atau keluhan yang dialami oleh pasien.
- e. *Finding meaning*, dalam pelayanan perawatan paliatif memotivasi pasien untuk menentukan arti dari kondisi sakitnya atau kondisi saat ini merupakan hal yang penting untuk membantu tata kelola keluhan yang dirasakan oleh pasien.
- f. *Preserving own integrity*, menjaga dan mempertahankan integritas diri merupakan hal yang terpenting untuk mempertahankan harga

diri, keyakinan diri serta semangat, sehingga mampu menjalankan peran dan fungsi sebagai anggota tim secara efektif.

2. Peran Dokter

Sebagai bagian dari tim pelayanan perawatan paliatif peran dokter secara umum yaitu mengatasi keluhan atau masalah pasien yang bersifat kompleks, memastikan bahwa pemberian perawatan berdasarkan keluhan atau masalah. Dokter juga memiliki peran untuk memperjelaskan siapa yang berhak mengambil keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, terutama disaat pasien sudah tidak dapat mengambil keputusan akibat penurunan kesadaran (Lowey, 2015).

3. Peran Pekerja Sosial Medik

Pekerja sosial medik mempunyai peranan penting untuk melakukan pengkajian dan memberi masukan terhadap masalah psikologis, emosional, sosial terhadap pasien dan keluarganya dengan cara meningkatkan kemampuan untuk beradaptasi dan berespon terhadap lingkungan, memberikan dorongan keterampilan coping psikologis pada pasien serta keluarga, koordinasi pelayanan berduka dan evaluasi terhadap pelayanan tersebut yang telah dilakukan oleh anggota tim.

4. Peran Fisioterapi

Tenaga fisioterapi memiliki peran yang sangat penting untuk mengatasi keluhan baik fisik maupun non fisik dengan menggunakan

tindakan non farmakologis, meningkatkan kemampuan mobilitas, dan mengelola masalah limphoedema pasien.

5. Peran Apoteker

Peran apoteker menyediakan pelayanan terkait dengan pengobatan yang dibutuhkan oleh pasien di rumah serta memberikan informasi pengobatan seperti dosis, kegunaan, efek samping dan kontraindikasi. Peran apoteker di area perawatan paliatif terbagi atas lima bagian yaitu: penyediaan layanan obat-obatan, mengoptimalkan pemberian resep, pendidikan dan informasi tentang obat-obatan, keselamatan pasien, serta manajemen dan administrasi penggunaan obat (Walker, Scarpaci, & Mc. Pherson, 2010).

6. Peran Okupasi Terapis

Peran okupasi terapis dalam pelayanan perawatan paliatif bervariasi dengan peran utamanya merancang atau mendesain alat bantu sesuai dengan kondisi sehingga pasien tetap bisa beraktifitas di rumah (Yodang, 2018).

7. Peran *Dietician* dan *Nutritionist*

Masalah yang sering dikeluhkan oleh pasien dengan penyakit paliatif adalah ketidakmampuan untuk makan dan menikmati makanan. Hal seperti ini bisa terjadi penurunan berat badan yang cukup signifikan sehingga dapat menyebabkan kelemahan dan letargi. Oleh karena itu peran seorang *dietician* dan *nutritionist* sangat berarti untuk menetapkan pola diet pasien.

8. Peran Rohaniawan

Rohaniawan juga memiliki peran yang berhubungan dengan masalah spiritualitas dan religiusitas, menjadi advokat pasien dengan tetap mempertimbangkan pendapat atau pandangan pasien dan keluarga, memberikan konseling dan berpartisipasi dalam tindak lanjut masa berduka, membantu pasien menjalankan ibadah, berdoa terutama saat kondisi menjelang ajal/ kematian.

9. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif menjadi penghubung antara institusi layanan kesehatan dan pasien, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor, membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

2.1.1.8. Tempat Pelayanan Perawatan Paliatif

Menurut Permenkes, R.I (2017), pelayanan perawatan paliatif dapat dilaksanakan pada beberapa tempat baik di rumah, rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang menyediakan layanan untuk rawat inap maupun rawat jalan, sehingga pasien dapat mengakses layanan setiap hari untuk pelayanan konsultasi. Pelayanan perawatan paliatif di rumah bisa dilakukan oleh dokter maupun perawat komuniti, sedangkan pelayanan perawatan paliatif di rawat inap dapat dilakukan

di rumah sakit yang menyediakan layanan khusus atau terintegrasi dengan layanan lainnya, termasuk rumah hospis. Untuk layanan primer di Indonesia berfokus pada layanan di puskesmas, sedangkan di negara-negara yang sudah menyediakan tempat pelayanan paliatif layanan kerjanya di rumah. Rumah hospis ataupun unit layanan khusus paliatif di rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan pada pasien dengan penyakit terminal atau penyakit stadium akhir (*National Coalition for Hospice And Palliative Care*, 2018).

1. Rumah Sakit

Perawatan paliatif di Rumah Sakit untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau perawatan khusus.

2. Puskesmas

Perawatan paliatif di Puskesmas untuk pasien yang memerlukan perawatan rawat jalan.

3. Rumah singgah / panti (*hospice*)

Perawatan paliatif di rumah singgah / panti (*hospice*) untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena memerlukan pengawasan.

4. Rumah pasien

Perawatan paliatif di rumah pasien untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat tindakan khusus atau peralatan

husus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.

2.1.1.9. Cakupan Pelayanan Perawatan Paliatif

Menurut Matzo & Sherman, (2017), cakupan pelayanan paliatif meliputi;

1. Pelayanan yang berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan yang berfokus pada penyakit;
2. Menerima kematian namun tetap juga berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup;
3. Pelayanan yang membangun kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan maupun keluarga pasien;
4. Berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan. Dalam hal ini perawatan paliatif bukan untuk mempercepat proses kematian namun bukan pula untuk menunda kematian, karena kematian merupakan proses alamiah makhluk hidup. Sehingga dalam melakukan perawatan paliatif, kematian akan berlangsung secara alamiah pada pasien.

2.1.1.10. Manajemen nyeri

Nyeri adalah keluhan yang sering ditemukan pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Nyeri merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga, 95% nyeri kanker dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial dan spiritual (Kementerian

Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Secara umum nyeri diklasifikasikan berdasarkan mekanisme fisiologis (somatik, visceral, dan neuropatik) dan pola temporal (akut dan kronis). Nyeri somatik dapat timbul melalui aktifitas serabut saraf nosiseptif akibat terjadinya kerusakan jaringan secara fisik, kimia, nyeri visceral disebabkan karena tekanan proses baik suhu yang panas maupun dingin, dan nyeri neuropatik dilakukan berdasarkan jenisnya (Lowey, 2015).

2.1.1.11. Manajemen Spiritual

Perawatan paliatif sangat berkaitan dengan aspek spiritual yaitu dengan cara membantu pasien untuk mengidentifikasi kepercayaan positif yang dimilikinya, sehingga pasien dapat menggunakan kepercayaan tersebut untuk menghadapi kesehatannya. Spiritual didefinisikan sebagai aspek kemanusiaan yang mana hal tersebut merujuk pada seseorang mencari dan mengekspresikan makna, tujuan, atau maksud dengan cara pengalaman mereka yang mana pengalaman tersebut saling berhubungan pada waktu atau kejadian, pada diri sendiri, pada orang terdekat maupun sang maha kuasa (Puchalski, 2012).

2.1.2 Konsep Dasar Tingkat Kemandirian Keluarga

2.1.2.1. Pengertian Kemandirian

Kemandirian keluarga merupakan sikap individu yang diperoleh secara kumulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi

di lingkungan, sehingga individu mampu berfikir dan bertindak sendiri. Dengan kemandirian seseorang dapat memilih jalan hidupnya untuk berkembang ke yang lebih mantap (Rohadi, dkk, 2016).

2.1.2.2.Kriteria Kemandirian Keluarga

Menurut Rohadi, dkk, (2016), kriteria kemandirian keluarga berdasarkan tingkat kemandirian , diantaranya :

1. Menerima petugas kesehatan,
2. Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan keluarga
3. Keluarga tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya dengan benar,
4. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran,
5. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran,
6. Melakukan tindakan pencegahan secara aktif
7. Keluarga mampu melakukan tindakan promotif secara aktif.

Friedman (1998) dalam Zulfitri (2012) menyatakan bahwa, apabila 5 tugas kesehatan keluarga terpenuhi, maka keluarga tersebut sudah menunjukan 14 kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan pada anggota keluarganya, meliputi: pertama, keluarga diharapkan mampu mengenal berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Kedua, keluarga mampu memutuskan tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Ketiga, keluarga

mampu melakukan perawatan yang tepat sehari-hari di rumah. Keempat, keluarga dapat menciptakan dan memodifikasi lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarganya. Kelima, adalah keluarga diharapkan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diselesaikan sendiri oleh keluarga (Makhfudli, 2016),

2.1.2.3. Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemandirian

Menurut Alhogbi, (2017), faktor - faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian keluarga antara lain;

1. Kondisi Kesehatan

Semakin baik status kesehatan maka akan semakin kecil tingkat ketergantungan yang dialami. Hal ini dikarenakan kesehatan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari (Yakub dan Herman, 2019). Pada umumnya disepakati bahwa kebugaran dan kesehatan mulai menurun pada usia setengah baya. Penyakit-penyakit degeneratif mulai menampakkan diri pada usia ini (Depkes RI, 2017). Pada lansia juga mengalami penurunan kekuatan fisik, pancaindera, potensi dan kapasitas intelektual. Dengan demikian, orang lansia harus menyesuaikan diri kembali dengan keadaan penurunan tersebut. Penurunan fisik dapat terlihat dengan perubahan fungsi tubuh serta organ.

Perubahan biologis ini terjadi pada massa otot yang berkurang, penurunan panca indera, kemampuan motorik yang menurun yang dapat menyebabkan usia lanjut menjadi lamban dan kurang aktif, penurunan fungsi sel otak yang menyebabkan penurunan daya ingat jangka pendek, melambatnya proses informasi, kesulitan berbahasa dan mengenal benda-benda, kegagalan melakukan aktivitas bertujuan (apraksia) dan gangguan dalam menyusun rencana, mengatur sesuatu, mengurutkan, daya abstraksi, yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang disebut demensia atau pikun, sehingga keluhan yang sering terjadi adalah mudah letih, mudah lupa, gangguan saluran pencernaan, saluran kencing, fungsi indra dan menurunnya konsentrasi (Depkes RI, 2017).

2. Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi keluarga membentuk gaya hidup keluarga status ini juga merupakan faktor yang sangat kuat didalam nilai keluarga, nilai ini dominan dari masyarakat berbeda-beda. Terkait dengan dimensi waktu, keluarga miskin lebih berorientasi pada masa kini daripada kelas menengah. Diantara beberapa keluarga miskin misalnya waktu dan perjanjian dipersiapkan sebagai sesuatu yang fleksibel artinya kegiatan dimulai jika semua orang yang terlibat sudah sampai sebaliknya keluarga kelas menengah, menganut nilai waktu yang dominan dan mengharapkan

ketepatan waktu serta keterampilan manajemen waktu yang baik (Friedman, Marilyn, 2013).

3. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologis sosial berkaitan dengan perilaku *interpersonal* dan hubungan interpersonal, konsep diri yang baik, pengendalian emosi yang baik, dan perilaku interpersonal lainnya akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan akan meningkatkan kemandirian. Bersamaan dengan itu, perilaku komunikasi interpersonal, seperti komunikasi dengan orang lain, 34 interaksi dengan masyarakat dan lingkungan sekitarnya. Jika pengalaman interpersonal dan interpersonal terganggu maka akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan menurunkan tingkat kemandirian (Yakub dan Herman, 2019).

4. Budaya

Orientasi atau latar belakang kebudayaan keluarga dapat menjadi variable yang paling berhubungan dengan memahami perilaku keluarga. System nilai dan fungsi keluarga. Karena kebudayaan menembus dan mengitari tindakan individu. Keluarga dan sosial, konsekuensinya pervasive dan implikasi pada praktik menjadi luas. Professional kesehatan harus menyadari keunikan kualitas yang khusus, bermacam gaya hidup, struktur dalam kebudayaan keluarga, karena itu posisi budaya sangat penting dan merupakan karakter yang unik.

5. Interpersonal

Anggota keluarga, baik secara individu atau kelompok, dapat melakukan atau menjalankan keharusan perawatan diri yang meliputi sikap mengenai kesehatan mereka dan kemampuan mereka untuk melaksanakan perilaku perawatan diri terhadap anggota keluarganya yang memiliki masalah kesehatan. Keluarga mempengaruhi pengenalan dan interpretasi gejala penyakit anggota keluarganya.

Sebagai sebuah unit dasar di dalam masyarakat, keluarga membentuk dan dibentuk oleh kekuatan dari luar yang ada disekitarnya. Keluarga telah, menunjukkan ketahanan dan adaptasi yang luar biasa terhadap anggota keluarganya yang mengalami masalah kesehatan, oleh karena itu, faktor yang sangat mempengaruhi individu dapat mencapai adaptasi dalam perubahan status kesehatannya sangat dipengaruhi oleh dari luar dirinya yaitu keluarga dan masyarakat sekelilingnya.

6. Fungsi kognitif

Seiring bertambahnya usia maka akan mengalami perubahan fisik dan penurunan fungsi kognitif. Fungsi kognitif yang berat maka akan mengakibatkan ketergantungan yang berat, jika mengalami penurunan fungsi kognitif yang ringan maka tingkat ketergantungan seseorang akan ringan. Dengan demikian yang perlu diperhatikan untuk menambah fungsi kognitif adalah menjaga

kesehatan tubuh, tubuh yang tidak sehat akan menyebabkan tingkat kemandirian akan menurun.

7. Rehabilitasi

Rehabilitasi mempengaruhi aktivitas sehari-hari pasien. Jika pasien menjalani rehabilitasi secara teratur, maka komplikasinya akan kecil, dan jika pasien tidak melakukan rehabilitasi dengan benar, anggota yang mengalami kelumpuhan akan lumpuh permanen, rehabilitasi berhubungan dengan perbaikan kesehatan yang dapat meningkatkan kegiatan sehari-hari yang berhubungan terhadap perkembangan tingkat kemandirian (Yakub dan Herman, 2019).

8. Keperawatan Paliatif.

Keterlibatan petugas kesehatan dalam membimbing pasien paska stroke dalam menjalani kehidupannya yaitu dengan memberikan bimbingan dan arahan untuk menghadapi masalah yang terjadi, diantaranya dengan memberikan keperawatan paliatif. Salah satu tujuan dari rehabilitasi stroke adalah untuk meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga dengan perawatan paliatif (Badaru, 2016).

Perawatan paliatif adalah perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dengan pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga dengan

penyakit yang mengancam jiwa (Steele & Davies, 2015; WHO, 2018). Dengan mendapatkan perawatan paliatif, pasien dan keluarga mendapatkan konsultasi mengenai tujuan dan harapan-harapannya.

Dilakukannya perawatan paliatif adalah untuk mengkoordinasikan dan memastikan bahwa semua gejala dan permasalahan lainnya yang mungkin timbul akan ditangani dengan sebaik mungkin. Tujuan utama perawatan paliatif bukan untuk menyembuhkan penyakit dan yang ditangani bukan hanya penderita, tetapi juga keluarganya. Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal dia sudah siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stres menghadapi penyakit yang dideritanya (Campbell, 2013).

9. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan, sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga yang berfungsi terhadap anggota keluarga lain yang selalu siap memberikan bantuan kapanpun diperlukan. Dukungan keluarga mampu membuat keluarga berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal (Alhogbi, 2017).

10. Aktivitas Sosial

Kemampuan untuk dapat berinteraksi dengan orang lain, dapat meningkatkan kesehatan individu (Fadlulloh, 2014). Kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain dan tidak tergantung dengan aksi orang lain akan meningkatkan

kemandirian. Perkembangan kemandirian seseorang juga berlangsung secara bertahap sesuai dengan tingkat perkembangan kemandirian. Melakukan aktivitas sosial, memiliki hubungan yang baik dengan tingkat kemandirian (Marlita, dkk, 2015).

2.1.2.4. Penilaian Kemandirian Keluarga

Menurut Muhlisin (2016), kemandirian keluarga dalam program perawatan kesehatan dibagi menjadi empat tingkat dari keluarga mandiri tingkat satu (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat empat (paling tinggi).

1. Tingkat kemandirian I (keluarga mandiri tingkat I / KM-I)
 - a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
 - b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
2. Tingkat kemandirian II (keluarga mandiri tingkat II/ KM-II)
 - a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
 - b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
 - d. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
3. Tingkat kemandirian III (keluarga mandiri tingkat III/ KM-III)
 - a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.

- b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
 - d. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - f. Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
4. Tingkat kemandirian IV (keluarga mandiri tingkat IV/ KM-IV)
- a. Menerima petugas perawatan kesehatan masyarakat.
 - b. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
 - c. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.
 - d. Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
 - e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
 - f. Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.
 - g. Melakukan tindakan promotif secara aktif.

Tabel 2.1 Kriteria Tingkat Kemandirian Keluarga

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian Keluarga			
		I	II	III	IV
1	Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.	√	√	√	√
2	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan	√	√	√	√
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.		√	√	√
4	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.		√	√	√
5	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif		√	√	√
6	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.			√	√
7	Melakukan tindakan promotif secara aktif.				√

(Sumber: Salvari, 2013)

2.1.3 Konsep Dasar Stroke Infark

2.1.3.1. Definisi Stroke Infark

Stroke infark yaitu stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh aterosklerosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil (Yueniwati, 2016).

2.1.3.2 Penyebab Stroke Infark

Menurut Smeltzer, C, Suzanne (2014) dan Valante, et al (2015) stroke infark biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu :

1. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
2. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral.

3. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.
4. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.

Akibat dari keempat kejadian di atas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen fungsi otak dalam gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi.

2.1.3.1 Tanda dan gejala stroke infark

Menurut (Ummaroh, 2019), tanda dan gejala stroke Infark, antara lain :

1. Mati rasa tiba-tiba di wajah, lengan atau tungkai, terutama di sisi kiri atau kanan
2. Tiba-tiba merasa bingung, kesulitan berbicara atau susah memahami
3. Gangguan penglihatan yang tiba-tiba pada salah satu atau kedua mata
4. Hilangnya keseimbangan secara tiba-tiba menyebabkan kesulitan dalam berjalan, biasanya disertai pusing
5. Sakit kepala tanpa sebab yang jelas

2.1.3.4 Klasifikasi

Menurut Siswanti, Heny (2021), klasifikasi stroke dibagi menjadi ;

1. Stroke Iskemik

Dari keseluruhan stroke hampir 88% diantaranya merupakan stroke iskemia atau non-hemoragik. Stroke iskemia adalah tersumbatnya arteri serebral atau servikal pada aliran darah ke otak. Tersumbatnya arteri ini menyebabkan suplai oksigen ke otak mengalami gangguan sehingga otak kurang akan oksigen. Iskemia jaringan otak muncul karena sumbatan pada pembuluh darah serviko-kranial atau hipopervusi jaringan otak oleh beberapa faktor seperti ketidakstabilan hemodinamik. Berdasarkan perjalanan klinis stroke iskemik dibagi menjadi 4 yaitu :

- a. *Transient Ischemic Attack (TIA)* adalah stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)* adalah gejala neurologis yang akan hilang antara >1 hari sampai 21 hari.
- c. *Progressing Stroke atau Stroke in Evolution* adalah gangguan atau defisit neurologis yang akan berlangsung berjenjang dari yang ringan sampai berat.
- d. *Complete Stroke* adalah gangguan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragi disebabkan karena perdarahan pada jaringan otak (disebut hemoragia intraserebrum atau hematoma intraserebrum). Stroke hemoragi merupakan terganggunya peredaran darah pada otak tanpa terjadinya perdarahan yang biasanya ditandai dengan kelemahan pada 1 atau ke 4 anggota gerak. Stroke hemoragi merupakan stroke yang mematikan tetapi dari stroke keseluruhan hanya 10-15% terjadi stroke hemoragi (Heny Siswanti, 2021).

2.1.3.5 Patofisiologi

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi hipoksia seperti yang terjadi pada stroke infark, di otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (AHA, 2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (Guyton & Hall, 2014).

Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu :

1. Penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyumbatan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik.
2. Pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi.

3. Pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.
4. Edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (Smeltzer, 2015).

Penyempitan pembuluh darah otak akan menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obtruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (AHA, 2015).

2.1.3.6. Etiologi

Stroke Infark biasanya disebabkan adanya gumpalan yang menyumbat pembuluh darah dan menimbulkan hilangnya suplai darah ke otak. Gumpalan dapat berkembang dari akumulasi lemak atau plak aterosklerotik di dalam pembuluh darah. Faktor resikonya antara lain hipertensi, obesitas, merokok, peningkatan kadar lipid darah, diabetes dan riwayat penyakit jantung dan vaskular dalam keluarga.

Stroke hemoragik enam hingga tujuh persen terjadi akibat adanya perdarahan subarakhnoid (*subarachnoid hemorrhage*), yang

mana perdarahan masuk ke ruang subaraknoid yang biasanya berasal dari pecahnya aneurisma otak atau AVM (*malformasi arteriovenosa*).

Hipertensi, merokok, alkohol, dan stimulan adalah faktor resiko dari penyakit ini. Perdarahan subaraknoid bisa berakibat pada koma atau kematian. Pada aneurisma otak, dinding pembuluh darah melemah yang bisa terjadi kongenital atau akibat cedera otak yang meregangkan dan merobek lapisan tengah dinding arteri (Terry & Weaver, 2013).

Stroke infark disebabkan oleh adanya gumpalan yang dapat menyumbat pembuluh darah di otak sehingga menimbulkan hilangnya suplai darah ke bagian otak (*Heart and Stroke Fondation*, 2019). Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah pada otak yang disebabkan oleh tumpukan thrombus akibat timbunan lemak (plak) didalam pembuluh darah arteri karotis, pembuluh darah sedang arteri serebri atau pembuluh darah kecil. Plak dapat menyebabkan dinding dalam pembuluh darah tebal dan kasar, sehingga aliran darah tidak lancar. Tetapi plak tidak langsung terbentuk pada pembuluh darah organ lain yang kemudian plak tersebut lepas dan tersangkut di pembuluh darah otak.

Terjadinya penyumbatan ini biasanya diawali dengan luka kecil dalam pembuluh darah yang bisa disebabkan oleh situasi tekanan darah tinggi, merokok, atau makanan yang mengandung kolesterol. Stroke iskemik disebabkan oleh terjadinya trombosis atau embolis yang

mengenai pembuluh darah di otak dan mengakibatkan obstruksi aliran darah ke bagian otak yang mengenai satu atau lebih pembuluh darah di otak (Juwita, 2018). Stroke non hemoragik dapat terjadi akibat penurunan atau berhentinya sirkulasi darah sehingga sel-sel tidak mendapatkan substrat yang dibutuhkan. Efek iskemia yang cukup cepat terjadi karena otak kekurangan kebutuhan glukosa (energi yang utama) dan memiliki kemampuan melakukan metabolisme anaerob (Smeltzer, 2015).

Stroke hemoragik (pendarahan) disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dan mengalirkan darah ke otak dan area extravasekular yang terletak di antara kranium (Juwita, 2018). Stroke hemoragik 6 % hingga 7% terjadi akibat adanya perdarahan subaraknoid (*subarachnoid hemorrhage*), yang mana perdarahan masuk ke ruang subaraknoid yang biasanya berasal dari pecahan aneurisma otak atau AVM (*malformasi arteriovenosa*). Faktor resiko dari penyakit stroke hemoragik berupa hipertensi, merokok alkohol. Dan peredaran darah subaraknoid bisa berakibat pada kematian atau koma. Pada aneurisma otak, dinding pembuluh darah melemah dan bisa terjadi kongenital atau akibat cedera otak yang meregangkan dan merobek lapisan tengah dinding arteri (Terry & Weaver, 2013).

Tanda dan gejala yang muncul tergantung dengan daerah otak yang terkena. misal :

1. Lobus parietal, fungsinya yaitu untuk sensasi somatik, kesadaran menempatkan posisi.
2. Lobus temporal, fungsinya yaitu untuk mempengaruhi indra dan memori
3. Lobus oksipital, fungsinya yaitu untuk penglihatan
4. Lobus frontal, fungsinya untuk mempengaruhi mental, emosi, fungsi fisik, intelektual. Stroke dapat mempengaruhi fungsi tubuh.

Adapun beberapa gangguan yang dialami pasien yaitu :

1. Pengaruh terhadap status mental: tidak sadar
2. Pengaruh secara fisik: paralise, disfagia, gangguansentuhan dan sensasi, gangguan penglihatan, hemiplegi (lumpuh tubuh sebelah).
3. Pengaruh terhadap komunikasi: afasia (kehilangan bahasa), disartria (bicara tidak jelas).

2.1.3.7 Faktor Resiko Terjadinya Stroke Infark

Menurut (Susilawati & Nurhayati, 2018) resiko terjadinya stroke infark dapat disebabkan oleh beberapa faktor berikut, yaitu :

1. Makanan

Makanan yang memuat kadar kolesterol, bisa meningkatkan lemakn darah seperti trigliserida. Trigliserida yang tinggi merupakan bahan untuk terjadinya VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*) akan beresiko terjadinya stroke. Hal ini dapat memicu timbulnya plaq dalam pembuluh arteri, dapat mengakibatkan penyumbatan dan menghambat aliran darah keseluruh organ tubuh dan otak,

sedangkan minyak goreng yang dipergunakan 3 kali akan mengubah lemak tak jenuh menjadi lemak jenuh yang mengandung tinggi kolesterol (Susilawati & Nurhayati, 2018).

2. Umur

Usia ini adalah usia di mana fungsi semua organ dalam tubuh (seperti sistem vaskular) menurun. Pembuluh darah menipis dan rapuh (Susilawati & Nurhayati, 2018). Semakin tua usianya, semakin besar risiko terkena stroke. Orang berusia ≥ 55 tahun cenderung mengalami stroke sebanyak dua kali (dua kali), karena semakin tua, pembuluh darah menjadi tipis dan rapuh, sehingga lebih mungkin mengalami trauma yang terjadi bersamaan dengan aterosklerosis, sehingga area stroke semakin luas (Susilawati & Nurhayati, 2018).

3. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, yaitu 51 (53%) dan 45 perempuan (47%). Pria biasanya memiliki faktor kebiasaan yaitu merokok, dan 76% pasien juga mengalami kebiasaan merokok yang meningkatkan risiko stroke. Rokok dapat menyebabkan penumpukan plak dan menyebabkan arteriosklerosis. Kecuali laki-laki yang merupakan kepala keluarga (KK) yang bertanggung jawab membesarkan anak dan istri, sebagian besar pasien bekerja secara fisik yaitu sebagai pekerja, petani dan sopir. Perempuan adalah ibu rumah tangga yang berperan sebagai ibu yang

mengasuh dan membesarkan anak, oleh karena itu sebagai kepala keluarga yang memiliki beban berat seringkali terpaksa harus memperhatikan kebutuhan keluarga yang merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stroke (Susilawati & Nurhayati, 2018).

Kadaan ini sejalan dengan pandangan yang dikemukakan oleh Junaidi (2012) yang menyatakan bahwa stres memicu pelepasan hormon yang jika tidak dikendalikan akan menyebabkan tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi akan menyebabkan darah dalam jumlah besar mengalir ke sistem pembuluh darah otak dan dapat menyebabkan pembuluh darah pecah. Laki-laki 2 (dua kali) lebih mungkin mengalami stroke dibandingkan perempuan (Susilawati & Nurhayati, 2018).

4. Faktor Genetik / Keturunan

Sebagian besar penderita stroke memiliki faktor riwayat stroke dalam keluarganya. Keturunan dari penderita stroke dapat menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya penimbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke. Beberapa penelitian yang telah dilakukan menegaskan bahwa stroke dalam keluarga mencerminkan suatu hubungan antara faktor genetis dengan tidak berfungsinya lapisan dinding pembuluh darah dalam arteri koronaria. Pada faktor genetik dapat diberikan skrining dan konseling baik

kepada keluarga penderita stroke maupun penderita stroke yang di karenakan faktor genetik (Ghani, 2016).

5. Trigliserida

Asupan lemak yang berlebihan dapat menyebabkan penumpukan kolesterol yang tidak normal dalam darah, yang menumpuk di dinding pembuluh darah, yang dapat menyebabkan aterosklerosis dan stroke (Susilawati & Nurhayati, 2018).

Trigliserida adalah kumpulan lemak, merupakan faktor risiko terjadinya stroke. Orang yang ingin hidup sehat dan bermanfaat bagi anggota keluarganya dapat mengubah trigliserida. Trigliserida tinggi berbahaya bagi kesehatan, terutama risiko stroke, karena merupakan bahan baku lemak jahat yaitu VLDL (ultra low density lipoprotein) (Susilawati & Nurhayati, 2018).

Berdasarkan Almatsier (2014), faktor risiko terpenting adalah kadar kolesterol, karena merupakan bagian penting dari struktur membran sel dan bagian utama otak dan sel saraf, dan LDL sangat penting. Kadar trigliserida yang tinggi akan disimpan di bawah kulit sebagai zat pembentuk VLDL (*Very Low Density Lipoprotein*) di dalam jantung dan masuk ke dalam darah, menghalangi sistem pembuluh darah otak dan sistem saraf pusat otak, sehingga menyebabkan stroke (Susilawati & Nurhayati, 2018). Menurut hasil penelitian yang dilakukan Arifnaldi (2014) mengemukakan bahwa

kadar trigliserida yang tinggi tiga kali lebih tinggi dari kadar trigliserida normal (OR = 2,80).

6. Hipertensi

Hipertensi dipandang sebagai faktor resiko utama terhadap kejadian penyakit serebrovaskuler seperti stroke ataupun *transient chemic attack* (Anshari, 2020). Pada beberapa kasus menunjukkan seseorang yang menderita hipertensi berpotensi untuk mengalami kejadian stroke (Anshari, 2020). Penyakit hipertensi dipandang sebagai salah satu faktor risiko terjadinya stroke, terlebih lagi jika penderita dalam kondisi stress pada tingkat yang tinggi.

Seseorang yang menderita penyakit hipertensi akan mengalami aneurisma yang disertai disfungsi endotelial pada jaringan pembuluh darahnya. Apabila gangguan yang terjadi pada pembuluh darah ini berlangsung terus dalam waktu yang lama akan dapat menyebabkan terjadinya stroke (Anshari, 2020). Ini berarti bahwa status hipertensi seseorang menentukan seberapa besar potensi untuk terjadinya stroke, mereka yang tidak menderita hipertensi akan sangat kecil risikonya untuk mengalami stroke (Anshari, 2020).

7. Diabetes

Diabetes adalah tingginya kadar gula yang tidak normal dalam tubuh manusia. Diabetes menjadi salah satu faktor resiko stroke hemoragik dengan persentase hasil penelitian sebesar 57,4% (Darotin, 2017). Pada penderita diabetes akan mengalami vaskuler,

sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis menyebabkan emboli dan kemudian terjadilah sumbatan dan terjadi iskemia, iskemia dapat menimbulkan perfusi otak menurun sehingga terjadi stroke (Wijaya & Putri, 2013).

8. Penyakit Kardiovaskuler

Penyakit jantung, seperti fibrilasi atrial (jenis gangguan irama jantung), penyakit jantung rematik, jantung koroner dan orang yang melakukan pemasangan katub jantung buatan akan meningkatkan resiko terjadinya penyakit stroke, pada fibrilasi atrium dapat menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak menurun, dan otak mengalami kekurangan oksigen dan terjadilah stroke (Wijaya & Putri, 2013).

2.1.3.8 Tanda dan gejala

Menurut Smeltzer, C, Suzanne. & Bare, B.G, (2014) mengungkapkan, tanda dan gejala dari stroke infark adalah hipertensi, gangguan motorik yang berupa hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan salah satu sisi tubuh), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migran atau vertigo), mual muntah, disatria (kesulitan berbicara), perubahan mendadak status mental, dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.

2.1.3.9 Dampak yang Timbul Paska Stroke Infark

Menurut Fitriani, (2019), dampak stroke infark pada individu dapat menimbulkan beberapa perubahan diantaranya berupa perubahan fisik, sosial maupun psikologis.

1. Perubahan Fisik

Perubahan fisik yang terjadi diantaranya kehilangan fungsi motorik yaitu diantaranya kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, tidak dapat berjalan tanpa bantuan, penurunan refleks tendon, kesulitan menelan, ketidakmampuan menginterpretasikan sensasi, penurunan fungsi penglihatan serta adanya perubahan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari.

2. Perubahan Sosial

Dampak sosial yang terjadi pada pasien paska stroke salah satunya disebabkan karena adanya masalah komunikasi diantaranya adalah kesulitan dalam berbicara, gangguan bicara, ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya. Gejala sisa fungsional pada pasien paska stroke juga menyebabkan terjadinya perubahan penampilan, perubahan peran, reintegrasi serta pembatasan partisipasi terhadap masyarakat, serta penurunan aktivitas sosial.

3. Perubahan Psikologis

Dampak psikologis dan gangguan fungsi kognitif dimana pasien menunjukkan gejala lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam

pemahaman, pelupa, depresi, cemas dan kurang motivasi sehingga pasien mengalami frustrasi dalam perawatan penyembuhan.

2.1.3.10 Pencegahan Stroke Infark

Pencegahan stroke meliputi pencegahan primer dan sekunder Pencegahan primer meliputi pencegahan perbaikan gaya hidup dan pengendalian faktor risiko. Tujuan pencegahan ini adalah orang sehat yang belum pernah terkena stroke, tetapi termasuk kelompok risiko tinggi. Upaya yang dapat dilakukan adalah:

1. Atur pola makan
2. Penanganan stress dan beristirahat yang cukup
3. Pemeriksaan kesehatan secara teratur dan taat anjuran dokter (diet dan obat)

Pencegahan sekunder yaitu dengan mengontrol faktor-faktor risiko yang tidak dapat diubah dan dapat digunakan sebagai penanda terjadinya stroke di masyarakat, sedangkan pengendalian terhadap faktor-faktor risiko yang dapat diubah dapat mengevaluasi waktu pengobatan dan kepulangan pasien stroke.

Menurut Mutiarasari, (2019), penderita stroke infark akut dapat menjalani pencegahan sekunder sebagai berikut;

1. Saat membuat diagnosis dan merencanakan perawatan lebih lanjut, pertimbangkan MRI untuk beberapa pasien untuk mendapatkan informasi lebih lanjut.

2. Pencitraan non-invasif rutin dilakukan dalam 24 jam setelah masuk dan hanya cocok untuk pasien dengan Skala Rankine (MRS) 0-2 yang dimodifikasi
3. Pemantauan jantung harus dilakukan setidaknya dalam 24 jam pertama
4. Periksa diabetes dengan tes glukosa plasma, hemoglobin A1c atau tes toleransi glukosa oral
5. Pengukuran kadar kolesterol darah pada pasien yang diobati dengan statin
6. Penilaian troponin awal dapat diberikan, tetapi tidak boleh menunda alteplase IV atau trombektomi
7. Terapi antikoagulan untuk pasien dengan hasil tes koagulasi abnormal setelah stroke iskemik
8. Terapi antikoagulan untuk pasien dengan hasil tes koagulasi abnormal setelah stroke iskemik
9. Memberikan pengobatan antitrombotik pada penderita stroke iskemik akut non-kardioemboli, yaitu pemilihan obat antiplatelet dapat menurunkan risiko terjadinya stroke berulang dan kejadian kardiovaskular lainnya
10. Rawat pasien dengan statin selama periode ini
11. Jika tidak ada kontraindikasi, Skala Rankine yang dimodifikasi (MRS) 0-2 dapat digunakan untuk melakukan revaskularisasi karotis pada pasien stroke untuk pencegahan sekunder.

12. Melalui kombinasi terapi obat dan dukungan terapi perilaku, campur tangan pasien stroke dengan kebiasaan merokok dan lakukan konsultasi rutin untuk membantu pasien berhenti merokok.
13. Memberikan pendidikan stroke. Pasien harus diberikan informasi, nasehat dan kesempatan untuk mendiskusikan dampak stroke pada kehidupan sehari-hari (Mutiarasari, 2019). Oleh karena itu, pentingnya pencegahan dini bagi penderita stroke iskemik akut sebelum dan sesudah stroke. Apabila dengan dukungan keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan, termasuk dukungan tenaga perawat profesional (PPA) di rumah sakit, berbagai tindakan preventif dapat berhasil dilakukan, sehingga masyarakat terhindar dari stroke, dan tenaga perawat stroke dapat mengikuti stroke. Standar layanan diperlakukan.(Mutiarasari, 2019).

2.1.4 Hasil Penelitian Terdahulu Mengenai Perawatan Paliatif pada Pasien Stroke Infark

Menurut hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Karim (2017) tentang Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan *Palliative Homecare* di Jakarta pada 13 orang responden mengungkapkan, kualitas hidup pasien stroke dalam perawatan *palliative homecare* memiliki gangguan *fungsional* yang berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup pada domain fisik adalah aktivitas, pola makan, mobilisasi fisik, dan bicara.

Hasil penelitian yang terkait dengan topik penelitian ini juga dilakukan oleh Afifah (2018) tentang Spiritual Pasien Paliatif di RS

Muhammadiyah Gamping Yogyakarta pada 100 orang pasien mengungkapkan bahwa, gambaran spiritual pasien paliatif sebagian besar telah melewati nilai tengah (*cut of point*), hal tersebut menunjukkan bahwa pasien paliatif menuju ke spiritual baik.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Aprilliyanti (2022) tentang Hubungan Karakteristik dan Tingkat Stres Primary *Family Caregiver* dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke Iskemik di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan pada 103 orang responden mengungkapkan bahwa, pendidikan dan tingkat stres memiliki hubungan dengan kualitas hidup penderita stroke. Sedangkan usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendapatan, dan hubungan kekerabatan penderita stroke tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup.

Hasil penelitian lainnya yang terkait dengan topik penelitian ini juga telah dilakukan oleh Prasetio (2021) tentang Upaya Peningkatan Kemampuan Perawatan Keluarga Paliatif Melalui Pendidikan Kesehatan di Krapyak Semarang pada 6 keluarga mengungkapkan, peningkatan pengetahuan keluarga tentang penyakit hipertensi, dan stroke sebagian besar mampu mempraktikkan cara melakukan ROM saat merawat anggota keluarga yang mengalami stroke di rumah.

2.2. Kerangka Pemikiran Penelitian

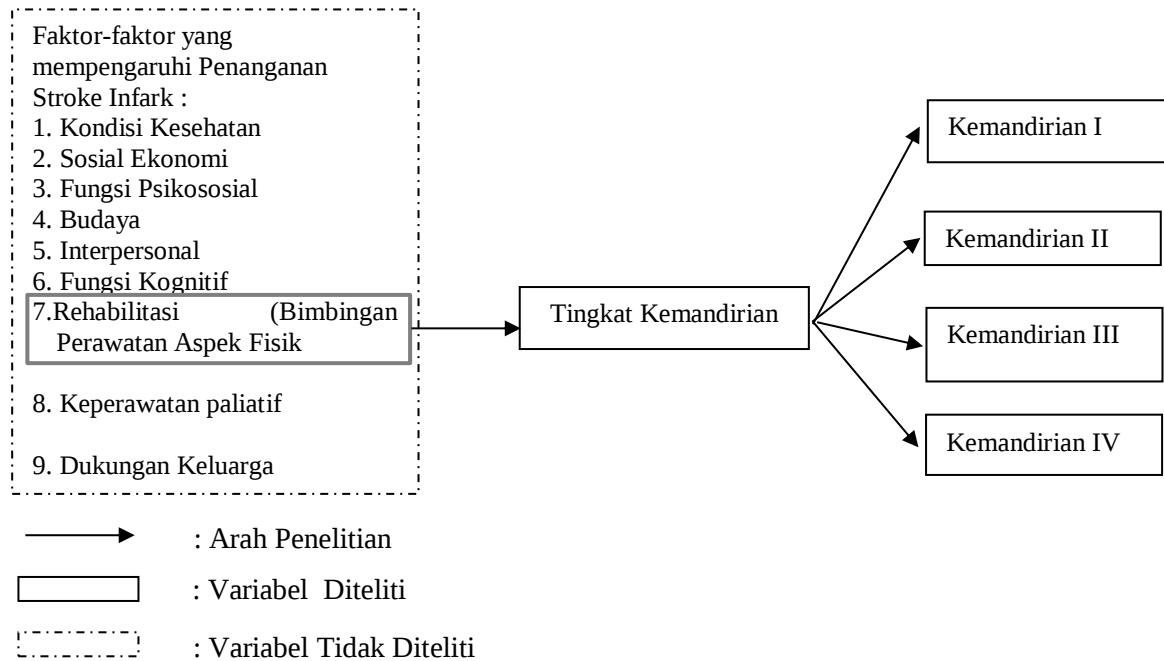
Stroke infark adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Stroke iskemik secara umum diakibatkan oleh

aterotrombosis pembuluh darah serebral, baik yang besar maupun yang kecil (Yueniwati, 2016). Stroke merupakan kematian beberapa sel otak secara mendadak disebabkan karena kekurangan oksigen ketika aliran darah ke otak hilang karena adanya penyumbatan atau pecahnya arteri di otak (Johnson et al., 2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi stroke infark adalah faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, dan pola hidup tidak sehat, hipertensi merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol (AHA, 2015).

Kemandirian merupakan sikap individu yang diperoleh secara kumulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan, sehingga individu mampu berfikir dan bertindak sendiri. Dengan kemandirian seseorang dapat memilih jalan hidupnya untuk berkembang ke yang lebih mantap (Rohadi, dkk, 2016). Faktor faktor yang mempengaruhi kemandirian adalah kondisi kesehatan, sosial ekonomi, fungsi psososial, budaya, interpersonal, fungsi kognitif, rehabilitasi, keperawatan paliatif, dukungan keluarga dan aktivitas sosial (Alhogbi, 2017). Secara garis besarnya alur penelitian ini dapat dilihat pada bagan kerangka konsep penelitian tersebut di bawah ini :

Bagan 3.1. Kerangka Pemikiran Penelitian

Pengaruh Perawatan Paliatif terhadap Tingkat Kemandirian keluarga Pasien Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023



Sumber : Diadopsi dari Alhogbi, 2017, Arifianto, 2014, Johnson et al., 2016, AHA, 2015, Rohadi, dkk, 2016

2.3 Hipotesis Penelitian

Ho : Tidak terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik pada keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

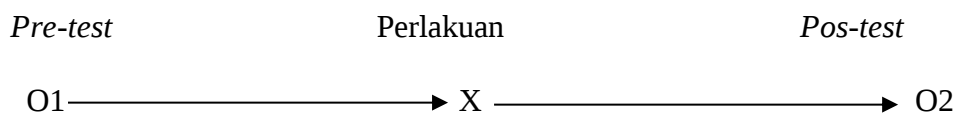
Ha : Terdapat pengaruh pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik pada keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan desain *one group pre-test pos-test*.



O1 = Pengamatan pertama sebelum perlakuan (Perawatan Paliatif)

O2 = Pengamatan kedua setelah perlakuan

X = Perlakuan

3.2. Variabel Penelitian

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah perawatan paliatif, sedangkan variabel terikatnya tingkat kemandirian keluarga

3.3. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Bimbingan Perawatan Paliatif pada Aspek Fisik	Merupakan pemberian tindakan perawatan pada pasien paliatif di rumah yang meliputi; 1. <i>Personal Hygiene</i> 2. Mobilisasi 3. Intake nutrisi 4. Eliminasi 5. Aktivitas sehari-hari	Prosedur Pelaksanaan Perawatan Paliatif	Melakukan tindakan sesuai dengan SOP baku	-	-
Tingkat Kemandirian Keluarga	Merupakan kategori / karakteristik dalam mengukur kemampuan keluarga dalam merawat anggota yang sedang menjalani perawatan di rumah.	Lembar Ceklist Observasi	Mengisi item penilaian melalui pengamatan langsung berdasarkan ketentuan skor penilaian.	Tingkat kemandirian I. Skor 2 Tingkat Kemandirian II. Skor 5 Tingkat Kemandirian III. Skor 6 Tingkat Kemandirian IV. Skor 7	Ordinal

3.4. Populasi dan Sampel Penelitian

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut tahun 2022 sebanyak 45 orang.

3.4.2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami stroke infark. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, dengan kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Keluarga yang selalu merawat pasien setiap hari
- b. Keluarga yang bertanggung jawab kepada pasien
- c. Keluarga yang menemani pasien >24 jam
- d. Keluarga yang mampu berkomunikasi dan tidak mengalami gangguan pendengaran
- e. Keluarga yang mampu membaca dan menulis
- f. Keluarga yang bersedia menjadi responden dibuktikan dengan menandatangani lembar *informed consent*
- g. Keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita stroke dengan kategori sedang.
- h. Keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita stroke selama 1-6 bulan

2. Kriteria Eksklusi

- a. Keluarga yang merawat pasien secara insidental / situasional.
- b. Keluarga yang tidak ada saat penelitian berlangsung.
- c. Keluarga yang mengalami gangguan pendengaran
- d. Keluarga yang tidak bersedia menjadi responden penelitian.
- e. Keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita stroke ringan dan berat

Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus proporsi sebagai berikut (Dahlan, 2013) :

$$N1 = N2 = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta)SD}{P1 - P2} \right\}^2$$

Dimana :

Kesalahan tipe I = 5% hipotesis satu arah, $Z\alpha = 1,96$

Power test = 80% = 0,8, sehingga kesalahan tipe II = 1- *power* = 100%-80% = 20%, dengan demikian $Z\beta = 0,84$

SD = standar deviasi = 16 (Hasil studi pendahuluan)

Selisih minimal yang dianggap bermakna ($P1-P2$) = 10 (Penelitian, Agus, 2012)

$$n1 = n2 = \left[\frac{(1,96 + 0,84) 16}{10} \right]^2$$

$$n1 = n2 = 20$$

Jadi sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 20 orang keluarga pasien stroke infark.

3.5. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti mendatangi calon responden, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Bila bersedia menjaga calon responden, diminta untuk mengisi lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Langkah awal peneliti melakukan pengukuran tingkat kemandirian keluarga sebelum diberikan perawatan paliatif kepada keluarga pasien. Setelah selesai mengukur tingkat kemandirian keluarga, data disimpan untuk diproses lebih lanjut. Selanjutnya peneliti mengajak keluarga untuk mengikuti pembimbingan proses perawatan paliatif dengan waktu selama 25 menit. Setelah proses pembimbingan selesai, peneliti mengukur proses perawatan paliatif yang dilakukan oleh keluarga kepada pasien sekaligus mengukur tingkat kemandirian keluarga.

3.6. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Uji validitas dan reliabilitas instrumen tidak dilakukan karena peneliti menggunakan instrumen / alat ukur yang sudah baku dan sudah banyak digunakan dalam berbagai penelitian. Untuk mengukur perawatan paliatif keluarga menggunakan instrumen Standar Prosedur Operasional Keperawatan (PPNI) sedangkan untuk mengukur tingkat kemandirian keluarga menggunakan instrumen kriteria tingkat kemandirian keluarga yang digunakan oleh Salvari, 2013.

3.7. Tahapan Pengolahan Data

1. *Editing Data*,

Pada tahap ini penulis melakukan pengecekan, penilaian dan memastikan data yang diperoleh telah lengkap.

2. *Coding Data*

Pada tahap ini penulis memberikan kode pada setiap item untuk memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

3. *Processing Data*

Pada tahap ini penulis melakukan *entry* data dari daftar isian kedalam komputer menggunakan SPSS

4. *Cleaning Data*

Pada tahap ini penulis melakukan pembersihan terhadap data yang telah dimasukan kedalam komputer, apakah terdapat kesalahan dengan cara mengetahui data yang hilang, variansi dan konsistensi data.

3.7.2. Analisis Data Penelitian

3.7.2.1. Analisis Data Univariat

Analisis univariat untuk mengukur bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik menggunakan distribusi frekuensi dengan rumus sebaga berikut;

$$P = \frac{F}{N} \times 100$$

Keterangan :

P : Persentase

F : Jumlah jawaban sesuai kategori

N : Jumlah responden

Sedangkan analisis untuk mengukur tingkat kemandirian ditentukan oleh perolehan skor pengukuran penilaian kemandirian keluarga yang dibuat oleh Salvani, 2013 sebagai berikut :

1. Tingkat kemandirian I. Skor : 2
2. Tingkat Kemandirian II. Skor : 5
3. Tingkat Kemandirian III. Skor : 6
4. Tingkat Kemandirian IV. Skor : 7

Setelah masing – masing variabel diperoleh hasil ukur, selanjutnya diinterpretasikan sebagai berikut :

- 0 % = tidak seorangpun responden
- 1 %-24 % = sebagian kecil responden
- 25 %-49 % = hampir setengah responden
- 50 % = setengah dari responden
- 51 %-74 % = sebagian besar responden
- 75 %-99% = hampir seluruh responden
- 100% = seluruh responden

Arikunto, S, (2016)

3.7.2.2. Analisa Bivariat

Analisis data menggunakan rumus *Wilcoxon* dengan rumus sebagai berikut ;

Hitung nilai T dengan rumus:

$$T = \min(T_{\text{pos}}, T_{\text{neg}})$$

T_{pos} = jumlah rangking positif

T_{neg} = jumlah rangking negatif

Hitung nilai z-score dengan rumus:

$$z = \frac{T - \mu T}{\sigma T}$$

$$\mu T = \frac{n(n+1)}{4}$$

$$\sigma T = \frac{\sqrt{n(n+1)(2n+1)}}{24}$$

Hitung *p value*, menggunakan tabel distribusi normal standar atau SPSS,

bila :

p-value < 0,05 maka terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut, sedangkan bila *p-value* ≥ 0,05 tidak terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut.

3.8 Langkah - Langkah Penelitian

3.8.1 Tahap persiapan

1. Memilih lahan penelitian yaitu di Puskesmas Bayongbong
2. Melakukan pendekatan kepada calon responden
3. Melakukan studi pendahuluan untuk mendapatkan data awal di lapangan

4. Peneliti melakukan studi kepustakaan yang berkaitan dengan topik yang dipilih yaitu perawatan paliatif pada aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pada pasien paska stroke
5. Menyusun proposal penelitian
6. Menyusun instrumen dan perbaikan instrumen
7. Seminar proposal penelitian.

3.8.2 Tahap pelaksanaan

1. Pengumpulan data kondisi pasien sebelum dan sesudah diberi pendidikan perawatan paliatif terhadap tingkat kemandirian.
2. Pengolahan data dan konsultasi
3. Pembahasan hasil penelitian

3.8.3 Tahap Akhir

1. Penyusunan laporan penelitian
2. Sidang skripsi

3.9 Tempat dan Waktu penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bayongbong selama 1 bulan pada bulan Juni 2023.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga yang Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke Infark

Hasil penelitian mengenai karakteristik keluarga yang mempunyai anggota keluarga paska stroke infark di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023 dapat dilihat pada table 4.1 sebagai berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga yang Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke Infark (N = 20)

No	Karakteristik Keluarga	Frekuensi	Persentase
1	Usia		
	Dewasa Muda (25 s/d 35 tahun)	7	35,0
	Dewasa Menengah (36 s/d 45 tahun)	6	30,0
	Dewasa Akhir (46 s/d 55 tahun)	4	30,0
	Pra Lansia (56 s/d 60 tahun)	5	15,0
2	Status Ikatan Keluarga		
	Anak	8	40,0
	Istri	7	35,0
	Suami	5	25,0
3	Jenis Kelamin		
	Perempuan	12	60,0
	Laki-Laki	8	40,0
4	Pendidikan		
	SD	1	5,0
	SMP	5	25,0
	SMA	14	70,0
5	Pekerjaan		
	Wiraswasta	4	20,0
	Wirausaha (Pedagang)	7	35,0
	IRT	6	30,0
	Buruh	3	15,0

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa, hampir setengah (35,0%) keluarga pasien berada pada usia dewasa muda (25 s/d 35 tahun), hampir setengah (40,0%) keluarga yang merawat pasien memiliki ikatan keluarga

sebagai anak, sebagian besar (60%) berjenis kelamin perempuan, sebagian besar (70%) memiliki tingkat pendidikan SMA, dan sebagian kecil (35%) keluarga yang merawat anggota keluarga paska stroke infark di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut bekerja sebagai pedagang.

4.1.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Hasil penelitian mengenai tingkat kemandirian keluarga paska stroke sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagai berikut :

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Sebelum Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Tingkat Kemandirian Keluarga	Frekuensi	Persentase
I	9	45,0
II	11	55,0
Total	20	100

Berdasarkan tabel 4.2. diketahui bahwa, sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagian besar (55,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian II dan hampir setengahnya (45,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian I.

4.1.3 Distribusi Tingkat Kemandirian Keluarga Sesudah Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Hasil penelitian mengenai tingkat kemandirian keluarga paska stroke sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagai berikut :

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Sesudah Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Tingkat Kemandirian Keluarga	Frekuensi	Persentase
I	3	15,0
II	6	30,0
III	11	55,0
Total	20	100

Berdasarkan tabel 4.3. diketahui bahwa, sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagian besar (55,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian III, hampir setengah keluarga (30,0%) berada pada tingkat kemandirian II, dan sebagian kecil keluarga (15,0%) berada pada tingkat kemandirian I.

4.1.4 Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Infark

Uji statistik menggunakan *Wilcoxon* dengan hasil sebagai berikut;

Tabel 4.4. Hasil Uji Bivariat Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Infark

Tingkat Kemandirian Keluarga	N	Negatif Rank	Positif Rank	Tetap	<i>p value</i>
<i>Pre-Post</i>	20	0	15	6	0,00

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui bahwa, setelah diberikan bimbingan perawatan paliatif pada keluarga pasien paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut tidak ada satupun keluarga yang mengalami penurunan tingkat kemandirian, sedangkan yang mengalami kenaikan tingkat kemandirian sebanyak 15 keluarga, dan yang tidak mengalami perubahan tingkat kemandirian keluarga (tetap) sebanyak 6 keluarga. Berdasarkan hasil uji statistik diatas diperoleh nilai p sebesar 0,00 ($< 0,05$) yang memiliki

makna, terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif pada aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023 (Ha diterima).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Berdasarkan tabel 4.2. diketahui bahwa, sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagian besar (55,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian II dan hampir setengah (45,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian I, dengan kategori pasien stroke sedang. Perawatan paliatif adalah sistem perawatan terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan meringankan rasa nyeri dan rasa sakit lainnya, memberikan dukungan spritual, psikososial dan memberikan dukungan terhadap keluarga pasien (Fanesa, Cherley & Rantung, 2018). Perawatan paliatif disediakan untuk semua pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi yang membatasi masa hidup atau mengancam jiwa maupun kondisi pasien yang mendapatkan intervensi untuk memperpanjang masa hidup (Muntamah, 2020).

Perawatan paliatif juga membantu keluarga agar pasien dapat melakukan kegiatan secara mandiri. Kegiatan mandiri dapat dilakukan bila tingkat kemandirian pasien baik. Sebagaimana diungkapkan oleh Chapman dan Bogle (2014), pasien paska stroke bila ditangani dengan tepat, dapat meringankan beban penderita, meminimalkan kecacatan fisik maupun

psikologis dan mengurangi ketergantungan kepada orang lain sehingga mampu mandiri dan mampu meningkatkan kemandirian.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif tingkat kemandirian pasien berada pada tingkat kemandirian II. Sebagaimana diketahui tujuan dari pemberian bimbingan keperawatan paliatif adalah sebagai upaya untuk mencegah dan meringankan penderitaan, guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, dalam menghadapi berbagai masalah terkait dengan penyakit yang diderita melalui upaya pencegahan dan penanganan pasien terhadap penanganan nyeri serta masalah-masalah lainnya baik fisik, psikologis, spiritual, dukungan sosial, serta dukungan keluarga kepada pasien selama masa sakit dan duka cita (Campbell, 2014).

Perawatan paliatif juga bersifat multidimensi yang bertujuan untuk menanggulangi gejala penderitaan, penatalaksanaan gejala dan mengkomunikasikan serta memutuskan tindakan dengan pasien dan keluarga untuk mengatasi keluhan termasuk dalam aspek fisik. Masalah fisik yang seringkali muncul yang merupakan keluhan dari pasien paliatif seperti dalam melakukan kegiatan sehari - hari, menjaga kebersihan diri, mengkonsumsi makanan yang mengandung nutrisi, melakukan pergerakan, eliminasi, mandi, dan kegiatan lainnya yang sejenis (Curie, 2019).

4.2.2 Tingkat Kemandirian Keluarga Sesudah Diberikan Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik

Berdasarkan tabel 4.3. diketahui bahwa, sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik sebagian besar (55,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian III, hampir setengah keluarga (30,0%) berada pada tingkat kemandirian II, dan sebagian kecil keluarga (15,0%) berada pada tingkat kemandirian I.

Setelah diberikan bimbingan keperawatan paliatif tingkat kemandirian keluarga pasien umumnya berubah dari tingkat kemandirian II menjadi tingkat kemandirian III. Peningkatan kemandirian tersebut dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan keluarga, dimana sebagian besar (70%) keluarga memiliki tingkat pendidikan SMA sehingga memudahkan peneliti dalam memberikan informasi, pengetahuan, dan pemahaman kepada keluarga tentang pemberian bimbingan perawatan kepada anggota keluarganya yang mengalami paska stroke infark. Hal ini sesuai dengan pendapat Sukmadinata (2013) yang mengungkapkan bahwa, tinggi rendahnya pengetahuan individu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, sikap dan perilaku serta adanya arus informasi yang diperoleh oleh individu tersebut. Tingkat pendidikan dan pengalaman seseorang akan berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang diperoleh dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan individu peroleh dari gagasan tersebut. Hal tersebut juga sejalan dengan pendapat

Notoatmodjo, Soekidjo, (2016) yang mengungkapkan bahwa, tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan dan wawasan, pendidikan yang cukup akan mampu menjaga perilaku kesehatan individu dengan baik.

Menurut pendapat peneliti, tingkat pengetahuan dan pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam menerima dan memahami informasi yang diberikan khususnya dalam memberikan bimbingan tentang perawatan fisik pada anggota keluarganya yang mengalami stroke infark. Pemberian bimbingan perawatan fisik kepada keluarga yang dilakukan oleh peneliti akan memberikan rangsangan kepada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami stroke infark di rumah. Hal tersebut dikarenakan, dengan meningkatnya kemampuan keluarga dalam merawat pasien akan meminimalisir biaya dan tenaga yang harus dikeluarkan oleh keluarga untuk proses perawatan pasien ke rumah sakit sehingga proses perawatan dapat dilakukan di rumah.

Hal lain yang mempengaruhi meningkatnya tingkat kemandirian keluarga sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik adalah usia keluarga yang merawat pasien di rumah. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 diatas, hampir setengah (35,0%) keluarga berada pada kategori usia dewasa muda (25 s/d 35 tahun) sehingga akan memberikan motivasi yang kuat untuk mandiri dalam merawat anggota keluarga yang mengalami stroke infark. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Abudari yang menyatakan bahwa, usia berhubungan

kuat dengan pengetahuan keluarga dalam perawatan paliatif, dalam rentang usia ini keluarga bersemangat dan kuat dalam menerima informasi dan dalam melakukan perawatan paliatif di rumah (Abudari, G, et al., 2014).

Meningkatnya kemandirian keluarga pada hasil penelitian ini, dipengaruhi juga oleh kekuatan ikatan emosional keluarga kepada pasien. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 diatas, hampir setengah (40,0%) keluarga yang merawat pasien paska stroke berstatus sebagai anak. Anak merupakan individu yang paling dekat hubungannya dengan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa saling memiliki diantara anggota keluarga. Dukungan keluarga dapat berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga untuk selalu siap memberikan bantuan kapanpun diperlukan. Menurut Alhogbi, (2017), anak merupakan keluarga terdekat dengan pasien dan mempunyai rasa memiliki terhadap orang tuanya yang sedang sakit sehingga akan berupaya semaksimal mungkin dalam merawat apalagi terhadap orang tua yang sedang mengalami sakit.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 diatas, meningkatnya tingkat kemandirian keluarga dipengaruhi oleh jenis kelamin keluarga yang merawat pasien stroke infark di rumah, dimana sebagian besar (60%) keluarga berjenis kelamin perempuan. Menurut Nursalam (2016), dalam melakukan tindakan perawatan kesehatan, perempuan memiliki kecenderungan lebih rajin dan teliti dalam mengikuti anjuran yang diberikan oleh petugas kesehatan termasuk dalam memberikan perawatan pada anggota keluarganya yang sakit di rumah. Hal lain yang mempengaruhi meningkatnya

tingkat kemandirian keluarga dalam merawat pasien stroke infark di adalah pekerjaan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.1 diatas, dimana sebanyak 7 keluarga bekerja sebagai wirausaha (pedagang). Pekerjaan erat kaitannya dengan kebutuhan ekonomi. Individu yang memiliki pekerjaan akan mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengani baik, sehingga akan mampu memilih makanan yang dikonsumsi untuk menjaga dan merawat kesehatan serta keluarga (Donsu, 2017).

Tingkat kemandirian keluarga merupakan perilaku keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri di rumah. Dimana keluarga sebagai kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mendukung, atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada secara mandiri (Rohadi, 2016). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Mustamin (2021) tentang Pengaruh Pendidikan Kesehatan pada keluarga Dalam Pelaksanaan *Home Care* terhadap Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada 10 keluarga yang mengungkapkan bahwa, terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga terhadap tingkat kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) keluarga. Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2016) bahwa, pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi dan mengajarkan orang lain, baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Hasil penelitian lain yang sejalan dengan pendapat diatas dilakukan oleh Firawati (2019) tentang Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan dan Dukungan Keluarga terhadap *Activity Daily Living* (ADL) pada 17 orang

responden di Rumah Sakit Umum Daerah H. Padjonga DG Ngalle Kabupaten Takalar yang mengungkapkan bahwa, terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dan dukungan keluarga terhadap *Activity Daily Living* (ADL).

Berdasarkan hasil penelitian, dasar teori, dan beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan yang terkait dengan judul penelitian ini, maka peneliti berpendapat bahwa, bimbingan perawatan paliatif perlu diberikan kepada keluarga dan pasien stroke infark di rumah, karena dengan mengetahui dan memahami perawatan paliatif keluarga dapat melakukan tindakan sesuai yang dengan kebutuhan pasien. Perawatan paliatif bukan untuk menyembuhkan penyakit yang diderita oleh pasien, tetapi juga keluarganya. Meski pada akhirnya pasien meninggal, namun upaya untuk mempersiapkan pasien dalam aspek fisik, psikologis dan spiritual sudah dilakukan dengan baik sehingga pasien meninggal dengan bermartabat dan manusiawi.

4.2.3 Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Infark

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui bahwa, setelah diberikan bimbingan perawatan paliatif pada keluarga pasien paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut tidak ada satupun keluarga yang mengalami penurunan tingkat kemandirian, sedangkan yang mengalam

kenaikan tingkat kemandirian sebanyak 15 keluarga, dan yang tidak mengalami perubahan tingkat kemandirian keluarga (tetap) sebanyak 6 keluarga. Berdasarkan hasil uji statistik diatas diperoleh nilai p sebesar 0,00 ($< 0,05$) yang memiliki makna, terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif pada aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023.

Salah satu tujuan dari upaya rehabilitasi dan pelayanan keperawatan paliatif pada pasien stroke infark yaitu meningkatkan tingkat kemandirian pasien dan keluarga terkait dengan masalah kesehatan yang dialami sehingga dapat mencapai tujuan dan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga yang optimal (Badaru, 2016). Penanganan pasien paska stroke perlu adanya keterlibatan keluarga. Keterlibatan keluarga pasien dilakukan melalui pelayanan interdisiplin yang terintegrasi. Keterlibatan keluarga diwujudkan dengan sikap, tindakan dan penerimaan terhadap setiap anggota keluarga terhadap masalah kesehatan yang dialami salah satu anggota keluarga. Hal tersebut dilakukan dengan memberikan dukungan baik secara emosional, tenaga, pikiran, dan biaya untuk meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari setiap anggota keluarga termasuk dalam melakukan tindakan perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga (Mahmuddin et. al 2019).

Keluarga memiliki fungsi perawatan kesehatan dimana keluarga harus mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan mampu mempertahankan serta menciptakan kondisi dan lingkungan rumah

yang sehat dan mengambil keputusan tentang tindakan kesehatan yang harus dilakukan dengan tepat (Friedman, Marilyn, 2013). Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Ulfiana (2013) tentang Pengembangan *Palliative Community Health Nursing* (PCHN) untuk Meningkatkan Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita Kanker di Rumah pada 7 keluarga yang mengungkapkan bahwa, terdapat perbedaan tingkat kemandirian keluarga penderita kanker sebelum dan sesudah dilakukan *Palliative Community Health Nursing* (PCHN).

Menurut pendapat peneliti, bimbingan perawatan paliatif memiliki hubungan dengan peningkatan kemandirian keluarga. Hal ini dikarenakan penyampaian informasi yang diberikan dapat diterima, difahami, dan dilaksanakan oleh keluarga dengan baik. Perawatan paliatif merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan secara terpadu yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup dengan meringankan keluhan, memberikan dukungan spiritual, dan psikososial sejak mulai diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat.

4.1 Keterbatasan Penelitian

1. Intervensi dilakukan baru dua kali sebaiknya intervensi dilakukan lebih dari dua kali supaya keberhasilan dalam pemberian bimbingan paliatif dapat di capai secara optimal
2. Keterbatasan waktu pemberian edukasi pra bimbingan perawatan paliatif

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023 maka simpulan hasil penelitian ini sebagai berikut :

5.1 Simpulan

1. Tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke sebelum diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut sebagian besar keluarga berada pada tingkat kemandirian II.
2. Tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke sesudah diberikan bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut sebagian besar (55,0%) keluarga berada pada tingkat kemandirian III,
3. Terdapat pengaruh bimbingan perawatan paliatif dalam aspek fisik terhadap tingkat kemandirian keluarga pasien paska stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023.

5.2 Saran-Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diatas, maka saran penulis sebagai berikut :

5.2.1. Kepada Fasilitas Kesehatan Puskesmas

Bimbingan perawatan paliatif dapat diterapkan di setiap fasilitas kesehatan sehingga pelayanan paliatif dapat dijadikan salah satu program kerja puskesmas untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami penyakit kronis dan terminal di masyarakat.

5.2.2. Kepada Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data awal untuk melakukan penelitian selanjutnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemandirian keluarga atau pasien yang mengalami penyakit terminal.

DAFTAR PUSTAKA

- Alchuriyah, S & Wahjuni (2016). *Faktor Risiko Kejadian Stroke Usia Muda Pada Pasien Rumah Sakit Brawijaya Surabaya*. Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya
- Almatsier, S. (2014). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Anita. (2016). *Perawatan Palliatif dan Kualita Hidup Penderita kanker*. Jurnal Kesehatan, 7(3), 508–513.
- American Heart Asoociation(AHA/ASA), A. H. (2015). *An update Definition of Stroke for the 21st Century*. AHA Journal Vol. 44
- Arikunto, Suharsimi. (2016). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Badaru U, Ogwumike O, Adeniyi A. (2016) *Quality of life of Nigerian Stroke Survivors and Its Determinants*. African J Biomed Res.
- Brewer, L., Horgan, F., Hickey, A., Williams, D. (2013). *Stroke rehabilitation: Recent advances and future therapies*. Qjm 106, 11–25. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcs174>
- Campbell, M. L. (2014). *Nurse to Nurse Perawatan Paliatif*. Jakarta: Salemba Medika.
- Chapman, B., & Bogle, V. (2014). *Adherence to medication and self-management in stroke patients*. British Journal Of Nursing .
- Curie. (2019). *Care And Support Through Terminal Illness*. <http://mariecurrie.org.uk/who/terminal-illness-definition>
- Dahlan S. (2014). *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Arkan
- Friedman, M. (2013). *Buku Ajar Keperawatan keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC
- Guang YJ, Zhou RR, Jun CG. *From hypertension to stroke: mechanism and potential prevention strategies*. CNS
- Guyton, A. C., Hall, J. E., (2014). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 12. Jakarta : EGC, 1022
- Kim K-J, Heo M, Chun I-A, Jun H-J, Lee J-S, Jegal H, et al. (2015). *The relationship between stroke and quality of life in Korean adults: based on the 2010. Korean community health survey*. J Phys Ther Sci[Internet].27(1):309–12.

- Kemenkes RI. (2017). *Aktivitas Fisik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kemenkes RI. (2019). *Stroke*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Lowey, S. E. (2015b). *Nursing Care at the End of Life : What every clinicial should know*. Geneseo. New York: Open SUNY textbooks milne library.
- Matzo, M., & Sherman, D. W. (2017). *Palliative care nursing quality care to the end of life (5th editio)*. New York: Springer publishing company.
- Nanda (2015) *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2016. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Edisi I. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Jakarta.
- Pinzon, R. T. (2016) & Dewi, I. P. 2014. *Resensi Buku Stroke in ASIA*, 315–316.
- Prlić N, Kadojić D, Kadojić M.(2012) *Quality of life in post-stroke patients: self evaluation of physical and mental health during six months*. Acta Clin Croat [Internet].2012 Dec;51(4):601–8.Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540168>
- Puchalski, C. M. (2012). *Spirituality in the cancer trajectory*. *Annals of Oncology*, 23(SUPPL.3), 49–55. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds088>
- Rohadi, S., Putri, S. T., & Karimah, A. D. (2016). *Tingkat Kemandirian Lansia*
- Salvari. Gusti. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Cetakan Pertama.Yogyakarta. CV Trans Info Media.
- Smeltzer, C, Suzanne, and Bare, G, Brenda. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah*. Alih Bahasa Kuncara. H. Y. dkk., Jakarta. EGC.
- Sudoyo, A., Setiyonadi, B., & Setiati, S. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (Jilid I Ed)*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Sukmadinata, N. S. (2013). *Metode Penelitian Pendidikan*. Edisi 1. Bandung : Rosda Karya.
- Susilawati, Nurhayati. (2018). *Faktor Kejadian Stroke Di Rumah Sakit*. Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

- Terry, C. L., & Weaver, A. (2013). *Keperawatan Kritis*. Yogyakarta: Rapha.
Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jpts/27/1/27_jpts-2014-435/_article
- Valente et al. (2015). *Ischemic Stroke Due to Middle Cerebral Artery M1 Segment Occlusion: Latvian Stroke Register Data*. Proceedings of the Latvian Academy of Sciences, Volume 69, Issue 5, Pages 274–277.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Yodang. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif: Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2015*. Trans Info Media. Jakarta.
- Yueniwati, Y. (2016). Yuyun Yueniwati *Pencitraan Pada Stroke*.
http://www.fk.ub.ac.id/wp-content/uploads/repository/dr_yuyun/3-Pencitraan-pada-Stroke.pdf

LAMPIRAN



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada

SK Mendiknas RI No. 128/D/O/2007

Kampus I : Jl. Subjodinata No. 07 Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24

web : stikeskhg.ac.id / email : admind@stikeskhg.ac.id

FORMULIR USULAN TOPIK PENELITIAN

NAMA MAHASISWA : Debi Muthara Suci
NIM : KHAC 19059
PROGRAM STUDY : St. Keperawatan
TAHUN AKADEMIK : 2022 - 2023

NO	PENELITIAN	KETERANGAN
1	Tema Penelitian	: Perawatan Palliatif pada pasien pasca stroke
2	Judul Penelitian	: Pengaruh Perawatan Palliatif pada Keluarga terhadap Status Kesehatan dan Tingkat kemandirian Pasien Pasca Stroke di Kec Bayongbong Kab.Garut
3	Variabel Penelitian	1. Perawatan palliatif 2. Status kesehatan 3. Tingkat kemandirian
4	Tempat Penelitian	: Bayongbong
5	Metode Penelitian	: Kuasi Eksperimen

Garut, 29-Januari-2023

Pembimbing Utama


dr. Karti. Farhan, M. Kes

Pembimbing Pendamping


Rudi Alifiansyah S.Kep.Ns.M.Pd

Mengesahkan,
Kep. LP4M



Andhika Lingsih P. S.Kom, M.Si



YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI GARUT
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada
SK Mendiknas RI No. : 129/ D / 0 / 2007

Kampus I : Jl. Subyadinata No. 07 Kampus II : Jl. Nusa Indah No. 24
web : stikeskhg.ac.id / email : admin@stikeskhg.ac.id

Nomor : 1222-STIKes-KHG/LP4M/XII/2022
Lampiran : -
Perihal : Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Garut
Di

Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penulisan Karya Tulis Ilmiah/Skripsi Program Studi S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, maka dengan ini kami bermaksud mengajukan permohonan izin studi pendahuluan dan pengumpulan data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin. Adapun nama mahasiswa yang akan melaksanakan studi pendahuluan dan pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. Nama Mahasiswa | : Debi Mutiara Suci |
| 2. NIM | : KHGC19059 |
| 3. Topik/Judul Penelitian | : Stroke |
| 4. Data Yang dibutuhkan | : Data Penderita Stroke |

Demikianlah permohonan ini kami sampaikan dengan harapan agar Bapak/Ibu dapat mengabulkannya. Atas perhatian dan Kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Garut, 29 Desember 2022

Hormat kami,
Ketua,
STIKes Karsa Husada Garut

H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M. Kes
NIP. 043298.1196.014



**PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Patriot No. 10 A Tlp. (0262) 2247473 Garut - 44151

Garut, 29 Desember 2022

Kepada :

Yth, Kepala Puskesmas Bayongbong
Kabupaten Garut

di

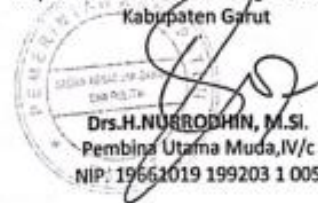
Tempat

Nomor : 072/1059-Bakesbangpol/XII/2022
Lampiran : 1 (satu) lembar
Perihal : *Studi Pendahuluan*

Dalam rangka membantu Mahasiswa/i STIKes Karsa Husada bersama ini terlampir
Rekomendasi Studi Pendahuluan Nomor : 072/1059-Bakesbangpol/XII/2022 Tanggal 29 Desember
2022, **DEBI MUTIARA SUCI** yang akan melaksanakan Studi Pendahuluan dengan mengambil lokasi
di Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut. Demi kelancaran Studi Pendahuluan dimaksud, mohon
bantuan dan kerjasamanya untuk membantu Kegiatan tersebut.

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Garut


Drs.H.NURRODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Ketua STIKes Karsa Husada Garut;
4. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Patriot No. 10 A Tlp. (0262) 2247473 Garut - 44151

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 072/1059-Bakesbangpol/XII/2022

- a. Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168);
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian.

Memperhatikan : Surat dari Ketua STIKes Karsa Husada Garut, Nomor: 1776/STIKes-KHG/LP4M/XII/2022 Tanggal 29 Desember 2022

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN GARUT, memberikan Rekomendasi kepada :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. Nama / NPM / NIM/NIDN | : DEBI MUTIARA SUCI/KHGC19059 |
| 2. Alamat | : Kp.Jambansari Rt/Rw 001/004 Ds.Bayongbong
Kec.Bayongbong Kab.Garut |
| 3. Tujuan | : Studi Pendahuluan |
| 4. Lokasi/ Tempat | : Puskesmas Bayongbong Kabupaten Garut |
| 5. Tanggal/ Lama Penelitian | : 30 Desember 2022 s/d 27 Januari 2023 |
| 6. Bidang/ Status/ Judul Penelitian | : Stroke |
| 7. Nama Penanggung jawab | : H.Engkus Kusnadi,S.Kep.,M.Kes |
| 8. Anggota | : - |

1. Melaporkan hasil Studi Pendahuluan ke Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Garut;
2. Menjaga dan menjunjung tinggi norma atau adat istiadat dan Kebersihan, Ketertiban, Keindahan (K3) masyarakat setempat dilokasi Studi Pendahuluan;
3. Tidak melakukan hal-hal yang bertentangan dengan hukum dan atas dasar adat istiadat di lokasi Studi Pendahuluan atau sesuatu yang dapat meresahkan masyarakat dan desintegrasi bangsa.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Garut

Drs. H. NURBODHIN, M.Si.
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19661019 199203 1 005

Tembusan, disampaikan kepada:

1. Yth. Kepala Bappeda Kabupaten Garut;
2. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Garut;
3. Yth. Ketua STIKes Karsa Husada Garut;

A. Asisten



PEMERINTAH KABUPATEN GARUT
DINAS KESEHATAN KABUPATEN GARUT
UPT PUSKESMAS BAYONGBONG

Jln. Raya Simpang No. 183 Telp. (0262) 543078 Bayongbong-Garut
Email : pkm-bayongbong@garutkab.go.id

Nomor : 400.7.22.1/1032/Puskesmas/II/2023 Kepada :
Perihal : Izin Penelitian Yth : Ketua STIKes
Lampiran : - Karsa Husada Garut
di-
Tempat

Menindaklanjuti surat dari STIKes Karsa Husada Garut
Nomor : 1776/STIKes-KHG/LP4M/XII/2022 Perihal
Permohonan Studi Pendahuluan menyatakan
Menerima/Menolak untuk melaksanakan penelitian, yang
dilaksanakan oleh :

Nama : Debi Mutiara Suci
NIM : KHGC.19059
Peminatan : S1 Keperawatan
Judul : Stroke

Demikian surat ini kami buat untuk dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada tanggal : 27 Maret 2023
Kepala UPT Puskesmas Bayongbong



dr. H Asep Sani Sulaeman, M.Kes
Pembina Tk.I

NIP. 19731111 200604 1 003

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG PROPOSAL PENELITIAN

JUDUL : PENGARUH PERAWATAN PALIATIF
PADA ASPEK FISIK TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA PADA PASIEN
PASCA STROKE DI KEKAMATAN
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT

NAMA MAHASISWA : DEBI MUTIARA SUCI

NIM : KHG.C.19059

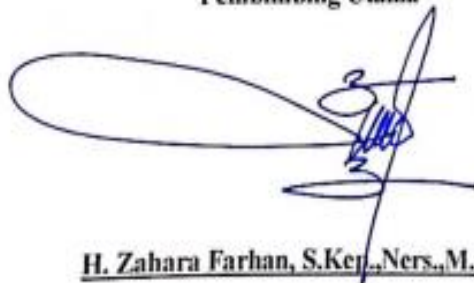
PROPOSAL PENELITIAN

Diajukan dalam Seminar Usulan Penelitian yang Akan Digunakan dalam
Penyusunan Skripsi pada Program Studi S-1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Garut, April 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

LEMBAR PERSETUJUAN
SIDANG PROPOSAL PENELITIAN

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Debi Mutiara Suci
NIM : KHGC.19059
Program Studi : S1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Mahasiswa yang bersangkutan telah disetujui untuk melaksanakan sidang penelitian dengan judul : Pengaruh Perawatan Paliatif pada Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga pada Pasien Pasca Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023.

Demikian persetujuan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Garut, April 2023

Menyetujui,

Pembimbing Utama



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

**LEMBAR PERSETUJUAN
PERBAIKAN SEMINAR PROPOSAL PENELITIAN**

NAMA MAHASISWA : DEBI MUTIARA SUCI
NIM : KHG.C.19059
JUDUL : PENGARUH BIMBINGAN PERAWATAN
PALITIF PADA ASPEK FISIK PADA
KELUARGA TERHADAP TINGKAT
KEMANDIRIAN KELUARGA PASIEN
PASCA STROKE DI KECAMATAN
BAYONGBONG KABUPATEN GARUT
2023

Menyatakan bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan perbaikan seminar
usulan penelitian

Garut, Mei 2023

Mengetahui,

Pembimbing Utama



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing Pendamping



Rudi Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

Penelaah I



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes

Penelaah II



Iwan Wahyudi, S. Kep., M.Kep

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth :
Ibu/Bpk/Sdr :
di
T e m p a t

Assalamualaikum, Wr, Wb. Salam sejahtera bagi kita semua

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : DEBI MUTIARA SUCI
NIM : KHG.C.19059

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan mengambil judul “Pengaruh Perawatan Paliatif pada Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut”. Untuk kelancaran penelitian ini, saya sangat memerlukan beberapa data, saya mohon bantuan ibu,bpk/sdr untuk bersedia menjadi responden penelitian dengan mengikuti petunjuk peneliti. Data dan informasi yang diberikan akan saya jaga kerahasiannya hanya penelitian saja.

Atas bantuan dan kerjasamanya, saya mengucapkan banyak terima kasih semoga amal baik Saudara/i mendapat pahala yang berlipat ganda dari Alloh SWT (Tuhan Yang Maha Esa).

Garut, Mei 2023
Hormat Saya,
Peneliti,

(Debi Mutiara Suci)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa atas nama Debi Mutiara Suci NIM KHG.C.19059 mahasiswa semester akhir Program Studi S-1 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut dengan judul penelitian: “Pengaruh Perawatan Paliatif Pada Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian keluarga Pasien Paska Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut”.

Demikian persetujuan ini saya buat setelah mendapatkan penjelasan yang sejelas-jelasnya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Garut, Mei 2023

Responden,

(.....)

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN <i>PERSONAL HYGIENE</i>	
Pengertian	Memelihara kebersihan dan kesehatan dan kesehatan seseorang untuk kesejah teraan fisik dan psikis
Tujuan	1. Mencegah kepersihan perorangan 2. Mencegah terjadinya infeksi
Indikasi	Pasien dengan masalah imobilitas fisik
Prosedur Langkah-Langkah	A. Persiapan Alat 1. Pakaian bersih 1 set 2. Baskom mandi 2 buah 3. Ai panas dan air dingin 4. Waslap 2 buah 5. Perlah dan handuk keci 2 buah 6. Handuk besar 2 buah 7. Selimbut mandi 8. Celemek plastik 9. Tempat tertutup untuk pakaian kotor 10. Sabun mandi 11. Sikat gigi dan pasta gigi 12. Gelas kumur 13. Kassa 14. Gunting kuku 15. Bedak 16. Sisir 17. Lition, jika perlu 18. Sarung tangan bersih 19. Pispot/ urinal dan pengalas 20. Baskom kecil 21. Tisu
	B. Pelaksanaan 1. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 2. Pasang sarung tangan bersih 3. Jaga privasi pasien 4. Buka pakaian pasien dan perhatikan adanya luka 5. Tutup bagian tubuh yang terbuka dengan selimut mandi 6. Bersihkan area kepala/wajah: a. Letakan handuk di dada b. Bersihkan mata dari kantus sebelah dalam keluar, lalu keringkan c. Bersihkan wajah, telinga, lalu keringkan 7. Bersihkan area mulut a. Letakan handuk kecil di dada b. Letakan bengkok/baskom keci c. Anjurkan mengosok gigi, membilasnya dengan air bersih dan membuang air cuci mulut ke bengkok/baskom kecil. Jika tidak mampu mengosok gigi secara mandiri, renggangkan gigi atas dan bawah dengan penyangga lidah dengan pelan, bersihkan mulut menggunakan tangan yang digulung kassa yang telah dibasahi air atau pencuci mulut 8. Bersihkan area lengan: a. Letakan handuk memanjang dibawah lengan b. Bersihkan lengan terjauh dahulu c. Bersihkan tangan sampai ketiak dengan usapan memanjang dan tegas dari distal ke proksimal, lalu

	keringkan 9. Letakan handuk diatas dada dan abdomen 10. Bersihkan area dada: a. Lipat handuk area dada ke arah umbilikus b. Bersihkan dada dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan 11. Bersihkan area abdomen: a. Lipat handuk area abdomen ke arah dada b. Bersihkan abdomen dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan 12. Bersihkan area kaki: a. Tutup kaki dengan selimut mandi b. Bersihkan kaki terjauh terlebih dahulu c. Buka selimut pada kaki yang akan dibersihkan, lalu pasang handuk memanjang di bawahnya d. Bersihkan kaki dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan 13. Bersihkan area punggung : a. Tutup badan pasien dengan selimut mandi b. Atur posisi pasien miring c. Letakan handuk di sepanjang punggung dan bokong d. Bersihkan punggung dengan usapan memanjang dan tegas, lalu keringkan 14. Bersihkan area genitalia: a. Tawarkan apakah akan membersihkan secara mandiri atau difasilitasi keluarga/perawat b. Bersihkan area genetalia, lalu keringkan 15. Fasilitasi mengenakan pakaian 16. Bersihkan area kuku: a. Letakan waskom berisi air hangat di dekat pasien b. Rendan jari tangan dan kaki dalam waskom berisi air hangat dan sabun c. Lalu keringkan menggunakan handuk kering d. Potong kuku tangan dan kaki e. Cuci jari jari tangan dan kaki lalu keringkan menggunakan handuk kering 17. Rapihkan pasien dan alat alat yang digunakan 18. Lepaskan sarung tangan 19. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
--	--

Sumber : PPNI, 2021

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN MOBILISASI PADA PASIEN STROKE	
Pengertian	Merupakan latihan fisik menggerakkan anggota badan dan anggota gerak secara tertur baik dibantu ataupun secara mandiri. Berguna untuk melatih otot-otot yang mengalami kekakuan.
Tujuan	1. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot 2. Mencegah kekakuan pada sendi 3. Mencegah kelainan bentuk, kekuatan dan kontraktur
Indikasi	Pasien yang mengalami mobilisasi
Prosedur Langkah-Langkah	1. Posisi Pasien Posisi pasien harus dirubah 2-3 jam berupa terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang sakit. Pada waktu miring ke sisi yang sakit, usahakan tidak lebih dari 20 menit a. Berbaring terlentang • Posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus • Letakan bantal dibawah bahu dan lengan yang lumpuh secara hati hati, sehingga bahu terangkat keatas dengan dengan yang agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan ditinggikan • Letakan pula bantal dibawah pangkal paha yang lumpuh dengan posisi yang agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk b. Posisi berbaring ke arah yang sehat • Bahu yang lumpuh harus harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan • Kaki yang lumpuh diletakan di depan, dibawah paha dan tungkai diganjal bantal, lalu ditekuk c. Miring ke posisi yang lumpuh • Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebih • Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang diatas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal 2. Latihan Pasif Anggota Gerak atas dan Bawah a. Latih pasif anggota gerak badan • Gerak menekuk dan meluruskan bahu • Tangan satu penolong memegang siku, tangan yang satunya memegang lengan • Luruskan siku, naikan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus • Gerakan dan menekukan siku: pegang lengan atas dengan tangan satu, tang yang lainnya menekuk dan meluruskan siku • Gerakan memutar pergelangan tangan: pegang lengan bawah dengan satu tangan, tangan yang lainnya menggenggam telapak tangan pasien, putar pergelangan tangan pasien kearah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup) • Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan: pegang tangan bawah dengan tangan satu, tangan yang lainnya memegang pergelangan tangan pasien. Tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah

	• Gerakan memutar ibu jari: pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan yang lainnya memutar ibu jari tangan • Gerakan menekuk dan meluruskan jari jari tangan: pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan yang lainnya menekuk dan meluruskan jari jari tangan b. Latihan pasif anggota gerak bawah • Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha: pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. Naik dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus • Gerakan menekuk dan meluruskan lutut: pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. Kemudian tekuk dan luruskan lutut. • Gerakan untuk pangkal paha: gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya) • Gerakan memjutar pergerakan kaki: pegang tungkai dengan tangan satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki 3. Fase Latihan Aktif a. Latihan aktif anggota gerak atas dan bawah Latihan I • Angkat tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat ke atas • Letakan kedua tangan di atas kepala • Kembalikan tangan ke posisi semula Latihan II • Angkat tangan yang lumpuh melewati dada ke arah tangan yang sehat • Kembalikan ke posisi semula Latihan III • Angkat tangan yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat ke atas • Kembalikan tangan keposisi semula Latihan IV • Tekuk siku yang lumpuh menggunakan tangan yang sehat • Luruskan siku kemudian angkat ke atas • Letakan kembali tangan yang lumpuh ke tempat tidur Latihan V • Peganga pergelangan tangan yang lumpuh dengan menggunakan tangan sehat, angkat keatas dada • Putar pergelangan ke arah dalam dan ke arah luar Latihan VI • Tekuk jari jari yang lumpuh dengan tangan yang sehat, kemudian luruskan • Putar ibu jari yang lemah menggunakan tangan yang sehat Latihan VII • Letakan kaki yang sehat dibawah lutut yang lumpuh • Turunkan kaki yang sehat sehingga punggung kaki yang sehatberada dibawah pergelangan kaki yang lumpuh • Angkat kedua kaki keatas dengan bantuan kaki yang sehat, emudian turunkan pelan-pelan Latihan VIII • Angkat kaki yang lumpuh menggunakan kaki yang sehat keatas sekitar 3 cm
--	--

	• Ayunkan kedua kaki sejauh mungkin kearah satu sisi, kemudian ke sisi yang lain • Kembali ke posisi semula dan ulangi lagi Latihan IX • Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya, bantu pegang pada lutut yang lumpuh dengan tangan satu • Dengan tangan lainnya, penolong memegang pinggul pasien • Anjurkan pasien untuk mengangkat bokongnya • Kembali ke posisi semula
--	--

Sumber : PPNI, 2021

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN PEMBERIAN INTAKE NUTRISI	
Pengertian	Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan tubuh pasien untuk proses kehidupan.
Tujuan	Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
Indikasi	1. Pasien yang bisa makan sendiri 2. Pasien yang tidak bisa makan sendiri
Prosedur Langkah-Langkah	A. Persiapan alat 1. Peralatan makanan menurut kebutuhan misalnya: piring, sendok, garpu, gelas minum, serbet, dan jika perlu pisau 2. Makanan dan minuman disiapkan dan di bawa ketempat pasien 3. Siapkan alat yang di butuhkan: air untuk cuci tangan, sabun, dan hannduk 4. Peralatan <i>oral hygiene</i> B. Pelaksanaan 1. Mengatur posisi pasien yang nyaman (posisi supine) 2. Memasang sketsel 3. Berikan air, sabun dan handuk untuk cuci tangan 4. Bantu melakukan oral hygiene 5. Singkirkan barang atau sampah di dekat pasien 6. Cuci tangan dan ambil baki makanan letakan di atas meja dan atur makanan dengan sikap dan cara yang baik 7. Pasien diingatan untuk berdo'a 8. Anjurkan pasien untuk makan sendiri 9. Ambil baki segera ketika pasien telah selesai makan.

Sumber : PPNI, 2021

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) TINDAKAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELIMINASI	
Pengertian	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urin
Tujuan	1. Kebutuhan eliminasi pasien terpenuhi 2. Memberi rasa nyaman 3. Mengobservasi output
Indikasi	Pasien dengan gangguan imobilitas fisik dan penyakit tertentu
Prosedur Langkah-Langkah	A. Persiapan Alat 1. Handschoen disposable (sekali pakai) 2. Masker 3. Pispot 4. Botol/ ember berisi air bersih untuk cebok 5. TisuE 6. Kapas cebok 7. Sabun 8. Pengalas pispot (perlak) 9. Bengkok 10. Celemek 11. Selimut 12. Sampiran B. Pelaksanaan 1. Pasang selimut atau kain penutup bagian bawah tubuh pasien 2. Membantu membuka pakaian dalam bagian bawah pasien, lalu ditutup dengan selimut 3. Anjurkan pasien menekuk lutut dan mengangkat bokong 4. Pasang perlak dan pispotnya 5. Beri penjelasan ke pasien untuk mulai BAB/BAK dan bila sudah selesai beritahu perawat/ keluarga 6. Bila pasien sudah selesai BAB/BAK langsung memakai handschoen, bilas genetalia pasien dengan air bersih bila perlu menggunakan sabun dan bersihkan vulva menggunakan kapas cebok dengan sekali hapus dari atas sampai ke anus, lalu angkat pispot 7. Anjurkan pasien untuk miring 8. Bersihkan daerah anus dan bokong dengan menggunakan tisu 9. Angkat perlak 10. Kenakan pakaian bagian bawah, rapihkan tempat tidur 11. Pispot bawa ke WC, perhatikan sifat urine dan konsistensi feces, warna, bau, lendir, dan darah lalu bersihkan pispot

Sumber : PPNI, 2021

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) ACTIVITY OF DAILY LIVING (ADL)	
Pengertian	Merupakan aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh seseorang dalam kehidupannya berkaitan dengan pemenuhan kebutuhannya.
Tujuan	Memberikan kesempatan kepada individu untuk berperan serta dalam kegiatan pencegahan terhadap gangguan kesehatan dirinya secara mandiri
Indikasi	Pasien stroke
Prosedur Langkah-Langkah	A. Persiapan Klien : Pasien diberitahu tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan B. Persiapan Lingkungan : 1. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman bagi pasien 2. Jaga privacy klien 3. Menunjukkan sikap yang sopan dan ramah C. Langkah-Langkah 1. Latihan Kepala dan Leher a. Lihat keatas kemudian menunduk sampai dagu ke dada b. Putar kepala dengan melihat bahu sebelah kanan lalu sebelah kiri c. Miringkan kepala ke bahu sebelah kanan lalu kesebelah kiri 2. Latihan Bahu dan Lengan a. Angkat kedua bahu ke atas mendekati telinga kemudian turunkan kembali perlahan-lahan b. Tepukan kedua telapak tangan dan renggangkan lengan kedepan lurus dengan bahu. Pertahankan bahu tetap lurus dan kedua tangan bertepuk kemudian angkat lengan keatas kepala c. Satu tangan menyentuh bagian belakang leher kemudian raih punggung sejauh mungkin yang dapat dicapai. d. Lalu bergantian dengan tangan yang satunya. 3. Latihan Tangan a. Letakan telapak tangan diatas meja. Lebarkan jari-jarinya dan tekan ke meja b. Balikan telapak tangan, tariklah ibu jari melintasi permukaan telapak tangan untuk menyentuk jari kelingking, kemudian tarik kembali, lanjutkan dengan menyentuh tiap-tiap jari dengan ibu jari c. Kepalkan tangan sekuatnya kemudian renggangkan jari-jari selurus mungkin 4. Latihan Punggung a. Dengan tangan disamping bengkokan badan kesatu sisi kemudian kesisi yang lain b. Letakan tangan dipinggang dan tekan kedua kaki, outar tubuh dengan melihat bahu ke kiri dan kekanan c. Tepukan kedua tangan dibelakang dan renggangkan kedua bahu ke belakang 5. Latihan Paha a. Latihan ini dapat dilakukan dengan berdiri tekak dan memegang sandaran kursi atau dengan posisi tiduran b. Lipat satu lutut sampai pada dada dimana kaki yang lain tetap lurus, dan tahan beberapa waktu c. Duduklah dengan kedua kaki lurus kedepan. Tekankan kedua lutut pada tempat tidur hingga bagian belakang lutut menyentuh tempat tidur d. Pertahankan kaki lurus tanpa membengkokkan lutut, kemudian

	tarik telapak kaki ke arah kita dan renggangkan kembali e. Tekuk dan renggangkan jari-jari kaki tanpa menggerakkan lutut f. Pertahankan lutut tetap lurus. Putar telapak kaki kedalam sehingga permukannya saling bertemu kemudian kembali lagi g. Berdiri dengan kaki lurus dan berpegangan pada bagian belakang kursi. Angkat tumit tinggi-tinggi kemudian putarkan 6. Latihan Pernafasan Duduklah di kursi dengan punggung bersandar dan bahu relaks. Letakkan kedua telapak tangan pada tulang rusuk. Tarik nafas dalam-dalam maka terasa dada mengembang. Sekarang keluarkan nafas perlahan-lahan. 7. Latihan muka a. Kerutkan muka sedapatnya, kemudian tarik alis ke atas b. Tutup mata kuat-kuat, kemudian buka lebar-lebar c. Kembangkan pipi keluar sebisanya. Kemudian isap kedalam d. Tarik bibir ke belakang sedapatnya, kemudian ciutkan dan bersiul D. Jenis Olahraga / Latihan Beberapa jenis olahraga yang dapat dilakukan oleh klien dalam mempertahankan <i>Activity Of Daily Living (ADL)</i> antara lain: 1. Pekerjaan rumah dan berkebun 2. Jalan kaki 3. Berenang 4. Lompat tali E. Teknik dan Cara Berlatih Teknik dan cara berlatih yang dilakukan untuk mempertahankan <i>Activity Of Daily Living (ADL)</i> meliputi: 1. Pemanasan (<i>Warming Up</i>) Gerakan umum (yang melibatkan sebanyak-banyaknya otot dan sendi) dilakukan secara lambat dan hati-hati. Pemanasan dilakukan bersama dengan peregangan (<i>stretching</i>). Lamanya kira-kira 8-10 menit. Pada 5 menit terakhir pemanasan dilakukan lebih cepat. Pemanasan dimaksud untuk mengurangi cedera dan mempersiapkan sel-sel tubuh agar dapat turun serta dalam proses metabolisme yang meningkat. 2. Latihan Inti Latihan inti bergantung pada komponen atau faktor yang dilatih. Gerakan senam dilakukan berurutan dan dapat diiringi oleh musik yang disesuaikan dengan gerakannya. 3. Pendinginan (<i>Cooling Down</i>) Dilakukan secara aktif. Artinya, sehabis latihan inti perlu dilakukan gerakan umum yang ringan sampai suhu tubuh kembali normal yang ditandai dengan pulihnya denyut nadi dan terhentinya keringat. Pendinginan dilakukan seperti pada pemanasan, yaitu selama 8-10 menit.
--	--

Sumber : PPNI, 2021

LEMBAR OBSERVASI TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian Keluarga			
		I	II	III	IV
1	Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.	√	√	√	√
2	Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan	√	√	√	√
3	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar.		√	√	√
4	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.		√	√	√
5	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif		√	√	√
6	Melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran.			√	√
7	Melakukan tindakan promotif secara aktif.				√

Sumber: Salvari, 2013

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Debi Mutiara Suci
 NIM : KHGC19059
 Pembimbing I : H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.
 Judul : Perawatan Paliatif Pada Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian keluarga Pasien Pasca Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023

No.	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf
	Masuk	Keluar			
1.	27 Januari 2023	27 Januari 2023	1. Topik penelitian 2. Judul penelitian	1. Hasil kajian empirik sudah cukup menggambarkan fokus pada arah penelitian 2. Judul penelitian ACC 3. Mulai menyusun BAB 1	
2.	6 Februari 2023	6 Februari 2023	BAB 1	1. Perbaiki redaksi kalimat intra paragraf dan antar paragraf 2. Lakukan parafrase kalimat 3. Tambahkan kajian teori dan kajian empirik pada masing-masing variabel yang akan diukur 4. Tambahkan hasil-hasil penelitian yang berkaitan dengan judul 5. Perbaiki tujuan penelitian 6. Manfaat penelitian harus lebih optimal	
3.	19 Februari 2023	19 Februari 2023	BAB 1	1. Tambahkan kajian teori dan empirik 2. Perjelas fokus penelitian dalam latar belakang 3. Perbaiki redaksi kalimat intra dan antar paragraf 4. Tambahkan hasil penelitian yang lain	
4.	2 Maret 2023	2 Maret 2023	BAB 1	1. Perbaiki redaksi kalimat intra dan antar paragraf 2. Paparkan penjelasan masing-masing variabel secara teori dan empirik 3. Manfaat penelitian harus lebih optimal	
4.	15 Maret 2023	15 Maret 2023	BAB I BAB II	1. Perbaiki cara pengutipan hasil penelitian dan menambahkan pembahasan umum dari hasil penelitian tersebut 2. Perjelas kembali studi empirik dari hasil variabel yang diteliti 3. Fokuskan BAB II judul dan focus penelitian 4. Perbaiki teknik penulisan BAB 2 5. Perbaiki Kerangka pemikiran penelitian	

5.	28 Maret 2023	28 Maret 2023	BAB II BAB III	1. Lanjut BAB III 2. Perbaiki redaksi system penulisan BAB III 3. Perbaiki dan perjelas kriteria inklusi dan eklusi 4. Perbaiki penentuan rumus besar sample 5. Perbaiki defisini oprasional harus menggambarkan oprasional penulis dalam mengukur masing masing variable penelitian 6. Perbaiki teknik analisa data 7. Siapkan instrument penelitian	
6.	6 April 2023	6 April 2023	BAB III	1. BAB III ACC 2. Instrument penelitian mengikuti SOP yang sudah baku 3. Susun draf profosal lengkap 4. Siapkan siding proposal	
7.	7 April 2023	7 April 2023	Draf Profosal Lengkap	ACC ujikan sidan proposal skripsi	
8.	6 Juli 2023	6 Juli 2023	BAB IV	lanjutkan pembahasan bab IV	
9.	15 Juli 2023	15 Juli 2023	BAB IV	1. perbaiki redaksi kalimat 2. perbaiki tabel interpretasi data 3. interpretasi angka data hasil penelitian sesuaikan dengan pengkajian yang ada di BAB III 4. perbaiki teknik pembahasan dengan mengandung komponen fakta, teori, opini 5. pemaparan hasil penelitian atau waktu dan teori yang menjadi dasar judul penelitian dan didukung oleh hasil 2 penelitian sebelumnya 6. ide/gagasan enulis harus di sesuaikan dengan pembahasan data orihinal 7. lanjutkan BAB V	
10	17 juli 2023	17 Juli 2023	BAB VI BAB V	1. ACC BAB VI 2. simpulan harus menunjuk pada tujuan peneliti 3. saran harus oprasional	
11.	19 Juli 2023	19 Juli 2023	BAB V	1. BAB V ACC 2. ACC Sidang	

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Debi Mutiara Suci
 NIM : KHGC19059
 Pembimbing II : Rudi Alfiyansyah, S.Kep, Ners, M.Pd
 Judul : Perawatan Paliatif Pada Aspek Fisik terhadap Tingkat Kemandirian keluarga Pasien Pasca Stroke di Kecamatan Bayongbong Kabupaten Garut Tahun 2023

No.	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf
	Masuk	Keluar			
1.	27 Januari 2023	27 Januari 2023	1. Topik penelitian 2. Judul penelitian	1. Judul penelitian ACC 2. Mulai menyusun BAB 1	
2.	9 Februari 2023	9 Februari 2023	BAB 1	1. Perbaiki lagi redaksi kalimat 2. Tambahkan kajian teori 3. Perjelas fokus penelitian 4. Perbaiki kalimat studi pendahuluan	
3.	22 Februari 2023	22 Februari 2023	BAB 1	1. Lakukan paraprase kalimat 2. Tambahkan hasil penelitian yang lain 3. Lanjtkan BAB II	
4.	16 Maret 2023	16 Maret 2023	BAB 1 BAB II	1. BAB I ACC 2. Fokus pembahasan pada variabel yang di teliti 3. Tambahkan teori teori hasil penelitian 4. Perbaiki kerangka pemikiran	
5.	29 Maret 2023	29 Maret 2023	BAB II	1. Tambahkan bagan kriteria ringkat kemandirian keluarga 2. BAB II ACC	
6.	30 Maret 2023	30 Maret 2023	BAB III	1. Perbaiki penentuan rumus besar sample 2. Perbaiki teknik analisa data 3. Siapkan instrument penelitian sesuai SOP PPNI	
7.	7 April 2023	7 April 2023	Draf Profosal Lengkap	ACC ujian sidan proposal skripsi	
8.	7 Juli 2023	7 Juli 2023	BAB VI	lanjutkan pembahasan bab IV	
9.	17 Juli 2023	17 Juli 2023	BAB VI	1. perbaiki EYD 2. ACC BAB VI 3. Lanjutkan BAB V	
10.	19 Juli 2023	19 Juli 2023	BAB V	ACC BAB V ACC SIDANG	

Master Tabel

Pengaruh Bimbingan Perawatan Palitif Pada Aspek Fisik Pada Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Paska Stroke Dikecamatan Bayongbong Kabupaten Garut

Resp	Usia	Status	Gender	Pendidikan	Pekerjaan	Tingkat Kemandirian Keluarga	
						Pre	Post
	27	Anak	Laki-Laki	SMA	Wiraswasta	1	2
2	33	Anak	Perempuan	SMA	Dagang	2	3
3	34	Anak	Perempuan	SMA	IRT	1	3
4	38	Anak	Perempuan	SMA	Dagang	1	3
5	50	Istri	Perempuan	SMA	Dagang	2	3
6	52	Istri	Perempuan	SMP	IRT	2	2
7	40	Suami	Laki-Laki	SMA	Wiraswasta	2	3
8	40	Istri	Perempuan	SMA	Dagang	1	2
9	45	Istri	Perempuan	SMA	Dagang	2	3
10	50	Suami	Laki	SMA	Wiraswasta	2	3
11	45	Suami	Laki	SMP	Buruh	2	2
12	28	Anak	Perempuan	SMA	IRT	2	3
13	55	Suami	Laki-Laki	SMA	Wiraswasta	1	2
14	57	Suami	Laki-Laki	SD	Buruh	1	1
15	32	Istri	Perempuan	SMP	IRT	2	3
16	57	Istri	Perempuan	SMP	IRT	1	1
17	58	Suami	Laki-Laki	SMP	Buruh	1	1
18	31	Anak	Perempuan	SMA	Dagang	2	3
19	33	Anak	Laki-Laki	SMA	Dagang	1	2
20	40	Anak	Perempuan	SMA	IRT	2	3

HASIL OLAH DATA PENILAIAN SPSS

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre	Post
N		20	20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	1,55	2,40
	Std. Deviation	,510	,754
	Absolute	,361	,337
Most Extreme Differences	Positive	,309	,213
	Negative	-,361	-,337
Kolmogorov-Smirnov Z		1,614	1,507
Asymp. Sig. (2-tailed)		,011	,021

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Frequencies

Usia				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Dewasa Muda	7	35,0	35,0
	Dewasa Menengah	6	30,0	65,0
Valid	Dewasa Akhir	4	20,0	85,0
	Pra Lansia	3	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

Status				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Anak	8	40,0	40,0
	Istri	7	35,0	75,0
Valid	Suami	5	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

Gender				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Perempuan	12	60,0	60,0
Valid	Laki-Laki	8	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	1	5,0	5,0	5,0
SMP	5	25,0	25,0	30,0
SMA	14	70,0	70,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Wiraswasta	4	20,0	20,0	20,0
Dagang	7	35,0	35,0	55,0
IRT	6	30,0	30,0	85,0
Buruh	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Tingkat Kemandirian

Pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	9	45,0	45,0	45,0
	2	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	15,0	15,0	15,0
	2	6	30,0	30,0	45,0
	3	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Positive Ranks	15 ^b	8,00	120,00
Ties	5 ^c		
Total	20		

a. Post < Pre

b. Post > Pre

c. Post = Pre

Test Statistics ^a	
	Post - Pre
Z	-3,690 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

DOKUMENTASI



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama Lengkap : Debi Mutiara Suci
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 28 Maret 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Jambansari RT/RW 01/04
Desa Bayongbong, Kecamatan Bayongbong,
Kabupaten Garut, Jawa Barat
Email : debimutiaradby@gmail.com
Instagram : debims__

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

2008 - 2013 : SDN 1 Bayongbong
2013 - 2016 : SMPN 1 Bayongbong
2016 – 2019 : SMA 19 Garut
2019 – 2023 : STIKes Karsa Husada Garut Prodi S1 Keperawatan

C. RIWAYAT PENELITIAN

Pengaruh Bimbingan Perawatan Paliatif dalam Aspek Fisik terhadap
Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien Pasca Stroke di Kecamatan
Bayongbong Kabupaten Garut 2023