

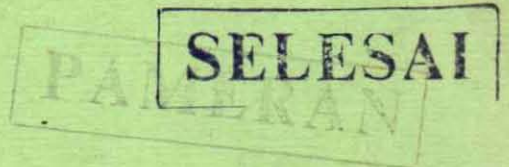
DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

PERANAN KELUARGA DAN TINGKAT PENGETAHUANNYA
TERHADAP PENYEMBUHAN KETERGANTUNGAN POST STROKE
PADA PENDERITA STROKE YANG PERNAH DIRAWAT
DI R.S. dr. SOETOMO TAHUN 1994

Ketua Peneliti :

Lucia Y. Hendrati, SKM

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT



01 MAY 1997



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai Oleh : DIP GPF Unair 1995/1996

SK.Rektor Nomor : 6907/PT03.H/N/1995

Nomor : 50

IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

CEREBRO VASCULAR DISORDERS

DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

KKCC
KK
362.1981
Per

**PERANAN KELUARGA DAN TINGKAT PENGETAHUANNYA
TERHADAP PENYEMBUHAN KETERGANTUNGAN POST STROKE
PADA PENDERITA STROKE YANG PERNAH DIRAWAT
DI R.S. dr. SOETOMO TAHUN 1994**

3000400963141-3

Ketua Peneliti :

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Lucia Y. Hendrati, SKM

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dibiayai Oleh : DIP OPF Unair 1995/1996

SK.Rektor Nomor : 6907/PT03.H/N/1995

Nomor : 50

3000 400 962 141

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

**PERANAN KELUARGA DAN
TINGKAT PENGETAHUANNYA TERHADAP PENYEMBUHAN
KETERGANTUNGAN POST STROKE PADA PENDERITA
STROKE YANG PERNAH DIRAWAT DI RS dr. SOETOMO
TAHUN 1994**

Peneliti :

**Lucia Y. Hendrati, SKM.
Prof. Dr. dr. Rika Subarniati T., SKM.
dr. Agus Turchan
Dra. Laili Rahayuwati, M.Kes.
dr. Chatarina U. W., MS., MPH.**

Fakultas Kesehatan Masyarakat



LEMBAGA PENELITIAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

**DIBIAYAI : DIP OPF UNIVERSITAS AIRLANGGA
SK. REKTOR NOMOR : 6907/PT03. H/N/1995
TANGGAL : 24 AGUSTUS 1995**



DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
LEMBAGA PENELITIAN

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--|
| 1. Puslit dan Pembangunan Regional | 4. Puslit Lingkungan Hidup | 8. Puslit Kependudukan dan Pembangunan |
| 2. Puslit Obat Tradisional | 5. Puslit dan Pengembangan Gizi | 9. Puslit Bioenergi |
| 3. Puslit Pengembangan Hukum | 6. Puslit/Studi Wanita | 10. Puslit/Studi Kesehatan Reproduksi |
| | 7. Puslit Olahraga | |

Jl. Darmawangsa Dalam No. 2 Telp. (031) 42322 Fax. (031) 42322 Surabaya 60286

IDENTITAS DAN PENGESAHAN
 LAPORAN AKHIR HASIL PENELITIAN

1. a. Judul Penelitian : Peranan fungsi keluarga dan pengetahuan terhadap penyembuhan ketergantungan Post Stroke pada penderita yang pernah dirawat di R.S. Dr. Soetomo tahun 1994
- b. Macam Penelitian : () Fundamental, () Terapan, (V) Pengembangan
2. Kepala Proyek Penelitian
- a. Nama Lengkap Dengan Gelar : Lucia Y. Hendrati, SKM.
- b. Jenis Kelamin : W a n i t a
- c. Pangkat/Golongan dan NIP : Penata Muda - III/a - 132 129 144
- d. Jabatan Sekarang : Asisten Ahli Madya
- e. Fakultas / Jurusan : Kesehatan Masyarakat / Epidemiologi
- f. Univ./Inst./Akademi : Universitas Airlangga
- g. Bidang Ilmu Yang Diteliti : Epidemiologi dengan pendekatan sosial
3. Jumlah Tim Peneliti : 5 (lima) orang
4. Lokasi Penelitian : Kotamadya Surabaya
5. Kerjasama dengan Instansi Lain
- a. Nama Instansi : -
- b. A l a m a t : -
6. Jangka Waktu Penelitian : 6 (enam) bulan
7. Biaya Yang Diperlukan : Rp 3.000.000,00
8. Seminar Hasil Penelitian
- a. Dilaksanakan Tanggal : 15 April 1996
- b. Hasil Penilaian : ~~() Amat Baik~~ (V) B a i k
 () S e d a n g () K u r a n g

Surabaya, 11 Juni 1996



Mengetahui/ Mengesahkan :
 a.n. Rektor
 Ketua Lembaga Penelitian,

LAPORAN PENELITIAN

Peranan keluarga dan ...
 Prof. Dr. Noor Cholies Zaini f
 NIP. 130 355 372

Lucia Y. Hendrati

RINGKASAN PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : PERANAN KELUARGA DAN TINGKAT PENGETAHUANNYA TERHADAP PENYEMBUHAN KETERGANTUNGAN POST STROKE PADA PENDERITA YANG PERNAH DIRAWAT DI RUMAH SAKIT DR. SUTOMO TAHUN 1994.

Ketua Peneliti : Lucia Y. Hendrati.

Anggota Peneliti : Rika Subarniati
Agus Turchan
Chatarina U.W
Laili Rahayuwati

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Sumber Biaya : Dip/PF Unair Tahun 1995/1996 SK Rektor Nomor 6907/PT 03.H/N/1995

=====
Meningkatkan kualitas kehidupan yang bebas dari cacat tubuh merupakan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia. Stroke merupakan penyakit peredaran darah otak yang menyebabkan kematian dan kecacatan. Sebagian besar penderita stroke menyerang pada usia lanjut. Oleh karenanya untuk meningkatkan kualitas hidup di hari tua perlu diwaspadai penyakit stroke.

Program pencegahan kecacatan akibat Stroke tidak akan berhasil bila mengandalkan pemerintah maupun swasta saja, keluarga justru amat penting peranannya dalam mencegah kecacatan dan menyembuhkan ketergantungan penderita stroke.

Penelitian ini mengajukan 3 permasalahan utama :

(1). Bagaimanakah pengetahuan keluarga tentang faktor resiko terjadinya Stroke ? (2). Bagaimanakah pengetahuan keluarga tentang cara perawatan penderita Stroke ? (3). Bagaimanakah peranan keluarga dalam mengembalikan ketergantungannya penderita Stroke ?

Lokasi Penelitian ditetapkan di Surabaya karena ingin melihat pola penyembuhan pada masyarakat perkotaan. Pasien stroke yang pernah dirawat di Rumah Sakit Dokter Soetomo sebagian besar (75,7%) tinggal di Surabaya. Secara purposive diambil data penderita yang dirawat pada bulan Februari & Maret Tahun 1994 agar ada kesamaan dalam lamanya proses perawatan. Ditemukan ada 108 pasien yang pernah dirawat dalam bulan Februari & Maret tahun 1994. Setelah didatangi ternyata 23 penderita meninggal Dunia sedangkan 55 penderita tidak dapat diketemukan alamatnya atau tidak jelas dan hanya 30 responden yang dapat ditemui.

Hasil penelitian menunjukkan tentang hubungan keluarga responden sebagian besar (60 %) adalah anak dari penderita, 53,3% responden berumur antara 20 dan 40 tahun, 90% responden pernah mengalami pendidikan formal, sebagian besar 50% berpendidikan dibawah SMP, 66,7% Responden adalah pekerja.

Sedangkan karakteristik penderita, 70% berumur antara 50 dan 70, 70% berpendidikan SD atau dibawahnya dan sebelum terjadi serangan Stroke 63,3% pernah bekerja, setelah serangan Stroke hanya 6,7 % yang kembali bekerja.

Menurut Responden tentang fungsi motorik 63,3% penderita mengalami kemajuan fungsi motorik sedangkan 47,4% penderita telah mengalami kemajuan dalam fungsi wicara.

Pengetahuan responden tentang faktor resiko sebagian besar (96,7%) kurang tahu atau tidak tahu, bila kita rinci lebih lanjut didapatkan 73,3% responden mengetahui tentang pengaruh tekanan darah terhadap terjadinya serangan Stroke, 63,3% responden tidak tahu bahwa merokok berpengaruh terhadap terjadinya serangan Stroke, 86,7% responden kurang mengetahui tentang pengaruh makanan terhadap terjadinya serangan Stroke, 53,3% responden kurang mengetahui atau tidak tahu bahwa obesitas berpengaruh terhadap terjadinya serangan Stroke dan 40% responden kurang mengetahui tentang pengaruh minuman beralkohol berpengaruh terhadap terjadinya serangan Stroke.

Pengetahuan tentang cara perawatan penderita Stroke sejumlah 60 presen responden kurang tahu tentang hal itu.

Sedangkan peranan keluarga dalam menyembuhkan ketergantungan penderita pada umumnya responden terlibat dalam memotivasi penderita, membiayai, mengantarkan periksa, mengatur makanan dan melatih penderita serta berperanan dalam mengembalikan pergaulan penderita dengan masyarakat dan keluarga.

Kemauan penderita dan rasa ikut bertanggung jawab keluarga terhadap penderita merupakan faktor pendukung terhadap kesembuhan penderita. Sedangkan faktor yang dirasakan sebagai penghambat dalam proses penyembuhan ketergantungan penderita stroke adalah sebagai berikut seperti yang diakui oleh responden : keputusan keluarga dalam merawat dan mengobati penderita yang disebabkan karena penderita merasa tidak mau dilatih dan tidak mau minum obat, kurang perhatian anggota keluarga yang lebih memikirkan diri sendiri, mahalanya harga obat, mahalnya ongkos transport dan pemeriksaan serta mahalnya tempat pemeriksaan seperti yang dikeluhkan oleh sebagian responden, dan kurangnya kesadaran keluarga.

Meningkatkan pengetahuan dan upaya menyadarkan tidak terbatas hanya keluarga saja tapi juga penderita itu sendiri merupakan upaya untuk memecahkan permasalahan dan hambatan yang dialami keluarga.

Mendekatkan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan lebih dekat dengan rumah penderita semacam posyandu diharapkan dapat mengatasi permasalahan tersebut.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT. penelitian ini dapat terselesaikan. Penelitian yang melihat keterlibatan keluarga dalam membantu menyembuhkan ketergantungan atau mengembalikan ketidaktergantungan penderita stroke sehingga tidak tergantung pada orang lain disekitarnya perlu dilakukan mengingat kecacatan yang sering didapatkan oleh penderita stroke dapat mengganggu kualitas hidup penderita stroke dihari tua.

Terselesainya penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, ucapan terima kasih kami ucapkan yang pertama kepada rekan-rekan yang membantu selama pengumpulan data hingga selesai, yang kedua terima kasih kepada responden yang bersedia diwawancarai dan atas tersedianya waktu untuk diwawancarai, terakhir terima kasih kepada rektor Universitas Airlangga dan lembaga penelitian Universitas Airlangga yang bersedia mendanai penelitian ini untuk itu kami ucapkan terima kasih.

Penelitian ini merupakan suatu karya ilmiah sehingga terbuka bagi Pembaca dan peneliti sekalian untuk memberikan kritik dan saran.

Surabaya , 28 Febuari 1996

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

halaman

Ringkasan	i
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
Daftar Tabel	v
BAB I. PENDAHULUAN	
I. 1. Latar Belakang Masalah	1
I. 2. Rumusan Masalah	3
I. 3. Tujuan Penelitian	4
I. 4. Manfaat Penelitian	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
II. 1. Stroke	5
II. 1. 1. Pengertian Stroke	5
II. 1. 2. Faktor-Faktor Resiko stroke	6
II. 2. Fungsi Keluarga	10
BAB III. METODE PENELITIAN	13
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	15
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	42
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	<i>halaman</i>
Tabel 1. Pengetahuan responden tentang faktor resiko terjadinya serangan stroke	18
Tabel 2. Pengetahuan responden tentang pengaruh tekanan darah tinggi terhadap serangan stroke	19
Tabel 3. Pengetahuan responden tentang pengaruh makanan terhadap serangan stroke	20
Tabel 4. Pengetahuan responden tentang pengaruh makanan yang mengandung lemak jenuh terhadap serangan stroke	21
Tabel 5. Pengetahuan responden tentang pengaruh bahan makanan yang mengandung natrium terhadap serangan stroke	23
Tabel 6. Pengetahuan responden tentang pengaruh obesitas terhadap terjadinya serangan stroke	26
Tabel 7. Pengetahuan responden tentang pengaruh minuman beralkohol terhadap serangan stroke	28
Tabel 8. Pengetahuan responden tentang perawatan penderita stroke	29
Tabel 9. Pengetahuan responden tentang kecacatan akibat stroke	32

BAB I
PENDAHULUANMILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

I.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Pada dasarnya pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas dan taraf hidup masyarakat Indonesia seperti yang tercantum dalam GBHN tahun 1993. Kualitas hidup tidak hanya mengacu pada keberhasilan peningkatan umur harapan hidup saja yang merupakan salah satu indikator keberhasilan program kesehatan, akan tetapi bila kita kaji dari konsep kesehatan menurut WHO bahwa sehat harus meliputi sehat fisik, mental maupun sosial dan bebas dari kecacatan tubuh. Oleh karenanya disamping bertujuan untuk meningkatkan umur harapan hidup juga perlu bertujuan meningkatkan kualitas kehidupan yang bebas dari cacat tubuh.

Stroke merupakan penyakit peredaran darah otak yang menyebabkan kematian dan kecacatan. Stroke tidak hanya menyerang negara maju tetapi juga negara berkembang. Di Amerika Serikat tercatat 297.000 penderita stroke setiap tahunnya. (Murray, 1987) Di Indonesia menurut laporan dari RS Cipto Mangunkusumo Jakarta stroke merupakan penyakit terbanyak kedua dibagian neurologi (Andriadi, 1985). Laporan dari RS Dr. Sutomo, stroke merupakan kelompok 10 besar penyakit syaraf yang rawat inap di bangsal penyakit syaraf A lab/UPF Ilmu penyakit syaraf. Menurut laporan Martono tahun 1993 selama satu tahun dilaporkan bahwa angka insidensi stroke 84,68 per 100.000 populasi. Sedangkan menurut laporan dari RSUD dr. Sardjito

mortalitas stroke menduduki nomor lima pada tahun 1989 (Lamsudin, 1994). Sam Permanawati dan Lamsudin (1990) melaporkan penelitiannya tentang mortalitas stroke di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta bahwa dari 665 penderita stroke yang dirawat selama tahun 1986 - 1989 ternyata 28 % meninggal. (Lamsudin, 1994)

Dari hasil penelitian di lima rumah sakit di Yogyakarta menunjukkan bahwa Stroke sebagian besar menyerang pada kelompok usia lanjut (Lamsudin, 1994). Oleh karenanya dalam upaya meningkatkan angka harapan hidup dan kualitas hidup di hari tua perlu diwaspadai akibat yang ditimbulkan oleh stroke.

Stroke yang berkelanjutan berakibat pada terjadinya kecacatan terutama dapat mengurangi kemampuan baik motorik, sensorik maupun depresi. Sehingga kenikmatan hidup berkurang karena menurunnya fungsi luhur otak.

Stroke yang merupakan penyebab kecacatan fisik, mental maupun sosial, membutuhkan pemecahan baik dari segi kesehatan maupun sosial serta memerlukan penanganan yang komprehensif termasuk upaya pemulihan dalam jangka waktu lama bahkan sepanjang hidup penderita. Lamanya waktu yang diperlukan untuk mengembalikan fungsi ketidaktergantungan penderita stroke berhubungan dengan umur, seks, efek samping, kesakitan, depresi dan persepsi, pengamatan terhadap luasnya kerugian yang ditimbulkan (Mayo, 1981)

Program pencegahan yang mengupayakan agar tidak sampai terjadinya kecacatan tubuh yang diakibatkan stroke perlu dilakukan dan dipikirkan lebih lanjut. Keberhasilan tindakan pencegahan tidak akan berhasil bila hanya mengandalkan upaya

yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta saja akan tetapi juga menuntut peranan dari masyarakat termasuk keluarga.

Peranan keluarga terutama dalam mengembalikan ketidaktergantungan penderita stroke terlihat dalam memecahkan masalah, komunikasi, kontrol perilaku maupun pemberian kasih sayang dan respon. (Evans, 1991) Untuk itu perlunya pengetahuan keluarga sebagai dasar tindakan dalam menghindari terjadinya resiko-resiko yang dapat menimbulkan kekambuhan atau terjadinya serangan stroke.

Adanya perubahan sosial maupun perubahan bentuk keluarga yang cenderung menjadi keluarga inti terutama dipertanian berpengaruh terhadap pemilihan alternatif yang lebih praktis, demikian hal dengan pola perawatan pada penderita post stroke dan apakah hal ini berpengaruh pada pola penyembuhan ketergantungan penderita stroke yang tinggal di kota Surabaya, maka penelitian ini dilakukan.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Seperti yang dikemukakan diatas bahwa dalam penanganan penderita stroke tidak hanya pada lingkup kesehatan saja, tetapi dukungan sosial khususnya istri atau suami atau keluarga dekat penderita stroke yang mempunyai peranan penting dalam pengembalian kemandirian atau ketidaktergantungan penderita stroke.

Sehingga perlu diteliti tentang :

1. Bagaimana pengetahuan keluarga tentang faktor resiko terjadinya Stroke.

2. Bagaimana pengetahuan keluarga tentang cara perawatan penderita stroke.
3. Bagaimana peranan keluarga dalam penyembuhan ketergantungan dari penderita stroke.

I.3. TUJUAN PENELITIAN :

1. **Umum** : mengetahui pengetahuan dan perananan keluarga dalam menyembuhkan ketergantungan penderita stroke.
2. **Khusus** :
 1. Mengetahui pengetahuan keluarga tentang faktor resiko terjadinya stroke.
 2. Mengetahui pengetahuan tentang cara perawatan penderita stroke
 3. Mengetahui peranan keluarga dalam penyembuhan ketergantungan terhadap penderita Stroke.

I.4. MANFAAT PENELITIAN

Penelitian tentang pengembangan pola perawatan yang dilakukan keluarga dalam mengembalikan fungsi motorik dan wicara maupun mental penderita stroke dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu epidemi khususnya yang berkaitan dengan ilmu sosial. Disamping itu dapat sebagai acuan materi penyuluhan kepada masyarakat dan sebagai masukan dalam penelitian yang lebih lanjut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II. 1. *Stroke*

II.1.1. Pengertian Stroke

Stroke menurut definisi dari WHO adalah "*in stroke there are rapidly developed clinical signs of focal disturbances of cerebral function lasting more than 24 hours or leading to death with no apparent cause other than of vascular origin*". (WHO, 1989).

Stroke pada dasarnya disebabkan oleh penyakit vaskuler, yaitu adanya lesi vaskuler regional yang terjadi di otak. Lesi di pembuluh darah (vaskuler) ini dapat disebabkan karena oklusi pada lumen arteri serebral atau adanya pecahnya pembuluh darah di otak. Akibatnya otak tidak mendapat jatah darah karena tersumbatnya atau putusnya arteri tersebut.

Terisolasinya suatu daerah otak dari jangkauan aliran darah yang mengangkut O_2 dan glukosa yang diperlukan untuk metabolisme oksidatif mengakibatkan tidak berfungsinya daerah yang terisolasi tersebut, sehingga timbulah manifestasi defisit neurologik yang biasanya berupa *hemiparalisis*, *hemihipestesia*, *hemiparastesia* dan bisa juga disertai defisit fungsi luhur seperti afasia. (Mardjono, 1981)

Penyakit vaskuler utama yang menimbulkan penyumbatan

adalah *aterosklerosis* dan *arteriosklerosis*, sedangkan penyakit *vaskuler oklusif* lainnya ialah *endarteritis reumatik* dan *sifilik*, *periarteritis nodosa* dan *lupus erimatosus disseminata*.

Arteriosklerosis merupakan penyakit pembuluh darah yang terpenting karena yang terkena *arteriosklerosis* terutama pada arteri jantung dan otak. Proses terjadinya *arteriosklerosis* disebabkan karena dua hal, yang pertama karena adanya penimbunan baik lemak maupun kolesterol yang diselipkan oleh arus darah maupun karena beban terhadap dinding pembuluh darah akibat hipertensi. Yang kedua karena terbentuknya *trombus*. Endapan lemak ini akan tumbuh dan tertutup oleh jaringan fibrosa sehingga kelenturan pembuluh darah akan berkurang, sehingga aliran darah menjadi berkurang.

Stroke secara praktis terbagi menjadi dua, yaitu stroke yang diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah di otak disebut *stroke hemoragi* sedangkan penyumbatan aliran darah di otak karena *trombus* maupun emboli disebut *stroke non hemoragi (iskemik)*. (Mardjono, 1986)

II. 2. *Faktor Resiko Stroke*

Proses *arteriosklerosis* sebenarnya adalah proses degeneratif dimana penyempitan *lumen arteri* bertambah sesuai umur. Akan tetapi dapat dipercepat oleh adanya faktor hereditas, obesitas, kurang bergerak, *diabetes mellitus*, *hyperkholesteremia*, merokok maupun hipertensi. (Mardjono, 1981)

Hipertensi merupakan faktor etiologi yang paling umum penyebab pecahnya arteri serebral. Penderita dengan riwayat hipertensi mempunyai kemungkinan terkena stroke 4-6 kali lebih besar dari pada penderita normotensi (Lumbantobing, 1991). *Aneurisma charcot-Bouchard* sebagai petunjuk pecahnya dinding pembuluh darah timbul pada orang-orang dengan hipertensi kronik. (Mardjono, 1986) Dalam hal ini hipertensi merupakan satu-satunya faktor penyebab terjadinya *infark lakunar*. (Andradi, 1989) Kira-kira 70-90 % kasus perdarahan otak didapatkan adanya hipertensi. (Mardjono, 1986)

Faktor-faktor resiko dari stroke dapat dibagi dalam 3 hal yaitu :

1. Faktor yang berat (mayor), meliputi : hipertensi, jantung, aterosklerosis, diabetes mellitus, polisitemia, serangan stroke ulang.
 2. Faktor resiko yang lemah, meliputi : kadar lemak, hematokrit normal yang tinggi, merokok sigaret, kegunaan, kadar asam urat yang tinggi di darah, kurang gerak badan atau olah-raga, fibrinogen yang tinggi.
 3. Faktor lainnya penyakit sifilis, malaria otak, penyakit darah yang mengakibatkan viskositas darah meningkat.
- (Lumbantobing, 1994)

Diet atau makanan yang tidak teratur baik jumlah maupun macamnya akan mempengaruhi terjadinya stroke kembali. Pada prinsipnya makanan untuk penderita stroke dengan gangguan pembuluh darah atau jantung adalah : makanan

secukupnya tanpa memperberat kerja jantung, menurunkan berat badan bila penderita terlalu gemuk, protein dan lemak sedang, cukup vitamin dan mineral, rendah garam, mudah dicerna, tidak merangsang dan tidak menimbulkan gas. (Depkes. R.I, 1982)

Sedangkan untuk penderita *arteriosklerosis* syarat diit adalah kalori rendah bila kelebihan berat badan, hidrat arang terbatas terutama pengurangan terhadap pemakaian hidrat arang murni, lemak terbatas diutamakan lemak tak jenuh ganda, kolesterol terbatas, protein tak terbatas dan tinggi serat. (Depkes. RI, 1982)

Diit rendah garam bertujuan membantu menghilangkan retensi garam atau air dalam jaringan tubuh dan menurunkan tekanan darah pada hipertensi. Adapun syarat diit adalah cukup kalori, protein, mineral dan vitamin, dilakukan penyesuaian jumlah natrium. (Depkes. RI, 1982)

Modifikasi diit pada gangguan pembuluh darah dan jantung dilakukan berdasarkan :

1. Pembatasan natrium

Sumber natrium dalam makananan, adalah :

- a. Natrium merupakan unsur alami terdapat pada semua bahan pangan, daging, ikan, susu dan telur lebih banyak mengandung natrium dari pada buah-buahan, sereal dan sayur mayur.
- b. Natrium terdapat dalam garam dapur yang lazim digunakan untuk memasak dan juga menjadi komponen

bahan penyedap makanan dan aditif, seperti bumbu masak atau vetsin (*monosodium glutamat*) dan bahan pengawet makanan seperti *natrium benzoat* dan *natrium sulfit* (sendawa).

- c. Makanan yang diawetkan dengan penambahan garam seperti ikan asin, ebi, ham lidah dan keju. Demikian pula buah-buahan dan sayuran yang diasinkan seperti acar dan sayuran yang disimpan dalam botol, saus seperti taoco, saus tomat, sambal, kecap, petis maupun terasi.
- d. Roti dan kue atau biskuit yang dikembangkan dengan soda kue (*natrium bikarbonat*)

2. Membatasi konsumsi susu tidak lebih dari 500 ml per-hari, lebih baik susu sapi diganti susu nabati.

3. Diet rendah kolesterol lemak terbatas

- a. Kadar kolesterol darah yang tinggi berhubungan dengan konsumsi lemak jenuh seperti susu, kuning telur terutama telur ayam broiler, jerohan, hati, daging, produk susu seperti keju dan mentega.
- b. Sedangkan lemak tak jenuh kurang mengandung kolesterol terdapat dalam minyak nabati, seperti minyak jagung dan minyak kedelai, susu skim atau susu kedelai, daging ayam kampung dan daging sapi kurus, gajih terdapat pada kulit ayam, brutu dan kepala ayam.

Ikan dapat dimakan sebagai pengganti makan daging.

Ikan yang dagingnya putih memiliki kandungan lemak

yang rendah, sedangkan minyak yang terdapat dalam jaringan ikan yang gemuk atau berdaging gelap mengandung lemak tak jenuh.

Oleh karena itu perawatan untuk penderita stroke sebaiknya

- a. memodifikasi agar tidak timbul kejenuhan misalnya rasa hambar pada diet rendah garam, dianjurkan penggunaan bumbu yang tidak mengandung natrium seperti gula, cuka, bawang merah bawang putih, jahe, kunyit, laos dan salam. (Depkes. RI, 1992)
- b. Makanan sebaiknya direbus atau ditumis dengan sedikit minyak. Pemakaian santan yang kental harus dihindari dan sebaiknya tidak menggoreng makanan. (Beck, Mary E., 1995)

II. 3. Fungsi Keluarga

Keluarga adalah suatu sistem norma dan tata cara yang diterima untuk menyelesaikan sejumlah tugas penting.

Sedang dalam literatur yang lain keluarga merupakan bentuk utama persekutuan antara pria dan wanita setelah menikah untuk mendapat dan memelihara keturunan sekalipun fungsi itu mungkin gagal untuk dijalankan atau dikerjakan. Keluarga adalah suatu struktur kelembagaan yang berkembang melalui upaya masyarakat untuk menyelesaikan tugas-tugas tertentu. (Shadily, 1994) Tugas keluarga diantaranya adalah:

1. Fungsi Pengaturan Seksual

Keluarga adalah lembaga pokok yang merupakan wahana bagi masyarakat untuk mengatur dan mengorganisasikan kepuasan keinginan seksual.

2. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dengan jalan memperoleh anak sebagai keturunan. Masyarakat yang menetapkan seperangkat norma bahwa untuk memperoleh anak harus melalui lembaga yaitu keluarga.

3. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah suatu proses dimana seorang mulai menerima dan menyesuaikan diri kepada adat istiadat suatu golongan. dimana lambat laun ia akan merasa sebagai bagian dari golongan. Sosialisasi merupakan pertumbuhan perasaan yang menimbulkan tindakan.

4. Fungsi Afeksi

Salah satu kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan akan kasih sayang atau rasa dicintai. Permasalahan gangguan emosional, masalah masalah perilaku dan kesehatan fisik, menurut pandang psikiater penyebab utamanya adalah ketidakadaan cinta.

Cinta atau kasih sayang merupakan salah satu kebutuhan sosial manusia yang paling penting seperti kebutuhan akan persahabatan dan keintiman, tanggapan manusiawi yang penuh kasih sayang. Orang yang tidak pernah dicintai jarang bahagia sehat dan berguna.

Sebagian besar masyarakat hampir seluruhnya bertum-

puh kepada keluarga untuk mendapatkan tanggapan kasih sayang kebutuhan persahabatan sebagian dipenuhi oleh keluarga dan sebagian lagi oleh sejumlah kelompok yang lain, seperti klub yang diorganisasikan atas dasar kekerabatan merupakan perluasan dari keluarga.

5. Fungsi Penentuan Status.

Keluarga berfungsi sebagai dasar untuk memberi status sosial seperti warna kulit, agama, status kelas atau kasta.

6. Fungsi perlindungan

Dalam setiap masyarakat keluarga memberikan perlindungan baik fisik, ekonomi dan psikologi bagi seluruh anggotanya. Beberapa masyarakat memandang serangan terhadap seorang anggota berarti serangan terhadap seluruh keluarga, dan seluruh nasib untuk membela keluarga.

7. Fungsi Ekonomi

Keluarga sebagai unit ekonomi dasar dan merupakan unit dasar kerjasama dan sepenanggungan. (Horton, 1991)

Pada umumnya masyarakat yang menaruh penilaian tinggi terhadap keluarga besar, orang-orang tua dihormati, karena mereka takut diperlakukan hal sama bila tidak menghormati orang tuanya oleh anaknya. Menentang orang tua atau menggantikan mereka tanpa kehalusan atau rasa hormat akan menentukan struktur yang sebenarnya yang akan mereka alami kemudian jika sudah tua. (Goode, 1991)

BAB III

METODE PENELITIAN

Secara umum, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menggambarkan tingkat pengetahuan keluarga penderita stroke yang pernah dirawat di Rumah Sakit dr. Soetomo pada tahun 1984 dan tinggal di kota Surabaya, disamping itu juga untuk menggambarkan peranan keluarga penderita stroke dalam mengembalikan ketergantungan/kecacatan yang dialami oleh penderita stroke.

1. Jenis Penelitian

Sesuai dengan tujuan yang tertera di atas, maka jenis penelitian yang dilakukan bersifat retrospektif karena menggali data yang telah lalu. Menurut sifatnya penelitian ini termasuk deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

2. Responden penelitian

Responden yang dijadikan sumber informasi adalah keluarga penderita yang paling dekat dengan penderita dalam arti yang bertanggung jawab terhadap perawatan penderita.

3. Lokasi penelitian

Penderita yang didata adalah penderita yang tinggal di Surabaya, karena peneliti ingin melihat pola penyembuhan penderita oleh keluarga yang tinggal di perkotaan.

4. Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah keluarga dari penderita yang

pernah dirawat di rumah sakit dr. Soetomo pada tahun 1994. Setiap penderita diwakili oleh satu orang anggota keluarga. Data yang diambil meliputi data penderita yang berasal dari 4 tempat yaitu ruang syaraf A, ruang syaraf B, ruang Bappenkar dan ruang Paviliun dimana terdapat penderita stroke dirawat.

5. Cara pengambilan sampel

Secara purposive dipilih penderita stroke yang pernah dirawat di rumah sakit dr. Soetomo pada bulan Februari dan Maret tahun 1994 dengan maksud bahwa keluarga penderita mengalami jangka waktu yang sama dalam proses perawatan penderita. Data yang ada sebagian besar (75,7%) menunjukkan penderita tinggal di Surabaya.

Didapatkan jumlah penderita yang tercatat ada 108 penderita stroke. Perlu diketahui penderita stroke paling banyak dirawat di ruang syaraf A (60,5%). Berdasarkan data sekunder penderita didatangi, setelah di lapangan ditemukan hanya 30 penderita yang dapat ditemui sedangkan 88 penderita gagal ditemui karena sebanyak 23 penderita meninggal dunia dan sebanyak 55 alamat penderita tidak jelas.

6. Cara pengambilan data

Data dalam penelitian dikumpulkan melalui dua cara. Pertama, wawancara secara langsung dengan keluarga penderita dengan menggunakan pedoman kuesioner yang berstruktur. Guna mencari data yang lebih rinci maka dilakukan probing dan wawancara secara mendalam (in-depth interview) dengan dibantu dengan alat rekam.

Cara kedua peneliti melakukan observasi terhadap kemampuan penderita secara fisik dan kondisi lingkungan masyarakat dimana penderita tinggal.

7. Definisi operasional

a. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan dikategorikan menjadi tiga yaitu :

- Tahu, apabila responden benar jawaban termasuk juga berikut alasannya
- Kurang tahu, apabila responden benar jawaban dan tidak tahu alasannya
- Tidak tahu, apabila responden tidak tahu jawabannya maupun alasannya

b. Peranan keluarga

Peranan keluarga yang dimaksud adalah seberapa jauh keluarga dapat menjalankan atau menerapkan fungsi-fungsi dari keluarga

8. Teknik analisa data

Data yang berhasil dikumpulkan selama proses pengumpulan data kemudian diedit dan ditabulasi. Data ditampilkan dalam bentuk tabel frekwensi kemudian dianalisis dan diinterpretasikan secara teoritis. Kemudian data-data yang dikumpulkan dari hasil observasi dan wawancara mendalam dimasukkan selama dapat melengkapi data utama. Data kemudian disajikan secara deskriptif dan rinci.

IV.1. Gambaran demografik Respoden

Berdasarkan hubungan keluarga, responden yang ditemui masih mempunyai hubungan kekeluargaan yang erat dengan penderita dimana setiap hari berkumpul dan merawat penderita. Didalam penelitian ini sebagian besar Responden adalah 60% (18) sebagai anak dari penderita, 36,7% (11) sebagai suami atau istri dari penderita dan hanya 3,3% (1 orang) yang merupakan keponakan dari penderita.

Responden sebagian besar adalah wanita yaitu 73,3% (22 orang), dimana 53,3 % berada dalam kelompok antara 20 dan 40 tahun sedang 46,7 % diatas 40 tahun, umur responden yang termuda 24 tahun dan tertua 64 tahun.

Tingkat pendidikan formal pernah dicapai oleh sebagian besar responden (90%), sebagian besar berpendidikan dibawah SMP (50%), terendah adalah SD dan hanya sebagian kecil (2 responden) saja yang sarjana. Sejumlah 66,7 % responden adalah pekerja baik sebagai pegawai negeri sipil maupun swasta sedangkan 33,3% adalah tidak bekerja.

IV.2. Gambaran Demografi Penderita

Penderita yang berhasil ditemui sebagian besar adalah wanita yaitu 16 penderita (53,3%). Dimana sebagian besar penderita berada di kelompok umur 51 - 70 sejumlah 70%, 6 penderita berumur diatas 70 tahun dan hanya 3 penderita yang berumur antara 30 - 50 tahun. Yang termuda berumur 42 tahun dan yang tua berumur 86 tahun.

Menurut laporan Martono dan Lamsudin insiden stroke 27,36 per 100.000 populasi untuk kelompok umur 30 - 50 tahun, 142,37

per 100.000 populasi untuk kelompok umur 51-70 tahun dan 182,09 untuk kelompok umur diatas 70 tahun (Lamsudin, 1994)

Sejumlah 63,3 % penderita bekerja sebelum terkena stroke baik sebagai pegawai negeri sipil, wiraswasta seperti jualan, pekerja pabrik. Sedangkan setelah serangan stroke hanya 3 penderita yang kembali bekerja yaitu 2 orang sebagai pengajar dan 1 orang sebagai sopir, hal ini disebabkan disamping umur penderita yang sudah tua, tidak diperbolehkan oleh keluarga juga karena kecacatan yang diderita.

IV.3. Gambaran Kesehatan Penderita

Menurut penilaian Responden kondisi penderita setelah dua tahun keluar dari Rumah Sakit telah mengalami kemajuan motorik (gerak) yang diakui oleh 19 Responden (63,3 %). Hal ini ditunjukkan dengan kemampuan penderita dalam melakukan aktifitas rutin sehari-hari seperti makan, mandi dan menyisir rambut. Sedang dulunya jalannya menyeret atau tidak dapat berjalan sama sekali pada saat sekarang mengalami perubahan misalnya dapat berjalan, tangan dapat digerakan. Hanya 2 Responden (6,7%) yang menyatakan bahwa penderita mengalami kemunduran karena semakin tidak mampu bahkan cenderung lumpuh.

Demikian juga dengan fungsi wicara penderita, sebagian besar telah mengalami kemajuan. Dari 19 penderita yang mengalami gangguan wicara seperti pelat atau 'pelo' (tidak jelas) ucapan vokal ternyata 47,4% penderita menjadi baik setelah 2 tahun sedangkan 31,6% penderita mengalami penurunan kemampuan wicara.

IV.4. Pengetahuan Responden

IV.4.1. Pengetahuan Responden tentang Faktor Resiko Stroke.

Berikut akan diungkapkan pengetahuan responden tentang pengaruh faktor-faktor resiko seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), kebiasaan merokok, makanan, Obesitas (kelebihan berat badan), kebiasaan minum minuman beralkohol terhadap terjadinya serangan stroke kembali.

Pada umumnya tingkat pengetahuan responden tentang faktor-faktor resiko stroke sebagian besar kurang mengetahui (93,4%). Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan Responden yang sebagian besar dibawah SMP .

Tabel 1. Pengetahuan responden tentang faktor resiko terjadinya serangan stroke

Tingkat Pengetahuan	frekuensi	Prosentasi
- tahu	2	6,6
- kurang tahu	20	66,7
- tidak tahu	8	26,7
Total	30	100,0

Selanjutnya akan diuraikan secara rinci seberapa jauh pengetahuan Responden tentang hal tersebut diatas.

IV. 4.1.1. Pengetahuan responden tentang pengaruh tekanan darah terhadap serangan stroke

Pengetahuan responden yang didapat meliputi pengetahuan tentang pengaruh tekanan darah terhadap serangan stroke dan besar tekanan darah yang normal.

Tabel 2. Pengetahuan responden tentang pengaruh tekanan darah tinggi terhadap terjadinya serangan stroke

Tabel 2. Pengetahuan responden tentang pengaruh tekanan darah tinggi terhadap terjadinya serangan stroke

Pengetahuan	frekuensi	Prosentasi
- tahu	22	73,3
- kurang tahu	3	10,0
- tidak tahu	5	16,7
Total	30	100,0

Responden sebagian besar mengetahui bahwa tensi darah yang tinggi dapat menyebabkan kekambuhan dari penyakit stroke, hal ini diungkapkan oleh 73,3 persen responden. Menurut alasannya karena tekanan darah tinggi mempengaruhi elastisitas daripada pembuluh darah, apabila hal ini mengenai pembuluh darah diotak akan menyebabkan bleeding atau pendarahan diotak sehingga terjadi Stroke seperti yang diungkapkan oleh 2 Responden akan tetapi 21 Responden tidak dapat memberi alasan (tidak tahu) mengenai alasan dari pengaruh tensi darah terhadap terjadinya stroke. Mereka hanya berdasarkan pengalaman orang lain seperti yang dituturkan responden :

'orang yang terkena stroke pada umumnya kena hipertensi' sedangkan 7 responden mengatakan tidak tahu bahwa hipertensi dapat menyebabkan stroke.

Menurut pengetahuan sebagian besar responden tekanan darah yang normal harus disesuaikan dengan umur. Untuk penderita yang sebagian besar berusia lanjut sejumlah 28 responden menyatakan tensi yang normal atau dapat menjaga kondisi penderita tetap sehat antara 130 - 160, hanya 2 responden yang tidak dapat menye-

butkan berapa tensi yang baik untuk penderita. Hipertensi adalah suatu peningkatan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik yang tidak normal. Batas normal tekanan sistolik berkisar 140-160 mmhg dan tekanan diastolik berkisar 90-95 mmhg. (Silvia , 1978)

IV.4.1.2. Pengetahuan Responden tentang pengaruh merokok terhadap serangan stroke

Kebiasaan merokok dapat memperbesar terjadinya serangan Stroke, hal ini diketahui oleh sebagian kecil responden, yaitu sejumlah 36,6% responden mengetahui hal tersebut. Karena menurut responden asap rokok yang terhirup merupakan udara yang tidak bersih dan akan berpengaruh terhadap kerja organ tubuh misalnya jantung dan paru-paru seperti yang dikatakan oleh 5 responden, sedangkan 2 responden memberikan alasan yang lebih jelas yaitu bahwa zat nikotin yang terkandung dalam rokok dapat mengeraskan dinding pembuluh darah dan berakibat pada kelancaran aliran darah , responden yang lain yakni 9 responden tidak mengetahui alasannya bahkan 63,3% responden tidak mengetahui bahwa rokok dapat memperbesar resiko serangan Stroke.

IV. 4. 1.3. Pengetahuan Responden tentang pengaruh makanan terhadap serangan stroke

Pengetahuan responden tentang makanan yang meliputi pengaruh makanan terhadap terjadinya serangan ulang dari stroke, jenis makanan yang diperbolehkan dan yang dilarang serta cara memasak yang terbaik.

Tabel 3. Pengetahuan responden tentang pengaruh makanan terhadap terjadinya serangan stroke

Tingkat pengetahuan	frekuensi	Prosentasi
- tahu	4	13,3
- kurang tahu	18	60,0
- tidak tahu	8	26,7
Total	30	100,0

Berikut akan dijelaskan pengetahuan secara rinci tentang peranan makanan dalam memperbesar resiko serangan ulang dari penyakit Stroke. Hampir semua responden 27 responden (90,0%) menuduh makanan mempunyai peranan penting dalam memperbesar resiko serangan stroke terutama makanan yang mengandung lemak dan kolesterol yang tinggi.

Untuk penderita gangguan pembuluh darah maka diet yang diperbolehkan adalah kandungan protein dan lemak sedang, rendah garam, rendah kalori, cukup vitamin dan mineral. (Depkes RI, 1992)

Lemak dapat mengendap di dinding pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan pengerasan dinding pembuluh darah yang akhirnya dapat mengakibatkan arteriosklerosis, lemak yang dimaksud adalah lemak jenuh.

Lemak jenuh merupakan pantangan bagi penderita stroke, lemak ini bersumber pada bahan makananan terutama pada susu sapi, kuning telur, jerohan, daging berlemak, gajih ayam terutama ayam boiler, dan produk susu seperti keju dan mentega. Sebagian besar responden (66,7%) kurang tahu tentang hal tersebut diatas.

Tabel 4. Pengetahuan Responden tentang pengaruh bahan makanan yang mengandung lemak jenuh terhadap resiko serangan Stroke.

Tingkat Pengetahuan	Frekwensi	Prosentase
- Tahu	7	23,3
- kurang tahu	18	60,0
- Tidak Tahu	5	16,7
Jumlah	30	100,0

Sumber lemak tak jenuh seperti ikan sangat baik untuk penderita Stroke sebagai pengganti sumber lemak lain yang cenderung mengandung lemak jenuh diketahui oleh sebagian besar responden (63,3%).

Daging diperbolehkan kecuali daging kambing dan jeroan. Daging asal tanpa lemak masih diperbolehkan terutama kaldunya alasannya yang diungkapkan oleh responden karena menurut mereka (46,7%) tanpa daging penderita tidak mempunyai energi atau kekuatan badan, hal ini mereka pelajari dari menu yang disajikan pada saat di rumah sakit.

Sedangkan minyak dan santan menurut 53,3 persen responden masih diperbolehkan asal tidak banyak.

Sumber protein hewani, seperti daging menurut 63,3% responden boleh diberikan asal tidak ada lemak dan diberikan tidak setiap hari atau jarang dan dalam jumlah sedikit sedangkan menurut 6,7% orang responden memperbolehkan hanya dengan memberi kaldu. Responden yang lain 30 persen tidak memperbolehkan sama sekali. Sebagian besar responden (83,3%) menuduh gajih atau lemak hewan sebagai penyebab utama terjadinya serangan stroke sehingga tidak boleh diberikan, tetapi menurut pengetahuan 16,7% responden yang lain lemak atau gajih masih diperbolehkan asal tidak setiap hari

atau jarang. Sedangkan sumber protein yang lain seperti ayam masih diperbolehkan menurut pengetahuan sebagian besar responden (26) asal ayam kampung masih boleh diberikan. Akan tetapi telur sebagai sumber protein menurut sebagian besar responden 25 (83,3%) masih boleh dikonsumsi, tetapi responden tidak mengetahui bahwa sebaiknya kuning telur tidak boleh sering diberikan.

Sumber protein yang terbuat dari susu menurut pengetahuan responden (53,3%) masih boleh diberikan sedangkan bahan hasil olahannya menurut sebagian besar responden (86,7%) tidak boleh dikonsumsi.

Buah-buahan sangat baik untuk penderita stroke akan tetapi buah-buahan yang sarat mengandung lemak dan kolesterol yang tinggi semacam alpokat, nangka maupun durian tidak diperkenankan bagi penderita stroke. Hal ini telah diketahui oleh sebagian besar responden atau keluarga penderita (66,7%), berikut ungkapan alasan responden

' buah-buahan seperti nangka, durian sering menimbulkan panas '

Natrium harus dihindari pada penderita stroke dengan resiko hipertensi, oleh karenanya bahan makanan yang mengandung natrium yang tinggi harus diketahui oleh keluarga penderita dalam rangka menghindari penderita stroke mendapat serangan ulang.

Tabel 5. Pengetahuan responden tentang pengaruh bahan makanan yang mengandung natrium terhadap serangan stroke

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Prosentasi
- Tahu	14	46,7
- Kurang tahu	9	30,0
- tidak tahu	7	23,3
Jumlah	30	100,0

Bahan makanan sumber natrium yang tim peneliti coba tanyakan meliputi adalah : bahan makanan yang diawetkan seperti bumbu-bumbu, ikan asin, keju, acar atau sayuran yang diawetkan, umumnya memakai garam sebagai bahan pengawet dan ini tidak diperkenankan untuk penderita stroke akan tetapi pada kenyataannya keluarga penderita sebagian besar (53,3%) kurang mengetahui, hanya 46,7 persen responden yang mengetahui tentang hal tersebut.

Makanan yang diawetkan seharusnya tidak diberikan untuk penderita stroke. Bumbu-bumbu seperti kecap, terasi, petis, tauco, dan vitsin pada dasarnya dibuat dengan garam juga merupakan pantangan bagi penderita stroke, hal ini telah diketahui oleh sebagian besar responden (40%) menyatakan bumbu-bumbu seperti yang disebutkan diatas dilarang diberikan untuk penderita stroke, 10 responden tidak tahu (33,3%) sedangkan 8 responden kurang mengetahui. Pada umumnya ragi atau bahan pengembang kue seperti soda (*natrium bikarbonat*) mengandung natrium yang dilarang untuk penderita stroke oleh karenanya tidak diperbolehkan untuk penderita stroke dengan resiko hipertensi, hal ini tidak diketahui oleh sebagian besar responden (83,3 %).

Menurut pengetahuan responden tentang pemberian garam hampir 86,7% menyetujui bahwa garam boleh asal sedikit sedangkan 13,3 % responden menyatakan bahwa garam sama sekali tidak boleh, jadi makanan penderita harus tawar.

Bahan makanan yang diawetkan dengan garam misal ikan asin sama sekali tidak boleh di konsumsi. Hal ini telah diketahui oleh semua responden (100%), sedangkan abon masih diperbo-

lehan oleh sebagian responden 56,7%.

Sedangkan sayuran yang diawetkan dengan garam semacam acar seharusnya tidak dikonsumsi oleh penderita stroke, akan tetapi menurut pengetahuan keluarga penderita sebagian besar (70%) mengatakan bahwa acar dapat dikonsumsi seperti pada umumnya.

Menurut responden sumber hidrat arang pemberi kalori yang utama seperti beras, singkong, kentang, roti masih boleh diberikan seperti biasanya seperti diungkapkan oleh 29 responden dan hanya 1 responden yang menyatakan tidak tahu.

Makanan yang terlalu manis dan gurih seperti dodol dan cake, maupun makanan seperti nogosari mengandung sumber hidrat arang murni seperti gula tebu sehingga bila terlalu sering diberikan akan memberikan kalori yang tinggi dan menambah resiko kegemukan, oleh karenanya tidak diperkenankan untuk diberikan kepada penderita. Hal ini telah diketahui oleh 16 responden sedangkan 12 responden masih memperbolehkan asal tidak sering dan 2 responden menyatakan tidak tahu.

Minuman yang mengandung *cafein* seperti kopi telah diketahui oleh sebagian besar responden (83,3%) tidak boleh dikonsumsi oleh penderita stroke, sedangkan teh yang encer boleh dikonsumsi terutama teh hijau seperti yang diungkapkan oleh sebagian besar responden (70%). Minuman lain seperti coklat juga tidak diperkenankan menurut sebagian besar responden (63,3%). Minuman yang manis sirop menurut sebagian responden (56,7%) masih boleh dikonsumsi. Kopi dan teh dalam jumlah yang sedang tidak menimbulkan masalah, dan dapat mengatasi keletihan yang disebabkan oleh obat, akan tetapi efek samping dapat timbul seperti

rangsangan yang berlebihan, jantung berdebar-debar dan peningkatan tekanan darah yang disebabkan oleh kopi dan teh. (Wolff, 1984)

Cara memasak yang baik untuk menghindari serangan stroke adalah dengan cara direbus saja dengan air hal ini telah diketahui oleh sebagian besar responden (86,7%). Menggoreng menurut 43,3 % responden masih diperbolehkan, sedangkan kuah santan yang kental sebaiknya dihindari menurut 93,3% responden tetapi kuah santan yang encer masih diperbolehkan menurut 33,3% responden.

IV. 4.1.4. Pengetahuan Responden tentang pengaruh obesitas terhadap serangan penyakit stroke

Kegemukan atau obesitas merupakan manifestasi dari penumpukan lemak di bagian tubuh. Setiap kelebihan hasil metabolisme akan disimpan dalam tubuh dalam bentuk lemak yang disimpan dalam lipatan tubuh, sehingga apabila proses ini berlangsung lama akan terbentuk kelebihan berat badan atau yang kita sebut dengan obesitas.

Tabel 6 . Pengetahuan responden tentang pengaruh obesitas terhadap serangan stroke

Pengetahuan	Frekwensi	Prosentase
- Tahu	16	53,4
- Kurang tahu	7	23,3
- Tidak tahu	7	23,3
Total	30	100

Adanya pengaruh obesitas terhadap resiko terja-

dinya serangan stroke telah diketahui oleh sebagian besar responden (76,3%). Menurut mereka obesitas atau menurut istilah mereka 'gemuk' dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah karena orang gemuk cenderung kelebihan lemak seperti yang dikemukakan oleh 33,3%, sedangkan 6,7% responden lebih cenderung mengatakan kelebihan kholesterol. Responden yang lain menguraikan bahwa orang gemuk pada umumnya kurang gerak atau tidak dapat bergerak dan jantung kurang lancar dalam memompa darah seperti yang dikatakan oleh 10 persen responden. Bahkan alasan yang lebih jelas dikatakan oleh 3,3 persen responden bahwa setiap kenaikan 3 kilogram berat badan tubuh akan meningkatkan tekanan pembuluh darah. Tetapi 23,3 persen responden yang lainnya merasa tidak tahu alasan yang menyebabkan kegemukan berpengaruh terhadap serangan stroke.

Sedangkan 10 persen responden mengatakan bahwa kegemukan belum tentu dapat menyebabkan serangan stroke, menurut mereka orang gemuk bila tensi darah normal akan tetap sehat. Sedangkan 13,3 persen responden yang lain merasa tidak tahu.

IV. 4.1.5. Pengetahuan Responden tentang pengaruh minuman beralkohol terhadap terjadinya stroke

Pengetahuan responden yang telah digali meliputi pengetahuan tentang jenis minuman beralkohol, pengaruh minuman beralkohol terhadap resiko terjadinya serangan stroke.

Tabel 7. Pengetahuan responden tentang pengaruh minuman beralkohol terhadap terjadinya serangan stroke

Pengetahuan	frekuensi	Prosentasi
- tahu	18	60
- kurang tahu	9	30
- tidak tahu	3	10
Total	30	100

Sejumlah 66,7 % responden mengetahui jenis minuman yang mengandung alkohol diantaranya bir, anggur, toak atau air tape, , sedangkan responden yang lain 16,7% menyebut minuman soda semacam *sprite* dan *coca-cola* merupakan minuman beralkohol yang tidak diperbolehkan untuk penderita stroke, responden yang lain (16,7%) merasa tidak tahu macam minuman yang beralkohol yang tidak diperbolehkan.

Hampir sebagian besar responden (73,3%) mengetahui bahwa minuman beralkohol dapat berpengaruh terhadap serangan stroke, akan tetapi 81,8% dari mereka tidak tahu alasannya, hanya 13,3 persen responden yang mengetahui alasannya yaitu 10 persen responden mengatakan bir atau minuman beralkohol lainnya mengandung banyak gizi sedang 3,3% responden mengungkapkan minuman beralkohol dapat merusak organ tubuh seperti jantung dan otak.

Tetapi 26,7 persen responden yang lainnya meragukan apakah minuman beralkohol dapat berpengaruh terhadap serangan stroke.

Bir dan anggur manis mengandung hidrat arang yang cukup tinggi, sehingga bila diminum terus menerus dalam jangka waktu yang lama (bertahun - tahun) dapat mengakibatkan kerusakan pada

organ tubuh tertentu khususnya hati. (Beck. E. Mary, 1995)

Adanya pengaruh alkohol terhadap terjadinya serangan stroke telah diketahui oleh sebagian besar responden sehingga responden tidak meragukan lagi bahwa untuk merawat penderita stroke sebaiknya penderita dihindarkan atau tidak diperbolehkan untuk minum minuman beralkohol seperti yang diungkapkan oleh semua responden (100 %).

IV. 4.2. Pengetahuan Responden tentang Perawatan Penderita Stroke

Pengetahuan yang dimaksud meliputi pengetahuan tentang cara perawatan pada penderita dengan tujuan mencegah atau menjauhkan penderita dari faktor resiko dari serangan stroke.

Tabel 8. Pengetahuan responden tentang Perawatan penderita stroke

Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Prosentasi
- Tahu	7	23,3
- Kurang tahu	21	70,0
- Tidak tahu	2	6,7
Jumlah	30	100,0

Tabel 8 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden tentang perawatan bagi penderita stroke sebagian besar kurang tahu (76,7%). Selanjutnya akan kita rinci tentang pengetahuan tersebut.

Responden mengetahui bahwa untuk mencegah atau merawat agar penderita stroke tidak mengalami serangan ulang perlu mengontrolkan atau memeriksakan tekanan darah, hal ini diketahui

oleh semua responden. Dengan alasan untuk mencegah agar tidak terjadi kecacatan yang lebih fatal dan untuk menghindari kerepotan dalam merawat penderita bila sampai masuk rumah sakit lagi. Akan tetapi hanya 30 persen saja dari responden yang mengetahui bahwa pemeriksaan tekanan darah harus dilakukan secara rutin, sedangkan menurut sebagian besar responden (70%) menyatakan bahwa pemeriksaan dilakukan bila penderita merasa sakit saja.

Menurut pengetahuan 56,7 persen responden menyatakan bahwa penderita stroke sebaiknya meninggalkan kebiasaan merokok, sedangkan menurut 43,3 persen responden menyatakan merokok masih diperbolehkan asal penderita stroke dalam kondisi masih sehat.

Untuk menghindari penderita agar tidak bosan perlu memodifikasi makanan dengan bahan makanan yang tidak berbahaya seperti bumbu-bumbu yang tidak mengandung bahan natrium atau sumber lemak yang tidak mengandung lemak jenuh seperti ikan, akan tetapi hal ini hanya didapatkan pada sebagian kecil (36,7%) responden saja, sedangkan menurut 63,3 persen responden masih memperbolehkan pencampuran makanan yang dipantangkan.

Didapatkan 86,7 persen responden memandang perlu menjaga berat badan yang ideal. Untuk itu menurut 3,3 persen responden dengan mengatur makanan, olahraga dan pikiran, sedangkan menurut 26,7 persen cukup dengan mengatur makanan dan olahraga sedangkan menurut 70 persen responden dengan mengatur makanan saja.

Hampir, semua responden mengetahui apapun alasannya bahwa minum minuman beralkohol tidak boleh apalagi untuk penderita stroke. Hanya 3,3 persen responden saja yang menyatakan minum sedikit anggur tidak menjadi permasalahan.

Tabel 9. Pengetahuan Responden tentang kecacatan akibat Stroke

Jenis pengetahuan	Frekwensi	prosentase
- Gangguan motorik	7	23,3
- Gangguan motorik dan wicara	17	56,7
- Gangguan motorik dan mental	2	6,7
- Gangguan motorik, wicara, mental	4	13,3
jumlah	30	100

Nampaknya responden cenderung hanya mengetahui sebatas kecacatan secara fisik saja, hanya 20% saja yang responden yang mengetahui kecacatan mental dari penderita Stroke. Bahkan tidak ada responden yang mengetahui penurunan fungsi sensorik seperti penderita tidak merasakan saat akan buang air besar dan air kecil.

Sebagian besar responden menyadari bahwa penderita stroke dapat sembuh seperti yang dinyatakan oleh sejumlah 73,3% responden akan tetapi 26,7 persen responden merasa bahwa kecacatan yang diderita penderita tidak dapat kembali. Dibawah ini ungkapan responden

'mengingat umur penderita yang sudah lanjut dan cacat yang saat ini diderita oleh responden merupakan keadaan yang sudah terlanjur dan menurut persepsi mereka kecacatan yang diderita oleh penderita stroke jarang ada yang sembuh'

IV.3.1. Peranan keluarga dalam melatih Penderita.

Keluarga berfungsi untuk melindungi anggota keluarga, seperti perlindungan terhadap yang muda dan tua, yang sakit dan

mengandung, persamaan hukum, pengembangan generasi muda dan kehidupan sosial, produksi dan pembagian makanan. (Goode, 1991)

Melatih secara fisik sangat membantu untuk memulihkan gerakan motorik penderita seperti yang dilakukan oleh semua keluarga penderita. Latihan ini dilakukan oleh penderita dengan bantuan keluarga pada 86,7 persen penderita dan dengan bantuan fisioterapi pada 13,3 persen penderita, alasan responden dilatih oleh keluarga karena kondisi keuangan tidak mampu untuk menyewa fisioterapi.

Bentuk latihan yang dilakukan untuk keluarga dengan mengajak jalan pagi-pagi saja 33,3 persen, mengarahkan atau membimbing, dan membantu menggerak-gerakkan tangan, leher, siku dilakukan oleh sebagian responden (26,7%).

Latihan dilakukan oleh anggota keluarga terhadap penderita secara bergantian menurut waktu luang dari anggota keluarga. Sebagian besar latihan dilakukan secara tidak rutin, hal ini disebabkan karena kurangnya kemauan penderita, yaitu malas dan bosan, selain itu kurangnya perhatian keluarga atau anggota keluarga tidak mempunyai waktu karena sibuk bekerja atau sibuk mengurus anaknya untuk melatih ini dialami oleh 56,7% penderita.

Untuk mengembalikan agar dapat bicara dengan jelas, keluarga berusaha mengaktifkan kemauan bicara penderita dengan jalan mengajak bicara sambil bercerita dengan maksud agar penderita terangsang untuk bicara seperti yang dilakukan oleh 20 responden bersama keluarganya, disamping itu cara lain adalah mengajak membaca buku dengan suara keras, cara yang lebih terarah dilakukan 6,7 persen responden dengan jalan mengajar sedikit demi

sedikit atau secara berjenjang mulai dengan 2 suku kata.

Kendala yang sering ditemui oleh keluarga adalah anggota keluarga merasa putus asa dalam melatih penderita karena penderita sukar menangkap, penderita cenderung tertutup dan pendiam karena malu, malas, keputusasaan yang dialami penderita menurut responden disebabkan karena penderita merasa kondisinya tidak seperti dulu lagi seperti yang dialami oleh 26,7% penderita.

Untuk membiasakan penderita melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan dan minum keluarga pada saat pertama kali penderita keluar dari rumah sakit masih dibantu oleh keluarga tapi lama kelamaan penderita dibiasakan melakukan sendiri sedangkan keluarga hanya menyiapkan perlengkapannya saja. Pada saat ini 70 persen penderita sudah mampu melakukan mandi sendiri sedangkan makan dan minum 56,7 persen penderita sudah mampu melakukan sendiri.

Sebagian besar responden (50%) merasa bahwa penderita jika sembuh akan dapat bekerja kembali seperti semula untuk itu melatih penderita melakukan pekerjaan rumah tangga secara bertahap mulai yang ringan diharapkan agar penderita dapat kembali bekerja seperti semula, akan tetapi 50 persen responden yang lain merasa bahwa penderita tidak mungkin dapat pulih kembali dan mampu bekerja seperti dulu lagi.

IV. 3. 2. Peranan Keluarga dalam mengatasi gangguan emosional penderita

Keterlibatan penderita dalam pemecahan masalah terkadang

membuat penderita merasa dihargai akan tetapi pemberian permasalahan keluarga yang terlalu berat dapat menimbulkan ketegangan atau stres pada diri penderita dan berakibat kekanbuhan yaitu timbulnya serangan stroke ulang pada diri penderita.

Diakui oleh sebagian besar keluarga penderita yaitu 63,3 persen selama 2 tahun terakhir ini berusaha tidak melibatkan penderita dalam memecahkan permasalahan keluarga dan hanya 10 persen yang melibatkan penderita pada sebagian saja dari permasalahan keluarga. Alasan responden karena keluarga takut membebani penderita dengan pikiran yang berat sehingga takut mengakibatkan timbulnya penyakit stroke (kambuh) sehingga pembicaraan dibuat rahasia terutama yang buruk tidak disampaikan dan sedapat mungkin dipecahkan oleh anak-anaknya.

Sedangkan menurut 26,7 persen merasa keterlibatan penderita perlu dilakukan karena mengingat penderita merupakan anggota keluarga yang paling tua sehingga untuk menjaga perasaannya perlu diberitahukan selama permasalahan menyangkut orang tua, selain itu orang tua perlu dimintai pertimbangan karena keluarga merasa penderita masih mampu untuk memberi pertimbangan, alasan yang lain menurut responden untuk menjaga perasaan penderita yang merasa masih ingin dibutuhkan, dihormati dan disayangi.

Didapatkan bahwa 56,7 persen pergaulan penderita dengan masyarakat sekitar seperti tetangga tidak ada masalah dalam arti biasa-biasa saja karena dari dulu penderita tidak pernah ikut perkumpulan dengan tetangga, 23,3 persen penderita masih aktif mengikuti perkumpulan dengan warga sekitar seperti pengajian, arisan, menghadiri undangan pengantin bahkan menjadi sesepuh

dilakukan.

IV. 3.3. Peranan keluarga dalam merawat penderita

Merawat penderita dalam arti mencegah agar kondisi penderita tidak menjadi buruk akibat meningkatnya faktor-faktor resiko.

Mengontrol tekanan darah merupakan salah satu usaha yang dilakukan oleh keluarga penderita dalam mencegah terjadinya serangan stroke ulang. Sebagian besar 43,3 persen penderita memerikasakan diri di tempat dokter praktek, 50 persen penderita memeriksakan diri pada rumah sakit dan 6,7 persen dengan periksa sendiri tekanan darah.

Dalam hal mengontrol tekanan darah peranan keluarga besar terutama dalam hal mengantar penderita, membiayai pemeriksaan dan transport, memotivasi penderita. Didapatkan 60 persen penderita biasanya diantarkan oleh anaknya, 30 persen diantar oleh istri atau suami dan 3,3 persen dengan diantar oleh keponakannya sedangkan 6,7 persen melakukan pemeriksaan sendiri .

Pemeriksaan secara rutin belum dapat dilakukan oleh sebagian besar responden (66,7 %), kendala yang sering ditemui oleh 36,7 persen keluarga merasa tidak memiliki uang untuk biaya transport dan pemeriksaan , tidak ada yang mengantar sering ditemui sebagai kendala oleh 33,3 persen keluarga penderita, dan 30 persen disebabkan karena penderita tidak mau untuk diajak periksa alasannya malas karena tidak dapat jalan.

Usaha keluarga mengatasi hal tersebut diatas adalah berusaha sampai memperoleh uang yaitu dengan berhutang kepada tetangga atau anggota keluarga yang lain, menunggu kiriman dari

anak dari penderita yang lain atau saudara.

Apabila penderita tidak mau untuk diperiksakan usaha keluarga adalah dengan merayu penderita dengan jalan menakuti penderita bila tidak mau periksa akan dibawa ke rumah sakit seperti yang dilakukan oleh 13,3 persen responden keluarga penderita, 10 persen dengan memaksa penderita agar mau, sedangkan 20 persen cenderung membiarkan penderita. 56,7 persen lainnya keluarga merasa tidak ada masalah karena kemauan penderita untuk memeriksakan diri kuat.

Mencegah agar penderita tidak merokok adalah tindakan untuk mengurangi faktor resiko. Didapatkan 7 penderita mempunyai kebiasaan merokok. Usaha keluarga untuk mengatasinya seperti yang diungkapkan responden adalah sebagai berikut

'mengalihkan kesenangan merokok dengan permen atau makanan kecil atau 'nyemil'

'melarang anggota keluarga yang lain tidak merokok di dekat penderita dengan tujuan agar penderita tidak kepingin'

Hal ini berhasil oleh 1 responden sedang 6 responden yang lain sudah berusaha menasehati penderita bahwa merokok dapat menyebabkan sakit lagi (stroke) akan tetapi penderita tetap merokok, sehingga responden beserta keluarga yang lain cenderung membiarkan saja karena takut kalau penderita menjadi marah akibatnya justru menyebabkan kekambuhan dari penyakit strokenya menurut responden hal ini disebabkan karena penderita sudah kecanduan dan keluarga tidak dihiraukan. Berikut ungkapan responden :

'penderita merasa mempunyai penghasilan'

'penderita sudah diawasi tapi penderita tetap curi-

curi untuk merokok'

Mengatur makanan untuk penderita adalah usaha keluarga dalam mencegah serangan stroke. Dalam hal ini didapatkan 43,3 persen yang mengatur makanan adalah anak penderita, 23,3 persen adalah istri atau suami penderita, 13,3 persen adalah penderita sendiri, 20,1 persen lainnya diatur oleh dokter, pembantu dan beli di luar rumah.

Untuk menyesuaikan penderita dengan makanan yang diharuskan bagi penderita stroke, keluarga mengusahakan dengan jalan memberi sedikit demi sedikit dan dengan cara mevariasi makanan agar penderita mau makan seperti yang dilakukan oleh 66,7 persen keluarga penderita, 20 persen responden yang lain adalah dengan cara membedakan makanan penderita dari keluarga bila penderita merasakan pusing, 23,3 persen lainnya merasakan bahwa penderita tidak pernah mengeluh.

Apabila penderita sudah merasa bosan dengan makanan yang disajikan tindakan keluarga adalah memasak makanan yang lain, berikut ungkapan responden :

memasak makanan lain dengan perkecualian asal bukan garam

Selain itu dengan membelikan makanan di luar rumah seperti yang dilakukan oleh 53,3 persen responden, 6,7 persen responden memaksa penderita untuk makan menu yang disajikan khusus untuk penderita sedangkan 40 persen responden yang lain merasa penderita tidak pernah merasa bosan, karena kemauan penderita untuk menghindari makanan yang dipantangkan itu tinggi dan sikap penderita yang menerima keadaan (penderita cenderung diam saja).

Mengontrol makanan penderita pada saat aktivitas di luar rumah perlu dilakukan, dengan jalan menganjurkan penderita agar tidak makan makanan yang dilarang dan mengingatkan pada penderita akibatnya seperti yang dilakukan oleh 53,3 persen responden, pada saat menghadiri undangan seperti pesta biasanya keluarga yang mendampingi dan yang mengambilkan makanannya, 3,4 persen responden merasa tidak dapat mengontrol penderita saat berada di luar rumah sedangkan 43,3 persen responden menyatakan bahwa penderita tidak pernah keluar rumah.

Apabila penderita menaksa meminta makanan yang dilarang atau tabu tindakan keluarga adalah 33,3 persen keluarga penderita menuruti apa yang diinginkan tapi cuma sedikit saja sebagai 'obat' keinginan penderita ('tamba pingin'), 36,7 persen responden tidak memberikan atau dengan menyembunyikan dan menasehati serta membujuk kalau makan nanti bisa kumbuh, 3,4 persen responden tidak pernah melarang penderita dan 26,6 persen responden yang lain merasa penderita tidak pernah meminta.

Upaya keluarga untuk menjaga berat badan penderita agar tetap ideal dengan jalan 86,7 persen responden dengan mengatur makanan yaitu memperbanyak sayur dan buah dan mengurangi lemak dan makanan yang gurih dan manis 3,3 persen orang responden dengan mengurangi kadar garam sehingga mengurangi rasa lapar dan 10 persen menyatakan dengan olah raga teratur dan mengurangi tidur.

Untuk mencegah agar penderita tidak minum alkohol seperti yang diakui oleh 13,3 persen responden yang penderitanya mempunyai kebiasaan minum minuman beralkohol merasa usahanya menasehati penderita tidak berhasil karena penderita bisa mencari

sendiri diluar rumah.

Peranan keluarga dalam merawat penderita diantaranya adalah dengan mengobati dan memeriksakan penderita. Hanya sebagian penderita (33,3%) saja yang mampu melakukan pengobatan dan perawatan secara rutin sedangkan 66,7 persen responden tidak mampu melakukan karena 16,7 persen responden mengeluh harga obat yang terlalu mahal, 16,7 persen responden malas mengobati penderita karena penderita tidak mau minum obat, tidak ada yang mengantar karena keluarga mempunyai kepentingan sendiri seperti diakui oleh 16,7 persen responden, tempat yang jauh dikeluhkan oleh 3,3 persen responden dan 16,7 persen penderita tidak mau diobatkan karena merasa putus asa. Sedangkan 43,3 persen lainnya tidak ada masalah karena kemauan untuk sembuh tinggi.

BAB V**Kesimpulan dan Saran****A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan beberapa hal yang meliputi pengetahuan responden baik tentang faktor resiko terjadinya serangan stroke maupun pengetahuan tentang cara perawatan bagi penderita stroke juga mengenai peran keluarga dalam mengembalikan ketergantungan penderita stroke.

1. Pengetahuan responden tentang faktor-faktor resiko sebagian besar (66,7%) masih kurang mengetahui atau sedang-sedang saja. Dalam arti pengetahuan responden hanya sekedar tahu saja.
2. Pengetahuan tentang faktor resiko yang diketahui oleh sebagian besar responden meliputi pengaruh tekanan darah (73,3%) dan pengaruh minum beralkohol (73,3%), pengaruh obesitas (53%).
3. Pengetahuan terhadap faktor resiko yang lain yang tidak diketahui responden terutama tentang pengaruh makanan terhadap serangan stroke tidak diketahui oleh 86,7% responden, pengetahuan tentang makanan yang mengandung lemak jenuh (76,7%), pengaruh makanan yang mengandung tinggi natrium (53,3%).
4. Pengetahuan tentang perawatan pada penderita Stroke hampir sebagian besar responden kurang mengetahui (76,7%), sebab menurut pengetahuan responden kebiasaan yang dapat memperbesar resiko terjadinya stroke masih boleh diberikan asal

penderita dalam kondisi tidak kambuh.

5. Peranan keluarga untuk menyembuhkan ketergantungan penderita stroke akibat cacat yang diderita diantara keluarga berperan dalam melatih penderita, memotivasi penderita, membantu menenangkan gangguan emosional penderita, serta merawat penderita.
6. Hambatan yang sering ditemui adalah keputusasaan keluarga dalam melatih maupun dalam merawat penderita, kurangnya pengetahuan keluarga, mahalnya harga obat, kurangnya perhatian keluarga diantaranya tidak ada yang mengantar karena kesibukan masing-masing anggota keluarga maupun karena tempat yang jauh. Selain itu keputusasaan penderita melihat ketidak berhasilan dari latihan, tidak mau minum obat, penderita bersifat tertutup atau diam dirasakan responden sebagai hambatan dalam merawat penderita.
8. Perasaan ikut bertanggung jawab terhadap keluarga dan perasaan puas responden bila mampu merawat keluarga serta keinginan/kemauan penderita untuk cepat sembuh merupakan faktor pendukung pengembalian ketidaktergantungan penderita stroke

B. SARAN

1. Untuk meningkatkan pengetahuan responden atau keluarga penderita tentang faktor-faktor resiko dari stroke sebaiknya peningkatan penyuluhan perlu dilakukan baik kualitas maupun kuantitas. Dengan pemasukan materi stroke lewat

posyandu bagi daerah yang belum ada pos pelayanan untuk usila akan lebih mendekatkan masyarakat pada pengetahuan tentang stroke.

2. Mendekatkan pelayanan misalnya lewat posyandu dengan program yang bertujuan untuk mencegah terjadinya serangan stroke seperti penyuluhan gizi khusus manula dan permasalahannya, dan pemeriksaan tensi darah.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriadi, dkk. Penyakit peredaran darah otak (PPDO). 1985
- Andradi, Akibat Lanjut Hipertensi dibidang Neurologi, Cermin Dunia Kedokteran, Nomor 57, 1989 hal : 15-17
- Beck E. Mary, Ilmu Gizi & Diit, terjemahan : Nutrition and Dietetics for Nurses, Jogjakarta : Yayasan Essentia Medica, 1995.
- Chandra B. Penata Laksanaan Stroke. Aksona no. 2 : hal 3-22
- Depkes R.I, Penuntun Diit, Jakarta : Gramedia , 1992.
- Evans R.L. Factors Predicting Satisfactory Home Care After in : Arch Phys Med. Rehabilitation Vol 72, Febuary, 1991.
- Goode, William J., Sosiologi Keluarga, Jakarta : Bumi Aksara, 1991
- Horton, Paul B., Chester L.H. Sosiologi. Jakarta : Erlangga, 1991.
- Lumbantobing S.M., Penanganan Stroke Iskemik, dalam : Simposium Stroke, Surakarta. 1994.
- Lamsudin, Stroke di Jogvakarta beberapa hasil penelitian Epide miologi klinik, dalam Simposium Stroke, Surakarta, 1994
- Murray E. Stroke Rehabilitation, Williams & wilkins Sydnay, 1987
- Mardjono Mahar, Priguna s, Neurologi Klinis dasar, Jakarta : PT Dian Rakyat, 1991
- Mardjono Mahar, Hipertensi dan Gangguan Peredaran Darah Otak, dalam : Hipertensi Pendekatan Praktis dan Penatalaksa naan , Rhone Poulenc, Jakarta 1986 hal 18-24
- Mulatsih, Eny., Petuniuk praktis bagi pengasuh dan keluarga penderita pasca stroke, Unit perawatan stroke Supardjo Rustan RSCH/FK UI Jakarta. 1984
- Mayo N.E, Recovery Time of Independent Function Post-Stroke in : American journal of Phisical Medicine & Rehabilitation 1991

- Poerwadi, Troeboes. Penata pelaksanaan Medik Mutahir. Simposiun Stroke di Surabaya. (1994)
- Shadily, Hassan, Sosiologi Untuk Masyarakat Indonesia, Jakarta PT. Bina Aksara, 1984
- Silvia, Price Anderson, Lorraine, Mc. Caty Wilson, Patofisiologi Konsep Klinik Proses-proses Penyakit. Bagian ECG penerbit buku kedokteran Edisi kedua, 1984.
- Wolff M.D., Hans Tekanan Darah Tinggi Bahaya Terselubung. Jakarta :Grafidian jaya Jakarta, 1984
- WHO, Report of the WHO task Force on Stroke and Orther Cerebro-vascular Disorder Stroke 1989. Reconedations on Stroke Prepention. Diagnosis and therapy Stroke 1989 ; 20 : 1407 - 31

Lampiran

KUESIONER

PERANAN KELUARGA DAN TINGKAT PENGETAHUANNYA DALAM MENYEMBUHKAN PENDERITA STROKE

=====
 Interviewer : - Nama penderita :
 Tanggal : - No responden :
 - Kaset :
 =====

I. Karakteristik Responden

1. Nama :
2. Umur : (laki/perempuan)
3. Status dalam keluarga :
(Suami/istri/anak)
4. Pendidikan :

II. Identitas Penderita

1. Umur : th (laki/perempuan)
2. Pendidikan :
3. Pekerjaan : - Sebelum serangan stroke :
- Sesudah serangan stroke :
4. Gambaran kemampuan dari :
 1. Kondisi motorik
Setelah keluar dari RS :
.....
Sekarang :
 2. Kemampuan wicara :
Keluar dari RS :
Sekarang :
 3. Lain-lain :

IR PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS PRLAG

No. 00321

Sudah terima dari :

Banyaknya uang :

Untuk pembayaran :

Rp.

3500,-

LAPORAN PENELITIAN DAN HENDRATI

NOV 2010

Handwritten signature

C

I. PENGETAHUAN :

I.1. Pengetahuan tentang faktor resiko

1. Apakah tekanan darah berpengaruh terhadap terjadinya serangan penyakit stroke kembali :

(1) Ya, alasan :

- (a) mempengaruhi kelenturan dinding pembuluh darah
- (b) pengalaman orang lain
- (c) tidak tahu

(2) Tidak

2. Berapakah tekanan darah harus dijaga agar penderita tidak terserang stroke ? (tekanan sistolik)

- (1) lebih 160 mmhg
- (2) 120 - 160 mmhg
- (3) kurang dari 120 mmhg

3. Apakah kebiasaan merokok dapat memperbesar resiko terjadinya serangan ulang stroke

(1) Bisa, alasan :

- (a) Asap rokok mengganggu sistem kerja organ, misal jantung dan paru
- (b) Zat nikotin dapat mengeraskan dinding pembuluh darah
- (c) Tidak tahu
- (d) Lain-lain :

(2) Tidak

4. Apakah makanan bisa memperbesar resiko serangan Stroke :

(1) Bisa, alasan :

.....

(2) Tidak, alasan :

5. Bahan makanan yang bagaimanakah yang tidak diperbolehkan untuk penderita stroke :

Jenis bahan makanan	Boleh (seperti biasa)	Boleh (sedikit)	Tidak Boleh

(1) Lemak jenuh

- (a) Susu Sapi
- (b) Kuning telur
- (c) Jerohan
- (d) daging berlemak
- (e) Ayam kampung
- (f) Ayam boiler
- (g) keju
- (h) mentega
- (i) Santan

(2) Lemak tak jenuh

- (a) ikan tengiri
- (b) ikan laut

(3) Buah-buahan

- (a) Alpukat
- (b) Nangka
- (c) Durian

(4) Bahan-bahan :

- (a) Bumbu
 - kecap
 - terasi

- petis
- tauco
- vitsin

- (b) Garam
- (c) Ikan asin
- (d) Abon
- (e) Acar
- (f) kue dengan ragi
 - roti tawar
 - biskuit
 - bakpao

(5) Hidrat arang

- (a) beras
- (b) kentang
- (c) roti

(6) minuman :

- (a) kopi
- (b) teh
- (c) coklat
- (d) sirop

(7) Kue-kue :

- (a) cake
- (b) dodol
- (c) nogosari

6. Bagaimanakah cara masak yang terbaik :

- (1) digoreng
- (2) digodok saja dengan air
- (3) berkuah santan encer
- (4) digodok dengan santan

7. Apakah badan yang gemuk dapat mempermudah serangan stroke ulang

(1) Dapat, alasan :

- (a) kelebihan lemak
- (b) kurang dapat bergerak

(c) tidak tahu

(d) lain-lain :

(2) Tidak, alasan :

8. Sebutkan jenis minuman yang mengandung alkohol

(1) bir

(2) toak, air tapai

(3) lain-lain :

(4) tidak tahu

9. Apakah minuman beralkohol dapat memperbesar serangan stroke ulang :

(1) Dapat, alasan :

(a) kandungan hidrat arang tinggi

(b) merusak organ tubuh

(c) tidak tahu

(2) Tidak

III. 2. Pengetahuan tentang cara perawatan penderita stroke

1. Mengapa anda merasa perlu untuk memeriksakan Tekanan darah penderita :

(1) Takut terjadinya Stroke dan timbul kecacatan

(2) Takut Biaya RS tinggi

(3) Takut kehilangan keluarga.

(4) lain-lain :

2. Bila ide memeriksakan penderita bukan dari ide penderita , bilamana anda memeriksakan penderita :

(1) Bila penderita merasa pusing

(2) Bila penderita merasa pusing dan tidak bisa bangun.

(3) Bila penderita sering marah

(4) Bila penderita tidak bisa tidur

- (5) Walaupun penderita tidak merasa ada keluhan (rutinitas)
3. Dalam hal kebiasaan merokok, apakah penderita saat ini masih diperbolehkan untuk merokok :
- (1) Bila sakit tidak boleh
 - (2) Apabila dalam kondisi biasa masih boleh.
 - (3) Tidak boleh sama sekali.
4. Apabila penderita merasa bosan dengan jenis makanan yang dikonsumsi bagaimana untuk menghindarinya ?
- (1) menambah bumbu yang tidak mengandung garam
 - (2) mencampur bahan yang dipantangkan
 - (3) tidak tahu
 - (4) lain-lain :
5. Apakah perlu menjaga BB yang ideal bagi penderita stroke?
- (1) perlu
 - (2) tidak perlu
6. Bagaimana cara untuk menjaga berat badan penderita :
- (1) Mengatur makanan
 - (2) Menenangkan pikiran
 - (3) Olah raga teratur
7. Apakah penderita stroke masih boleh minum minuman beralkohol ?
- (1) Tidak boleh
 - (2) Boleh sedikit
 - (3) Tidak tahu

III. 3. Peranan Keluarga

1. Apakah stroke dapat menimbulkan cacat ?
- (1) Dapat, sebutkan :

- (a) motorik
 - (b) wicara
 - (c) mental
 - (d) tidak merasa kalau buang air besar (BAB)
 - (e) lain-lain :
- (2) Tidak
2. Apakah penderita stroke dapat sembuh dari kecacadan yang dideritanya ?
- (1) Dapat, alasan :
 - (2) Dapat tapi tidak seratus persen, alasan :
 - (3) Tidak dapat, alasan :
3. Bagaimana cara keluarga menyembuhkan kecacadan penderita ?
- (1) Latihan fisik
 - (2) Mengajak berkomunikasi
 - (3) Menjaga penderita agar tidak tertekan jiwanya
 - (4) Mengajak penderita untuk melakukan kegiatan kemasyarakatan
4. Untuk melatih penderita dibantu oleh siapa ?
- (1) Fisioterapi
 - (2) Keluarga sendiri
 - (3) penderita melakukan sendiri
 - (4) lain-lain :
5. Bentuk latihan yang dilakukan keluarga terhadap penderita :
- (1) jalan pagi
 - (2) membimbing menggerakkan tangan dan kaki
 - (3) lain-lain :
6. Apakah latihan dapat dilakukan secara rutin ?
- (1) Rutin
 - (2) Tidak rutin, alasan :

- (a) keluarga tidak mempunyai waktu
- (b) penderita tidak mau
- (c) lain-lain :

7. Untuk mengembalikan fungsi wicara penderita, bagaimana keluarga melatih ?

- (1) mengajak bercerita
- (2) membaca buku
- (3) lain-lain :

8. Apakah keluarga melatih penderita secara rutin ?

- (1) Rutin
- (2) Tidak rutin, alasan :
 - (a) keluarga putus asa, alasan :
 - (b) penderita tidak mau
 - (c) lain-lain :

9. Bagaimana keluarga membiasakan penderita untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari ?

- (1) Dibantu
- (2) Secara bertahap
- (3) lain-lain :

10. Apakah penderita selalu dilibatkan dalam pemecahan permasalahan keluarga ?

- (1) Ya, alasan :
- (2) sebagian, alasan :
- (3) Tidak, alasan :

11. Apakah penderita masih aktif dalam kegiatan masyarakat ?

- (1) masih, misalnya :
- (2) tidak, alasannya :

12. Bila tidak, bagaimana cara keluarga mengembalikan agar penderita mau bergaul dengan masyarakat ?

- (1) Mengajak menghadiri undangan
 - (2) Menasehati
 - (3) Membiarkan
 - (4) lain-lain :
13. Apakah penderita setelah serangan stroke mengalami depresi ? (perubahannya dibanding sebelum serangan stroke)
- (1) Ya, sebutkan :
 - (2) Tidak
14. Bila ya, bagaimana keluarga menenangkan penderita ?
- (1) Menasehati
 - (2) Mengajak jalan-jalan
 - (3) Membiarkan
 - (4) lain-lain :
15. Dimanakah biasanya anda memeriksakan tekanan darah penderita :
- (1) Rumah Sakit
 - (2) Puskesmas
 - (3) Dokter
 - (4) Diperiksa sendiri
16. Siapakah yang selalu mengawasi/mengantarkan penderita untuk memeriksakan tekanan darah penderita :
- (1) Suami/ Istri
 - (2) Anak
 - (3) Keponakan
 - (4) Tetangga
17. Apakah pemeriksakan penderita dapat dilakukan secara rutin ?
- (1) Rutin
 - (2) Tidak, alasan :
 - (a) Uang transport

- (b) Tidak ada yang mengantar
- (c) Kemauan penderita
- (d) Lain-lain :

18. Bila tidak, bagaimana usaha keluarga untuk mengatasi ?

- (1) Berhutang
- (2) memotivasi penderita, caranya:
- (3) lain lain :

19. Bagaimana cara keluarga mencegah penderita agar tidak merokok ?

- (1) mengalihkan, caranya :
- (2) Lain-lain :

20. Apakah keluarga mampu untuk menghentikan kebiasaan merokok penderita ?

- (1) dapat
- (2) tidak, alasan :

21. Bagaimana mengatur makanan untuk penderita agar sesuai dengan yang diharuskan ?

- (1) bervariasi, caranya :
- (2) membedakan, caranya :
- (3) lain-lain :

22. Bagaimana cara keluarga menghindari agar penderita tidak bosan dengan makanan yang disediakan ?

- (1) menuruti penderita
- (2) memaksa penderita
- (3) membeli makanan diluar
- (4) lain-lain :

23. Bagaimana acara keluarga mengontrol makanan penderita di luar rumah ?

- (1) menasehati
- (2) tidak dapat dikontrol

(3) lain-lain :.....

24. Bagaimana upaya keluarga untuk menjaga berat badan penderita agar tetap ideal ?

- (1) mengatur makanan
- (2) mengurangi garam
- (3) olah raga secara teratur

25. Bagaimana upaya keluarga untuk mencegah penderita tidak minum minuman beralkohol ?

- (1) menasehati
- (2) membiarkan
- (3) lain-lain

26. Apabila penderita menginginkan untuk merokok, bagaimana keluarga menanggapi ?

- (1) Dibiarkan merokok semau penderita
- (2) Dibiarkan asal tidak berlebihan
- (3) Didiamkan saja / tdak diajak bicara
- (4) Dijelaskan dan dirayu.

PEMERINTAH PROPINSI DAERAH TINGKAT I JAWA TIMUR
 DIREKTORAT SOSIAL POLITIK
 JL. PEMUDA NO. 5 TELP. 43020 - 45673
 SURABAYA

A S L I

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan survey / research

Nomor 072/073/303/1996

- Membaca 1. SRT. KETUA LEMBIT UNAIR SBY 1 PEB'96 No. 109/JO3.12/PL/1996
 2. SRT. KETUA BAPPEDA TK. I JTM 5 PEB'96 No. 072/35/201.1/96

- Mengingat 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri No. 3 Tahun 1972
 2. Surat Gubernur Kepala Daerah Tk. I Jawa Timur tgl. 17 Juli 1972 No. Gub/1167/1972

dengan ini menyatakan **TIDAK KEBERATAN** dilakukan survey / research oleh

Nama Penanggung Jawab **LUCIA Y. HENDRATI, SKM**
 Ketua PENELITI UNAIR SURABAYA
 Alamat **JL. DARMAWANGSA DALAM 2 SURABAYA**

Theme / Acara survey / research **" PERANAN FUNGSI KELUARGA DAN PENGETAHUAN TERHADAP PENYEMBUHAN KETERGANTUNGAN POST STROKE PADA PENYEMIT YANG PERNAH DI RAWAT DI RS. DR. SCETOMO TH 1994 "**

Daerah/Tempat dilakukan survey/research **KOTAMADYA SURABAYA**

Lamanya survey / research **BULAN FEBRUARI 1996 S/D BULAN JUNI 1996**

- Pengikut / peserta survey / research 1. DR. AGUS TURCHAN
 2. DR. CHATARINA U.W. MS, MPH.
 3. DRA. LAILI K. M. KES.

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

- Dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah tidak diteliti yang diteliti diwajibkan melaporkan kehadatannya kepada Bupati/Walikota dan Kepala Daerah Tk. II dan Kabupaten setempat.
- Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah hukum Pemerintah setempat.
- Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan dan kelestarian serta memperhatikan pernyataan-pernyataan baik dengan lisan ataupun tertulis/tertulis yang dapat melukai/menyinggung perasaan atau menghina agama, bangsa dan negara serta suatu golongan penduduk.
- Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan sebagai tersebut di atas.
- Betah berkehendak dilakukan survey/research, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai pelaksanaan survey/research, sebelum meninggalkan daerah tempat survey/research.
- Dalam jangka waktu suatu bulan setelah selesai dilakukannya survey/research, diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasilnya kepada:

- Ketua BAPPEDA Prop. Daerah Tk. I Jawa Timur
- Kepala Direktorat Sosial Prop. Daerah Tk. I Jawa Timur
- Bupati/Walikota/Kepala Daerah Tk. II yang bersangkutan
- Kanwil/Direktora/Dinas/Jawatan/Lembaga yang bersangkutan

7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa petanggung surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagai tersebut di atas

TEMBUSAN disampirkan kepada

- Yth. Pengam V/Vram Jaya
- Kepala Jawa Timur
- Ketua Bappeda Prop. Daerah Tk. I Jawa Timur
- Kanwil/Direktora/Dinas/Jawatan/Lembaga yang
- Pembantu Gubernur di SURABAYA
- Bupati Kepala Daerah Tk. II
- Walikota/Kepala Daerah Tingkat II SURABAYA
- REKTOR UNAIR SURABAYA
-
-

SURABAYA 16 FEBRUARI 1996
 AN. GUBERNUR KEPALA DAERAH TINGKAT I

