

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DENGAN
PENCEGAHAN TERJADINYA DECUBITUS PADA
PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP
RSUD DR. SOEHADI PRIJONEGORO
SRAGEN**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan



**Oleh :
WAHYU WIJAYANTI
NIM : ST 14071**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2016**

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DENGAN
PENCEGAHAN TERJADINYA DECUBITUS PADA
PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP
RSUD DR. SOEHADI PRIJONEGORO
SRAGEN**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan



**Oleh :
WAHYU WIJAYANTI
NIM : ST 14071**

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2016**

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DENGAN PENCEGAHAN
TERJADINYA DECUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUANG
RAWAT INAP RSUD DR. SOEHADIPRIONEGORO
SRAGEN

Oleh :

Wahyu Wijayanti

NIM. ST 14071

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 09 Februari 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan

Pembimbing Utama,



Ns. Meri Oktariani, M.Kep

NIK : 200981037

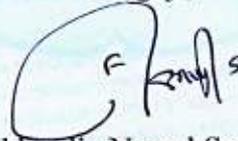
Pembimbing Pendamping,



Ns. Aria Nurahman Hendra Kusuma, M.Kep

NIK : 201387104

Penguji,



Ns. Fakhruddin Nasrul Sani, M.Kep

NIK. 201185071

Surakarta, 09 Februari 2016

Ketua Program Studi S-1 Keperawatan



Ns. Atiek Murharyati, M.Kep

NIK. 200680021

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wahyu Wijayanti

NIM : ST 14071

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- 1) Skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana), baik di STIKes kusuma Husada Surakarta maupun di perguruan tinggi lain.
- 2) Skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penguji.
- 3) Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan dalam daftar pustaka. Pernyataan ini saya buat sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah saya peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Surakarta, Februari 2016

Yang membuat pernyataan,



(Wahyu Wijayanti)

NIM. ST 14071

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas segala rahmat, petunjuk dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul “Hubungan peran serta keluarga terhadap pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen”.

Skripsi ini dapat terselesaikan berkat dukungan, bimbingan dan bantuan dari semua pihak, oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ns. Wahyu Rima Agustin, M.Kep. Selaku Ketua STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIKes Kusuma Husada Surakarta.
2. Ns. Atiek Murharyati, M.Kep. Selaku Ketua Prodi S-1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIKes Kusuma Husada Surakarta.
3. Ns. Meri Oktariani, M.Kep. Selaku Pembimbing Utama yang telah menyetujui, memberikan bimbingan dan arahan pada penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Aria Nurahman Hendra Kusuma, M.Kep. Selaku Pembimbing Pendamping yang telah menyetujui, memberikan bimbingan dan arahan pada penyusunan skripsi ini.

5. Ns. Fakhrudin Nasrul Sani, M.Kep. Selaku Penguji yang telah menyetujui, memberikan bimbingan dan arahan pada penyusunan skripsi ini.
6. dr. Djoko Sugeng Pujiarto, M.Kes. Selaku Direktur RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang telah memberikan ijin belajar dan ijin penelitian.
7. Dosen dan staf Prodi S-1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah banyak memberikan ilmu bermanfaat.
8. Bapak dan Ibu yang selalu memberikan doa restu dan dorongan kepada penulis selama menjalani pendidikan.
9. Teman-teman seperjuangan Prodi S-1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta, terima kasih atas kerjasamanya selama ini,.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan dan penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis mengharapkan masukan dan saran demi sempurnanya skripsi ini. Akhir kata, penulis berharap agar skripsi ini dapat dijadikan bahan studi dan bermanfaat bagi kita semua.

Surakarta, Februari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Tinjauan Teori.....	10
2.2 Keaslian Penelitian.....	29
2.3 Kerangka Teori.....	31
2.4 Kerangka Konsep	32
2.5 Hipotesis	32

BAB III	METODE PENELITIAN	
	3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian	33
	3.2 Populasi dan Sampel.....	33
	3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	36
	3.4 Variabel, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	36
	3.5 Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	37
	3.6 Teknik Pengolahan dan Analisa Data	43
	3.7 Etika Penelitian	46
BAB IV	HASIL PENELITIAN	
	4.1 Analisia Univariat	47
	4.2 Analisia Bivariat Uji	50
BAB V	PEMBAHASAN	
	5.1 Analisis Univariat	51
	5.2 Analisis Bivariat.....	57
BAB VI	KESIMPULAN	
	6.1 Simpulan	63
	6.2 Saran	63

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
2.1	Keaslian Penelitian	29
3.1	Definisi Operasional	36
3.2	Kisi-Kisi Peran Serta Keluarga	37
4.1	Karakteristik responden berdasarkan umur	47
4.2	Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin	47
4.3	Karakteristik responden berdasarkan pendidikan	48
4.4	Karakteristik frekuensi peran serta keluarga	48
4.5	Karakteristik frekuensi terjadinya decubitus pada pasien stroke	49
4.6	Hasil <i>uji kendal tau</i> hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen	50

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Stadium Decubitus	25
2.2	Kerangka Teori	31
2.3	Kerangka Konsep	32

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Surat Ijin Permohonan Menjadi Responden
2	Surat Pernyataan Menjadi Responden
3	Kuesioner Peran Serta keluarga
4	Lembar Observasi Kejadian Decubitus
5	Surat Ijin Penelitian
6	Lembar Konsultasi

**PROGRAM STUDI S-1 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2016**

Wahyu Wijayanti

**HUBUNGAN PERAN SERTA KELUARGA DENGAN PENCEGAHAN
TERJADINYA DECUBITUS PADA PASIEN STROKE DI RUANG
RAWAT INAP RSUD DR. SOEHADIPRIJONEGORO
SRAGEN**

Abstrak

Stroke adalah suatu keadaan kedarurat medis yang sering menyebabkan kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Stroke mempunyai dampak terhadap kelemahan ekstremitas dan berakibat pada bedrest total hal ini menimbulkan salah satu komplikasi decubitus. Decubitus merupakan dampak dari tirah baring terlalu lama. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan pasien merawat dirinya sendiri. Oleh karena itu keluarga berperan dalam perawatan decubitus pada pasien yang mengalami kelemahan fisik dalam kasus ini adalah stroke. Berdasarkan studi pendahuluan dari data Rekam Medis RSUD dr. Soehedi Prijonegoro Sragen tahun 2014 pada pasien stroke dalam setiap bulan rata-rata ada sebanyak 40 pasien stroke rawat inap dengan 4-6 pasien atau sekitar 10% mengalami decubitus.

Jenis penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* jumlah sampel 36 responden dengan teknik sampling *purposive sampling*, variabel yang diteliti peran serta keluarga dan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke. Analisis data menggunakan uji statistik *kendal tau*.

Peran serta keluarga sebagian besar memiliki peran serta keluarga baik 22 responden (61,1%). Terjadinya decubitus pada pasien stroke sebagian besar terjadinya decubitus stadium 0 sebanyak 20 responden (55,6%).

Hasil uji *kendal tau* menunjukkan dengan taraf signifikansi 5% atau nilai *p value* $0,000 < 0,05$, artinya ada bahwa ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Kata Kunci : peran serta keluarga, decubitus, stroke.
Daftar Pustaka : 56 (2005-2015).

**BACHELOR OF NURSING PROGRAM
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES OF KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2016**

Wahyu Wijayanti

**The Relationship between Family Participation and Prevention of Decubitus
in Patients with Stroke in Inpatient Wards at Dr. Soehadiprijonegoro
Regional Public Hospital of Sragen**

Abstract

Throughout the world, stroke is considered a medical emergency condition which commonly leads to death and impairment. Stroke results in extremity and total bed rest which trigger decubitus-related complications. Decubitus is resulted from prolonged bed rest. This is attributable to patients' lack of capability to take care of their own bodies. Hence, family has important roles in decubitus treatment in patients with physical weaknesses, including stroke. On the basis of the preliminary research on the medical records of inpatients with stroke presented by dr. Soehadi Prijonegoro Regional Public Hospital of Sragen in 2014, on average, there are 40 stroke inpatients and 4 to 6 of them (10%) suffer from decubitus.

This is a quantitative research with cross sectional design. The total sample for this research was 36 respondents taken using purposive sampling technique. The variables measured comprised family participation and prevention of decubitus in patients with stroke. Kendal Tau statistical test was applied for data analysis.

The family participation is considered 'good' with 22 respondents (61.1%) actively involving. Most of the decubitus cases are at stadium 0 which happen in 20 respondents (55.6%).

The result of Kendal Tau test demonstrates the significance level of 5% or p value of $0.000 < 0.05$, which means that there is a relationship between family participation and prevention of decubitus in patients with stroke in inpatient wards at dr. Soehadiprijonegoro Regional Public Hospital of Sragen.

Keywords : family participation, decubitus, stroke.

Bibliography : 56 (2005-2015).

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Stroke adalah gangguan suplai darah ke otak, biasanya karena perdarahan atau sumbatan dalam pembuluh darah yang menghambat pasokan oksigen dan nutrisi sehingga menyebabkan kerusakan pada jaringan otak (WHO, 2014). Stroke adalah suatu keadaan kedarurat medis yang sering menyebabkan kematian dan kecacatan di seluruh dunia. Stroke merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit jantung dan merupakan pembunuh lebih besar dari kanker di seluruh dunia (Mandal, 2014).

Prevalensi stroke di seluruh dunia menurut WHO adalah 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke setiap tahun, hampir 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang yang tersisa cacat. Prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah 3,4 per persen per 100 ribu penduduk, di Singapura 55 per 100 ribu penduduk dan di Thailand 11 per 100 ribu penduduk (Mandal, 2014). Prevalensi stroke di Indonesia adalah delapan per seribu penduduk atau 0,8 persen. Sebagai perbandingan, prevalensi stroke porsinya mencapai 15,4 persen dari total penyebab kematian, artinya satu dari tujuh orang yang meninggal dikarenakan stroke (Rikesdas, 2007). Penderita stroke di Indonesia sekitar 2,5 persen atau 250 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat

ringan maupun berat. Pada 2020 mendatang diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke (Sukirno, 2011).

Stroke mempunyai gejala fisik kelemahan ekstremitas dan berakibat pada bedrest total, hal ini menimbulkan salah satu komplikasi yaitu dekubitus, karena akibat dari tekanan yang terlalu lama pada area permukaan tulang yang menonjol dan menyebabkan berkurangnya sirkulasi darah pada area yang tertekan dan lama kelamaan jaringan setempat mengalami iskemik, hipoksia dan berkembang menjadi nekrosis (Lipyandra, 2014).

Dekubitus dapat terjadi pada setiap tahap umur, tetapi hal ini merupakan masalah yang khusus pada penderita stroke dan lansia, karena masalah imobilitas. Seseorang yang imobilitas dan hanya berbaring ditempat tidur sampai berminggu-minggu terjadi dekubitus karena tidak dapat berganti posisi beberapa kali dalam sejam. Penggantian posisi ini, biarpun hanya bergeser, sudah cukup untuk mengganti bagian tubuh yang kontak dengan alas tempat tidur. Sedangkan imobilitas hampir menyebabkan dekubitus bila berlangsung lama. Terjadinya ulkus disebabkan gangguan aliran darah setempat dan juga keadaan umum dari penderita (Sugeng, 2011).

Hasil penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa pasien stroke di rawat di rumah sakit menderita dekubitus adalah 3-10% dan 2,7% berpeluang terbentuk dekubitus baru (Lipandra, 2014). Dari hasil penelitian terjadi peningkatan dekubitus terus terjadi hingga 7,7-26,9%. Prevalensi terjadinya luka dekubitus di Amerika Serikat cukup tinggi sehingga mendapatkan

perhatian dari kalangan tenaga kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi luka dekubitus bervariasi, tetapi secara umum dilaporkan bahwa 5-11% terjadi di tatanan perawatan akut (*acute care*), 15-25% di tatanan perawatan jangka panjang (*long term care*), dan 7-12% di tatanan perawatan rumah (*home health care*).

Angka kejadian dekubitus di ASEAN lainnya (Japan, Korea, China) adalah 2,1-18% (Bujang, 2013). Faktor yang ditemukan beresiko terhadap stroke dengan angka kejadian luka dekubitus (ulkus) di Indonesia mencapai 33,3%. Angka ini lebih tinggi dari Negara Asia lainnya (Bujang, 2013). Penelitian yang dilakukan di RS DR. Sardjito Yogyakarta di Ruang A1, B1, C1, D1 dan B3 IRNA dari 40 pasien tirah baring (stroke) didapatkan 40% mengalami dekubitus (Fitriyani, 2009). Di RSUD kota Semarang prevalensi dekubitus tiap tahun terus meningkat pada tahun 2011 terdapat 9 pasien dekubitus dan pada tahun 2012 terdapat 14 pasien dekubitus (Bujang, 2013).

Hasil survey yang dilakukan di RSUD Sragen tahun 2013 di instalasi rawat inap diperoleh hasil bahwa dari 113 pasien tirah baring (stroke) di dapatkan insiden dekubitus 38%. Angka tersebut lebih besar jika dibandingkan dengan standar nosokomial rumah sakit yang bisa diterima yaitu dengan angka kejadian dekubitus < 5% (Wahyuni, 2014).

Dekubitus merupakan dampak dari tirah baring terlalu lama. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan pasien merawat dirinya sendiri. Oleh karena itu keluarga berperan dalam pencegahan terjadinya dekubitus pada pasien yang

mengalami kelemahan fisik dalam kasus ini adalah stroke. Dampak dari stroke adalah dekubitus atau penekanan pada daerah yang bersentuhan dengan permukaan tempat tidur. Dekubitus adalah salah satu bahaya terbesar pada tirah baring. Dalam sehari-hari masyarakat menyebutkan sebagai akibat tidur. Ulkus dekubitus bisa terjadi dengan cepat di atas tonjolan tulang (misalnya tulang berostiasiskial, siku dan tumit) pada pasien imobilisasi, khususnya bila terganggu juga gangguan sensoris pada area tersebut dan bila telah terjadi kehilangan berat badan (Bujang, 2013).

Decubitus merupakan masalah yang sangat serius terutama bagi pasien yang harus dirawat lama di rumah sakit dengan keterbatasan aktifitas. Pasien tirah baring biasanya dirawat selama beberapa hari atau minggu. Lamanya hari perawatan serta kondisi penyakit akan mengancam terjadinya dekubitus. Pentingnya peran keluarga terhadap perawatan decubitus, karena keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan pada anggota keluarganya (Mughni, 2010).

Keluarga adalah salah satu kelompok atau kumpulan manusia yang hidup bersama sebagai satu kesatuan atau unit masyarakat terkecil dan biasanya selalu ada hubungan darah, ikatan perkawinan atau ikatan lainnya, tinggal bersama dalam satu rumah yang dipimpin oleh seorang kepala keluarga dan makan dalam satu periuk (Riadi, 2012). Peran keluarga adalah setiap anggota keluarga juga dapat berfungsi dengan baik sesuai posisi atau

status, posisi individu dalam masyarakat, individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai isteri/suami atau anak (Mulyawati, 2010).

Peran keluarga selama ini keluarga tidak tahu tentang bagaimana cara perawatan decubitus, pencegahan dekubitus pada pasien stroke di antaranya higiene dan perawatan kulit, pengaturan posisi alas pendukung, perawat harus menjaga kulit klien tetap bersih dan kering. Perlindungan dasar untuk mencegah kerusakan kulit. Pengaturan posisi digunakan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Posisi klien mobilisasi diubah sesuai dengan tingkat aktifitasnya, kemampuan persepsi dan rutinitasnya sehari-hari dan alas pendukung, kenyamanan, kontrol postur tubuh dan manajemen tekanan. Dekubitus juga bisa menimbulkan nyeri yang sangat dan ketidaknyamanan bagi pasien. Oleh karena itu keluarga sebagai orang terdekat yang merawat pasien dengan dekubitus perlu mengetahui pengetahuan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus agar keluarga itu sendiri dapat mencegah terjadinya dekubitus (Fatmawati, 2007).

Berdasarkan studi pendahuluan dari data Rekam Medis RSUD dr. Soehedi Prijonegoro Sragen pada pasien stroke dalam setiap bulan rata-rata ada sebanyak 40 pasien stroke rawat inap dengan 4-6 pasien atau sekitar 10% mengalami decubitus, sehingga dapat diasumsikan bahwa kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan di Rumah Sakit dapat dikatakan belum baik dan perawat belum menempatkan pencegahan dekubitus menjadi prioritas yang tinggi dalam pelayanan keperawatan.

Hasil wawancara dan observasi pada 5 orang keluarga pasien stroke di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, 4 orang keluarga pasien stroke kurang berperan serta dalam pencegahan decubitus. Hasil wawancara mengatakan penggantian alas pampers hanya dilakukan sekali dalam sehari, takut untuk merubah posisi pasien 2-3 jam, latihan gerak untuk mencegah kekakuan dan lecet tidak dilakukan.

Hasil observasi terlihat ada tanda kemerah-merahan pada area kulit yang lembab dan tertekan, sedangkan 1 orang keluarga pasien stroke sangat berperan dalam pencegahan decubitus hasil wawancara mengatakan penggantian alas pampers dilakukan setiap selesai mandi/sibin minimal dua kali sehari jika kotor atau sehabis buang air besar, selalu merubah posisi pasien 2-3 jam, memakai kasur anti decubitus sendiri, latihan gerak untuk mencegah kekakuan dan lecet dapat dilakukan sendiri, hasil observasi terlihat kulit pasien bersih dan kering.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke perlu di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen”.

1.2 Rumusan Masalah

Decubitus merupakan masalah yang sangat serius terutama bagi pasien yang harus dirawat lama di rumah sakit dengan keterbatasan aktifitas seperti pada pasien stroke. Lamanya hari perawatan serta kondisi penyakit

akan mengancam terjadinya dekubitus. Pentingnya peran serta keluarga terhadap upaya pencegahan decubitus pada pasien stroke karena selama ini masih banyak keluarga pasien stroke tidak tahu tentang pencegahan kejadian decubitus.

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mendeskripsikan peran serta keluarga pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

1.3.2.2 Mendeskripsikan kejadian decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

1.3.2.3 Menganalisis hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi rumah sakit/masyarakat

Hasil penelitian ini bagi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai rujukan untuk menentukan kebijakan-kebijakan dalam hal peningkatan kualitas pelayanan, upaya memberikan pemahaman tentang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke.

1.4.2 Bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk meningkatkan kualitas dan profesionalisme pelayanan keperawatan untuk mencegah terjadinya decubitus pada pasien stroke.

1.4.3 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini bagi STIKes Kusuma Husada Surakarta dapat dijadikan dokumentasi ilmiah untuk penelitian selanjutnya yang memerlukan masukan berupa data atau pengembangan penelitian dengan topik yang sama, bahan literatur diperpustakaan, sumber data dan sumber informasi ilmiah.

1.4.4 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan di bidang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke.

1.4.5 Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi sumber data untuk pelaksanaan penelitian tentang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke yang lebih baik dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Stroke

2.1.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba yang disebabkan aliran darah ke otak terganggu. Efek stroke tergantung pada bagian mana dari otak yang rusak dan berapa banyak kerusakan terjadi (Hong, 2015).

2.1.1.2 Etiologi Stroke

Stroke juga dikenal sebagai *cerebrovascular accident* (CVA) atau serangan otak. Persediaan darah diinterupsi untuk bagian tertentu dari otak, menyebabkan sel otak mati, ini mengakibatkan pasien kehilangan fungsi otak di dalam area terpengaruh. Gangguan pada umumnya disebabkan oleh suatu sumbatan pada aliran darah arterial (*ischemic stroke*), seperti pembentukan sumbatan pada aliran darah, tetapi dapat pula disebabkan oleh kebocoran atau pecahnya pembuluh darah (*hemoragic stroke*). Suatu gumpalan darah dapat berkembang dari sepotong plak yang tidak stabil atau suatu *embolus* yang berjalan dari bagian lain tubuh dan berhenti di pembuluh darah.

Perdarahan mungkin terjadi sebagian hasil dari trauma atau spontan, seperti pada hipertensi tak terkontrol. *Ischemia* terjadi ketika darah tidak cukup mencapai jaringan otak. Ini mengakibatkan kurangnya ketersediaan oksigen (*hipoksia*) dan glukosa (*hipoglisemia*) pada otak. Ketika gizi tidak tersedia untuk periode panjang, sel otak mati, menyebabkan suatu area infarkus. *Defisit* permanen diakibatkan oleh *infartus* (Keogh, 2014).

2.1.1.3 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Berdasarkan kelainan patologis
 - a. Stroke hemoragik
 - 1) Perdarahan intra serebral
 - 2) Perdarahan ekstra serebral (subarakhnoid)
 - b. Stroke non hemoragik (stroke iskemik, infark otak, penyumbatan)
 - 1) Stroke akibat trombosis serebri
 - 2) Emboli serebri
 - 3) Hipoperfusi sistemik
2. Berdasarkan waktu terjadinya
 - a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*
 - b. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit (RIND)*

c. Stroke In Evolution (SIE) / Progressing Stroke

d. Completed Stroke

3. Berdasarkan lokasi lesi vaskuler

a. Sistem karotis

- 1) Motorik : hemiparese kontralateral, disartria
- 2) Sensorik : hemihipestesi kontralateral, parestesia
- 3) Gangguan visual : hemianopsia homonim kontralateral, amaurosis fugaks
- 4) Gangguan fungsi luhur : afasia, agnosia

b. Sistem vertebrobasiler

- 1) Motorik : hemiparese alternans, disartria
- 2) Sensorik : hemihipestesi alterans, parestesia
- 3) Gangguan lain : gangguan keseimbangan, vertigo, diplopia (Israr, 2008).

2.1.1.4 Manifestasi Klinik Stroke

Manifestasi Klinik Stroke menurut Keogh (2014) yaitu :

1. Ketidakseimbangan mental.
2. Disorientasi, bingung.
3. Perubahan emosional, perubahan kepribadian.
4. Afasia (kesulitan berbicara, mungkin reseptif, ekspresif).
5. Kata-kata tidak jelas.

6. Perubahan sensori (paresthesia, perubahan visual, perubahan pendengaran).
7. Kekebasan unilateral atau kelemahan pada wajah dan kaki tangan.
8. Serangan.
9. Sakit kepala parah karena naiknya intrakranial akibat perdarahan.
10. Gejala-gejala TIA serupa, namun durasinya singkat dan sembuh.

2.1.1.5 Patofisiologi Stroke

Patofisiologi stroke menurut (Caplan, 2013) yaitu :

1. Stroke iskemik

80-85% dari stroke, aterosklerosis arteri besar, emboli otak, aterosklerosis intracranial, ipohialosis pembuluh darah kecil yang menembus. Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak.

Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

2. Stroke hemoragik

15-20% dari stroke, robekan aneurisma berry, AVM, hipertensi berat, perdarahan diatesis, trauma. Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan TIK yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

2.1.1.6 Grade Stroke

Hunt dan Hess (1968) dalam Goldstein 2015 skala grade stroke digunakan untuk mengklasifikasikan tingkat keparahan *non-traumatik subarachnoid hemorrhage* yaitu :

1. Asimtomatik, sakit kepala ringan, sedikit kaku kuduk.
2. Sedang untuk sakit kepala parah, kaku kuduk, tidak ada defisit neurologis selain kranial kelumpuhan saraf.
3. Mengantuk / kebingungan, defisit neurologis fokal ringan.
4. Pingsan, hemiparesis sedang-berat.
5. Koma, sikap deserebrasi.

2.1.1.7 Resiko Stroke

Peningkatan resiko stroke pada pasien menurut Keogh (2014) yaitu :

1. Hipertensi.
2. Diabetes mellitus.
3. Kolesterol tinggi.
4. Fibrilasi atrial.
5. Obesitas.
6. Merokok.
7. Penggunaan kontrasepsi secara oral.

2.1.1.8 Komplikasi Stroke

Komplikasi stroke akibat tirah baring menurut (Wirawan, 2009) yaitu :

1. Sistem Kardiovaskuler :
 - Denyut nadi meningkat setengah ketuk per menit setiap hari selama 3-4 minggu.
 - Ortostatik hipotensi.
 - Risiko terjadinya *Deep Vein Trombosis* dan emboli pulmonal.
 - Viskositas darah meningkat
2. Sistem Respirasi
 - Retensi sputum dan menurunnya oksigenasi.
 - Kecepatan pernafasan meningkat.
 - Risiko terjadinya pneumonia
3. Sistem Muskuloskeletal
 - Kekuatan dan massa otot menurun.
 - Perubahan histologi otot.
 - Perubahan kelenturan sendi (kontraktur).
 - Osteoporosis
4. Sistem Metabolik dan Endokrin
 - Persentase lemak tubuh meningkat.

- Hipercalcaemia.
 - Toleransi glukose menurun dalam 3 hari tirah baring
5. Sistem Integumen
 - Decubitus ulcers
 6. Sistem Gastrointestinal
 - Konstipasi
 - Refluks Gastroesofageal
 7. Sistem Urogenital
 - Awal volume urin meningkat, kemudian menurun /stasis
 - Inkontinensia urine
 8. Sistem Saraf Pusat
 - Perubahan pada afeksi
 - Penurunan kognitif dan persepsi

2.1.1.9 Penatalaksanaan Tindakan Stroke

Menurut Keogh (2014) penatalaksanaan tindakan pasien stroke yaitu :

1. Memberikan TPA (*thromoblytic agent*) dalam 3 jam setelah gejala serangan, kecuali kontraindikasi.
2. Memberikan *antikoagulan* untuk pasien dengan *ischemic stroke* setelah penggunaan TPA.

3. Memberikan medikasi antiplatelet untuk mengurangi adhesivitas keping darah, digunakan untuk mencegah terjadinya stroke kembali.
4. Memberikan kortikosteroid untuk mengurangi pembengkakan.
5. Terapi fisik untuk membantu menjaga kekencangan otot atau pengembalian fungsi.
6. Terapi bicara untuk membantu berbicara dan menelan.
7. *Occupational therapy* untuk membantu mendapatkan kembali fungsi.
8. Istirahat total untuk mengurangi kemungkinan cedera.
9. Nutrisi yang tepat dengan jenis makanan yang tepat untuk pasien.
10. *Carotid artery endarterectomy* untuk menghilangkan plak dari dalam nadi kepala jika ada stenosis.
11. *Stenting* arteri kepala (karotid) untuk menjaga aliran darah.
12. Koreksi bedah *arteriovenous malformation, aneurisme*, perdarahan intrakranial.

2.1.2 Decubitus

2.1.1.1 Pengertian Decubitus

Decubitus adalah kerusakan jaringan yang terlokalisir yang disebabkan karena adanya kompresi jaringan lunak di atas tulang yang menonjol (*bony prominence*) dan adanya tekanan

dari luar dalam jangka waktu yang lama. Kompresi jaringan akan menyebabkan gangguan pada suplai darah pada daerah yang tertekan. Apabila ini berlangsung lama, hal ini dapat menyebabkan *insufisiensi* aliran darah, anoksia atau iskemi jaringan dan akhirnya dapat mengakibatkan kematian sel (Nursalam, 2014).

2.1.1.2 Penyebab

Luka dekubitus mulai pada kulit dan sering menjalar ke jaringan lebih dalam, disebabkan oleh buruknya sirkulasi akibat tekanan setelah jangka waktu tertentu. Tanpa aliran darah dan nutrisi yang cukup jaringan akan mati. Mereka yang sering mengalami ini adalah mereka yang osisisnya terbatas di kursi roda atau tempat tidur dan tidak mampu bergerak sendiri, sehingga tidak mampu sesering mungkin mengurangi tekanan (Keogh, 2014).

2.1.1.3 Faktor Resiko

Menurut Nursalam (2014), faktor resiko terjadinya decubitus antara lain:

1. Mobilitas dan aktivitas.

Mobilitas adalah kemampuan untuk megubah dan mengontrol posisi tubuh, sedangkan aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah. Pasien yang berbaring terus-menerus di tempat tidur tanpa mampu untuk mengubah posisi

berisiko tinggi untuk terkena dekubitus. Imobilisasi adalah faktor yang paling signifikan dalam kejadian dekubitus.

2. Penurunan persepsi sensoris persepsi.

Pasien dengan penurunan sensoris persepsi akan mengalami penurunan kemampuan untuk merasakan sensasi nyeri akibat tekanan di atas tulang yang menonjol. Bila ini terjadi dalam durasi lama, pasien akan mudah terkena dekubitus.

3. Kelembaban.

Kelembaban yang disebabkan karena inkontinensia dapat mengakibatkan terjadinya maserasi pada jaringan kulit. Jaringan yang mengalami maserasi akan mudah mengalami erosi. Selain itu kelembaban juga mengakibatkan kulit mudah terkena pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). *Inkontinensia alvi* lebih signifikan dalam perkembangan dekubitus daripada inkontinensia urine karena adanya bakteri dan enzim pada feses dapat merusak permukaan kulit.

4. Tenaga yang merusak (*shear*).

Merupakan kekuatan mekanis yang meregangkan dan merobek jaringan, pembuluh darah, serta struktur jaringan yang lebih dalam berdekatan dengan tulang yang menonjol.

5. Pergesekan (*friction*).

Pergesekan terjadi ketika dua permukaan bergerak dengan arah yang berlawanan. Pergesekan dapat mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit. Pergesekan bisa terjadi pada saat penggantian sprei pasien yang tidak berhati-hati.

6. Nutrisi.

Hipoalbuminemia, kehilangan berat badan dan malnutrisi umumnya diidentifikasi sebagai faktor predisposisi untuk terjadinya dekubitus. Stadium tiga dan empat dari dekubitus pada orang tua berhubungan dengan penurunan berat badan, rendahnya kadar albumin dan asupan makanan yang tidak mencukupi.

7. Usia.

Pasien yang sudah tua memiliki resiko yang lebih tinggi untuk terjadi dekubitus karena kulit dan jaringan akan berubah seiring dengan penuaan.

8. Tekanan arteriolar rendah.

Tekanan arteriolar yang rendah mengurangi toleransi kulit terhadap tekanan sehingga aplikasi tekanan yang rendah sudah mampu mengakibatkan jaringan menjadi iskemia.

9. Stes emosional.

Depresi dan stres emosional kronik, misalnya pasien psikiatrik juga merupakan faktor resiko untuk perkembangan dari dekubitus.

10. Merokok.

Nikotin yang terdapat pada rokok dapat menurunkan aliran darah memiliki efek terhadap endotelium pembuluh darah.

11. Temperatur kulit.

Peningkatan temperatur merupakan faktor yang signifikan dengan resiko terjadinya dekubitus.

2.1.1.4 Pencegahan dan Intervensi Awal Pasien Dengan Dekubitus

Pencegahan dan intervensi awal pasien dengan dekubitus menurut Nursalam (2014) yaitu :

1. Kaji resiko individu terhadap kejadian dekubitus.
2. Kaji faktor resiko pada saat pasien memasuki RS dan diulang dengan pola yang teratur atau ketika ada perubahan yang signifikan pada pasien seperti pada pembengkakan atau penurunan status kesehatan.
3. Identifikasi kelompok-kelompok beresiko tinggi kejadian dekubitus.
4. Kaji keadaan kulit secara teratur setidaknya sehari sekali.
5. Kaji status mobilitas.

6. Minimalkan terjadinya tekanan.
7. Kaji dan minimalkan pergeseran (*friction*) dan tenaga yang merobek (*shear*).
8. Kaji inkontinensia.
9. Kaji status nutrisi.
10. Kaji faktor yang menunda status penyembuhan.
11. Evaluasi penyembuhan luka.

2.1.1.5 Stadium Decubitus

Dekubitus akan terjadi apabila pasien tidak dilakukan mobilisasi selama 6 jam. Menurut NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) (2008), decubitus dibagi menjadi empat stadium :

1. Stadium I

Ulserasi terbatas pada epidermis dan dermis dengan eritema pada kulit penderita dengan sensibilitas baik akan mengeluh nyeri. Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut : perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat), perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak), perubahan sensasi (gatal atau nyeri). Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan

sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu. Stadium ini umumnya reversibel dan dapat sembuh dalam 5-10 hari.

2. Stadium II

Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal. Ulserasi mengenai dermis dan meluas sampai jaringan adipose, terlihat eritema dan indurasi (melepuh). Stadium ini dapat sembuh dalam 10-15 hari.

3. Stadium III

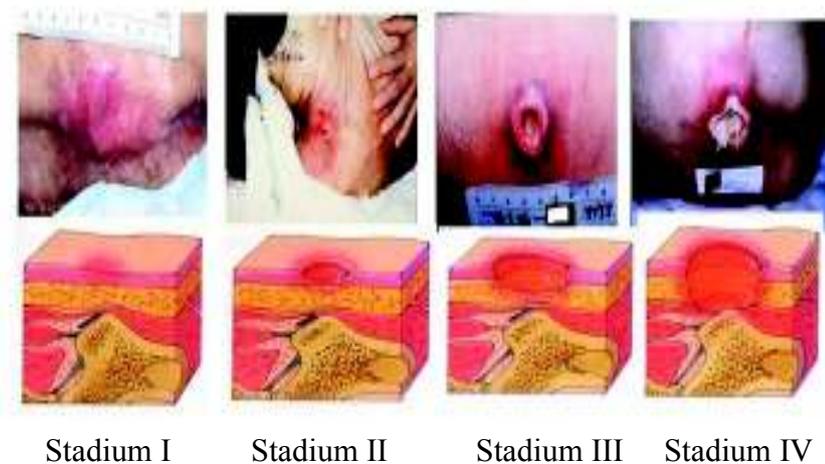
Ulserasi meluas sampai ke lapisan lemak subkutis dan otot, sudah mulai terganggu dengan adanya edema, inflamasi, infeksi dan hilangnya struktur. Tepi ulkus tidak teratur dan terlihat hiper atau hipopigmentasi dengan fibrosis. Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam. Dapat sembuh dalam waktu sekitar 3-8 minggu.

4. Stadium IV

Ulserasi dan nekrosis meluas mengenai fasia, otot, tulang serta sendi dapat terjadi arthritis septic atau osteomelitis dan sering disertai anemia. Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga

termasuk dalam stadium IV dari luka tekan. Dapat sembuh dalam waktu sekitar 3-6 bulan.

Gambar stadium decubitus menurut NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) (2008) di bawah ini :



Gambar 2.1

Stadium decubitus

2.1.3 Peran Serta Keluarga

2.1.1.1 Peran Serta Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran merujuk kepada beberapa set perilaku yang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normative dari seseorang okupan peran (*role ocupan*) dalam situasi sosial tertentu. Peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang individu-individu

harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran-peran tersebut uasi sosial tertentu (Harmoko, 2012).

Peran serta adalah ikut ambil bagian dalam suatu kegiatan, keikutsertaan secara aktif, partisipasi (Poerwadarminta, 2007). Peran serta keluarga adalah setiap anggota keluarga mampu menempatkan diri sesuai dengan peran dan fungsinya masing-masing (Djuhaeni, 2009).

2.1.1.2 Keluarga

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antar orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi yang tinggal dalam sebuah rumah tangga (Riadi, 2012).

2.1.1.3 Tugas Kesehatan Keluarga

Keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan antara lain :

1. Mengetahui masalah kesehatan keluarga.

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu akan tidak

berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga akan habis.

2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan mempertimbangkan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga itu sendiri.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar keluarga (Harmoko, 2012).

2.1.1.4 Peran Serta Keluarga Pasien Stroke Mencegah Dekubitus

Beberapa prinsip yang harus dipahami oleh keluarga penderita stroke untuk mencegah decubitus menurut Mulyatsih (2008) yaitu :

1. Rubah posisi pasien setiap 2-3 jam.
2. Gosok minyak pada daerah yang tertekan.

3. Pertahankan alat-alat tenun (sprei, sarung bantal) tetap kering, bersih dan tegang (tidak kusut).
Sedangkan menurut Sabandar (2008) pencegahan dekubitus yaitu :
4. Anjurkan pasien untuk duduk dikursi roda atau seri gery untuk menegakkan mereka setiap 10 menit untuk mengurangi tekanan atau membantu pasien melakukannya.
5. Anjurkan masukan cairan dan nutrisi yang tepat dan adekuat. Karena kerusakan kulit lebih mudah terjadi dan lambat untuk sembuh jika nutrisi pasien buruk.
6. Segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit.
7. Inspeksi daerah dekubitus umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera.
8. Jaga agar kulit tetap kering.
9. Jaga agar linen tetap sering dan bebas dari kerutan.
10. Beri perhatian khusus pada daerah-daerah yang beresiko terjadi dekubitus.
11. Masase sekitar daerah kemerahan dengan sering menggunakan losion.
12. Jangan gunakan losion pada kulit yang rusak.

13. Beri sedikit bedak tabur pada area pergesekan tapi jangan biarkan menumpuk/menggumpal.
14. Gunakan kain pengalas bila memindahkan pasien tirah baring.
15. Lakukan latihan gerak minimal 2x sehari untuk mencegah kontraktur
16. Gunakan kasur busa, kasur kulit atau kasur perubah tekanan.

1.2 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang hubungan peran serta keluarga terhadap pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan penelitian serupa, tetapi ada beberapa penelitian yang mendukung penelitian ini :

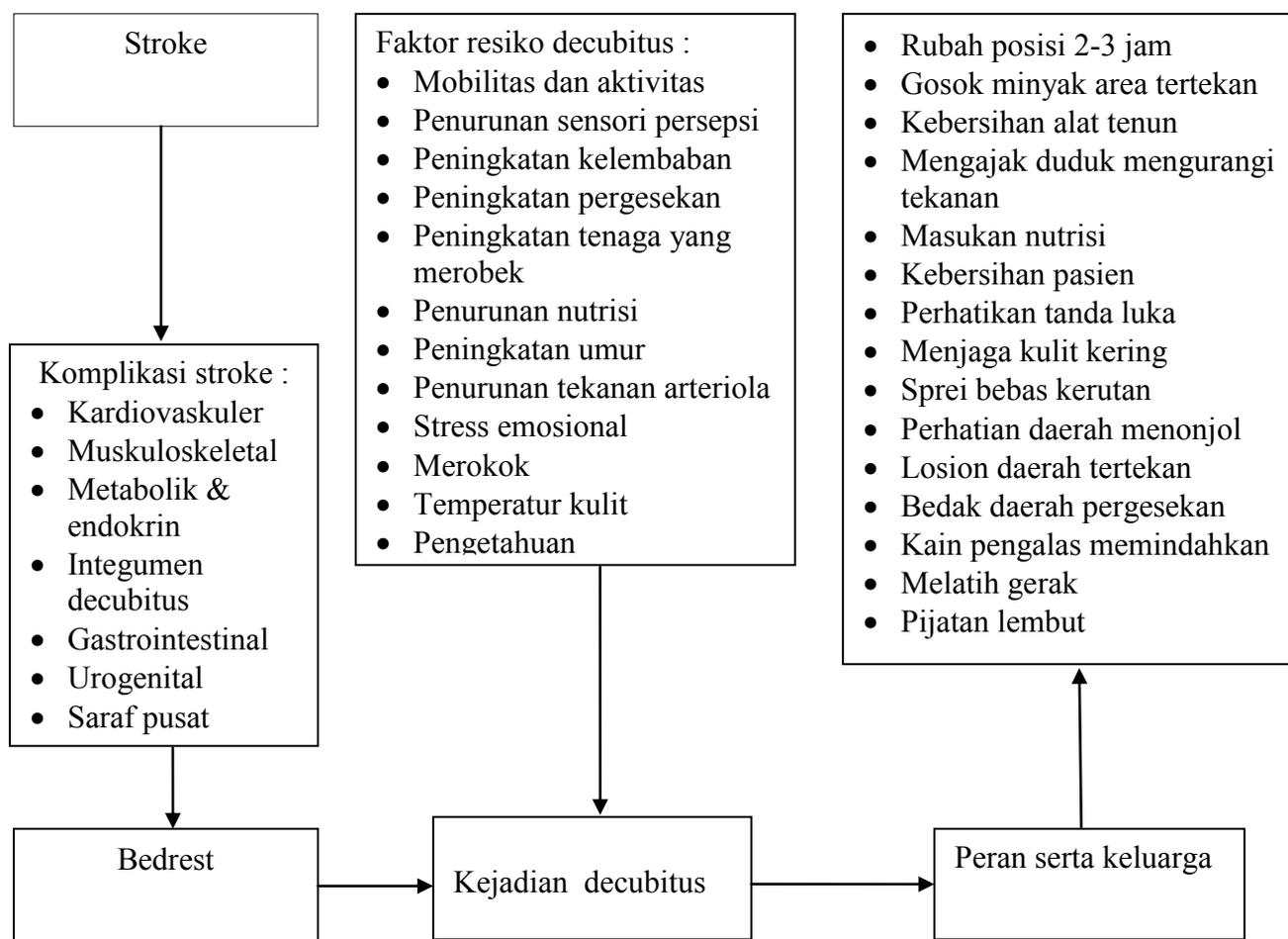
Tabel 2.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metodologi	Hasil
1.	Ekowati (2010)	Peran keluarga dalam memberikan dukungan terhadap pencapaian integritas diri pasien kanker payudara post radikal mastektomi.	Kualitatif	Informasi mengenai peran keluarga dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien post radikal mastektomi serta meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien kanker payudara post radikal mastektomi di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

No	Peneliti	Judul	Metodologi	Hasil
2.	Setiyawan (2010)	Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawat dalam upaya pencegahan dekubitus di Rumah Sakit Cakra Husada Klaten.	Kuantitatif	Tingkat pengetahuan tidak mempunyai hubungan dengan perilaku perawat dalam mencegah dekubitus. Sikap mempunyai hubungan yang signifikan yaitu semakin baik sikap perawat maka semakin baik perilaku perawat dalam mencegah dekubitus.
3.	Irdawati (2009)	Hubungan antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura.	Kuantitatif	Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku dan antara sikap keluarga dengan perilaku dalam perawatan pasien pasca stroke.

1.3 Kerangka Teori

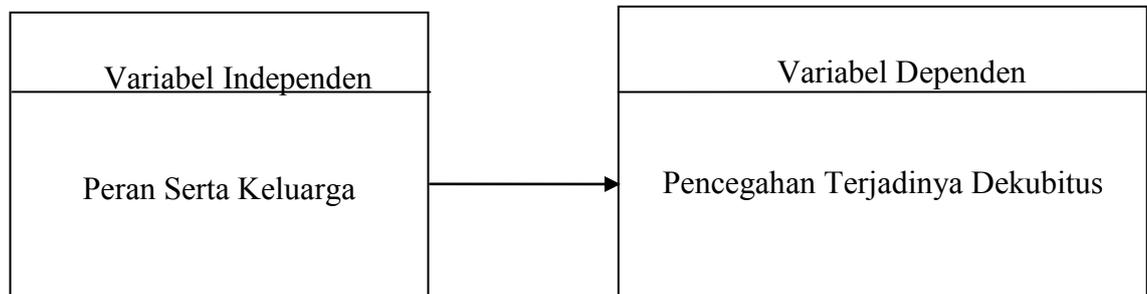
Kerangka teori merupakan bagan alur berpikir dari teori yang telah dibuat, dapat dibuat kerangka teori penelitian yang dapat dilihat dibawah ini :



Gambar 2.2.

Kerangka Teori, Sumber Mulyatsih (2008) dan Sabandar (2008)

1.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.3.
Kerangka Konsep Penelitian

1.5 Hipotesis

Ha : Ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Ho : Tidak ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif yaitu penelitian yang banyak menggunakan angka, mulai dari pengumpulan data, penafsiran terhadap data tersebut, serta penampilan dari hasilnya. Demikian juga pemahaman akan kesimpulan penelitian akan lebih baik apabila juga disertai dengan tabel, grafik, bagan, gambar atau tampilan lain (Sugiyono, 2013). Desain penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat. Artinya setiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan (Nursalam, 2008).

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Nursalam, 2008). Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, antara bulan Oktober-November 2015 dengan jumlah rata-rata pasien setiap bulan sebanyak 40 keluarga pasien stroke.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Menurut Nursalam (2008) penentuan besar sampel jika jumlah populasi < 1000, maka besarnya sampel dapat dilakukan dengan rumus :

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)} = \frac{40}{1+40(0,05^2)} = \frac{40}{1+40(0,0025)} = \frac{40}{1+0,1} = 36$$

Keterangan

n = besar sampel

N = besar populasi

d = tingkat kepercayaan atau ketepatan yang digunakan yaitu sebesar 5% atau 0,05

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 36 responden. Teknik sampling *purposive sampling* disebut juga *judgment sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Karakteristik sampel yang dapat dilakukan atau layak diteliti, yakni :

Kriteria Inklusi:

- a. Bersedia untuk menjadi responden.
- b. Umur responden lebih dari 18 tahun karena pertumbuhan otak mencapai kesempurnaan secara fungsional, perkembangan kognitif (kemampuan berfikir) remaja yaitu intelektual remaja mulai dapat berfikir logis, kognitif tingkat tinggi yaitu membuat rencana, strategi,

- membuat keputusan-keputusan, serta memecahkan masalah, sudah mampu menggunakan abstraksi-abstraksi, membedakan yang konkrit dengan yang abstrak, munculnya kemampuan nalar secara ilmiah, belajar menguji hipotesis, memikirkan masa depan, perencanaan, dan mengeksplorasi alternatif untuk mencapainya psikologi remaja, mulai menyadari proses berfikir efisien dan belajar berinstropeksi dan wawasan berfikirnya semakin meluas, bisa meliputi agama, keadilan, moralitas, dan identitas (jati diri) (Haryanto, 2011).
- c. Lama perawatan lebih dari 1 minggu karena ulkus dekubitus terjadi pada awal pasien dirawat di rumah sakit, biasanya dalam 2 minggu pertama dan 34% terjadi pada minggu pertama (Thomas dalam Abdurrasyid, 2012).
 - d. Mengalami tirah baring yang terlalu lama karena gangguan integritas kulit dapat diakibatkan oleh tekanan yang lama/ tirah baring lama, iritasi kulit, atau immobilisasi dan berdampak timbulnya luka dekubitus (Suheri, 2010).

Kriteria Eksklusi :

- a. Pasien stroke dengan luka decubitus dari rumah.
- b. Pengisian dokumen kuesioner yang tidak lengkap.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

3.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian pada November-Desember 2015.

3.4 Variabel, Definisi Operasional dan Skala pengukuran

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Parameter	Skala	Skoring
1.	Peran serta keluarga	Peran serta keluarga penderita stroke untuk mencegah decubitus	Kuesioner	1 : Kurang 2 : Cukup 3 : Baik	Ordinal	Kurang : $\leq 55\%$ Cukup : 56-75% Baik : 76-100%
2.	Pencegahan kejadian decubitus	Area jaringan nekrosis yang muncul jaringan lunak tertekan dalam waktu yang lama, dalam keadaan tirah baring minimal tujuh hari	Lembar Observasi (<i>National Ulcers Advisory Panel</i>)	0:Stadium 0 1:Stadium I 2:Stadium II 3:Stadium III 4:Stadium IV	Ordinal	0 : Nilai 0 I : Nilai 1-7 II : Nilai 8-11 III : Niali 12-13 IV : Nilai 14-17

3.5 Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

3.5.1 Alat Penelitian

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang peran serta keluarga dan lembar observasi kejadian decubitus. Skoring yang digunakan untuk masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

1. Kuesioner peran serta keluarga

Alat ukur penelitian yang digunakan adalah kuesioner yang disesuaikan dengan permasalahan penelitian tentang peran serta keluarga. Kuesioner yang disusun berupa pertanyaan tentang peran serta keluarga, jumlah pertanyaan ada 25 soal. Pilih jawaban sesuai item pertanyaan selalu (skor 4), sering (skor 3), kadang-kadang (skor 2) dan tidak pernah (skor 1), pada pertanyaan *favorable* (positif). Setelah itu ditotal untuk menentukan klasifikasi kepuasan pasien.

Tabel 3.2. Kisi-kisi peran serta keluarga

Variabel	<i>No Pertanyaan Favorable</i>	<i>No Pertanyaan Unfavorable</i>
Peran serta keluarga	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13, 14, 15.	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25.

Untuk skoring masalah dinyatakan dengan :

- a. Peran serta keluarga baik rentang skor 76-100%

Rentang skor 76-100%

$$76\% = 76/100 \times 24 \times 4 \text{ soal item} = 72$$

$$100\% = 100/100 \times 24 \times 4 \text{ soal item} = 96$$

Peran serta keluarga baik rentang skor 72-96

- b. Peran serta keluarga cukup rentang skor 56-75%

Rentang skor 56-75%

$$56\% = 56/100 \times 24 \times 4 \text{ soal item} = 53$$

$$75\% = 75/100 \times 24 \times 4 \text{ soal item} = 71$$

Peran serta keluarga cukup rentang skor 53-71

- c. Peran serta keluarga kurang rentang skor $\leq 55\%$

Rentang $\leq 55\%$

$$\leq 55\% = 55/100 \times 24 \times 4 \text{ soal item} = 52$$

Peran serta keluarga kurang rentang skor ≤ 52

2. Lembar observasi kejadian decubitus

Lembar observasi berisi pertanyaan yang diambil dari pedoman penilaian stadium decubitus menurut *National Ulcers Advisory Panel* (2008), menggunakan lembar *decotomy* dengan alternatif jawaban ya atau tidak. Dengan 17 item observasi keadaan kulit. Jawaban ya dinilai = 1, tidak dinilai = 0. Setelah itu di total untuk menentukan stadium decubitus. Klasifikasi tersebut adalah :

- a. Stadium 0 : jika nilai 0

- b. Stadium I : jika nilai 1-7
- c. Stadium II : jika nilai 8-11
- d. Stadium III : jika nilai 12-13
- e. Stadium IV : jika nilai 14-17

3.5.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008).

1. Uji Validitas Penelitian

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Fungsi uji validitas untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur, maka perlu uji korelasi antara skor tiap-tiap pertanyaan dengan skor total kuesioner. Menurut Suharsimi (2013) uji coba atau uji validitas dapat dilakukan antara 15-50 responden. Uji validitas hanya dilakukan untuk kuesioner peran serta keluarga sebanyak 25 item pertanyaan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan uji validitas pada 20 keluarga pasien stroke di RSI Amal Sehat Sragen sebagai sampel untuk uji validitas kuesioner. Karena ciri-ciri populasi lain yang diambil sebagai subjek uji coba sama atau hampir sama dengan ciri-ciri populasi yang akan diselidiki. Yang dimaksud dengan ciri-ciri ini

antara lain kebudayaan, adat istiadat, agama, cara hidup dan sebagainya yang dapat mempengaruhi data penelitian (Suharsimi, 2013).

Setelah data didapat dan ditabulasikan maka untuk menguji validitas digunakan “*pearson product moment*” dengan rumus:

$$r_{xy} = \frac{(N \sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{(N \sum X^2) - (\sum X)^2\} \{(N \sum Y^2) - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} : koefisien korelasi
 N : jumlah responden
 $\sum X$: skor butir
 $\sum Y$: skor total

Bila r hitung lebih besar dari r tabel artinya variabel valid.

Bila r hitung lebih kecil dari r tabel artinya variabel tidak valid (Sugiyono, 2013). Jumlah responden sebagai uji validitas menurut Suharsimi (2013) pada uji coba skala besar dapat dilakukan pada 15-50 responden, pada penelitian ini peneliti melakukan uji validitas penelitian pada 20 keluarga pasien stroke di RSI Amal Sehat Sragen.

Hasil uji validitas yang sudah dilakukan pada 20 keluarga pasien stroke di RSI Amal Sehat Sragen, pada tanggal 5-31 Oktober 2015, diperoleh : Uji validitas peran serta keluarga r hitung item pertanyaan nomer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,

17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25 diperoleh r hitung $>$ r tabel (0,444) dinyatakan valid, sedangkan r hitung item pertanyaan nomer 24 diperoleh r hitung $<$ r tabel (0,444) dinyatakan tidak valid. Sehingga item pertanyaan yang tidak valid nomer 24 dibuang. Hasil uji validitas peran serta keluarga terlampir.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoatmodjo, 2012). Uji reliabilitas kuesioner pengetahuan dan peran serta keluarga pada penelitian ini menggunakan teknik analisa dengan rumus *Alpha cronbach* (Suharsimi, 2013) dengan rumus sebagai berikut :

$$r_h = \left[\frac{k}{(k-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_1^2} \right]$$

Keterangan :

- r_h : reliabilitas instrumen
- k : banyaknya butir pertanyaan
- $\sum \sigma_b^2$: jumlah varians butir
- σ_1^2 : varians total

Hasil uji reabilitas pada 20 orang keluarga pasien stroke di RSI Amal Sehat Sragen jika hasil $>$ 0,6 maka variabel tersebut dapat

dinyatakan reliabel. Uji validitas dan reabilitas dengan menggunakan program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS versi 20.0).

Hasil uji reabilitas pada 20 orang keluarga pasien stroke di RSI Amal Sehat Sragen diperoleh Nilai Cronbach's alpha peran serta keluarga adalah 0,7521. Nilai Cronbach's alpha pada variabel peran serta keluarga $> 0,6$ maka variabel peran serta keluarga dapat dinyatakan reliabel.

Sedangkan untuk stadium dekubitus, peneliti menggunakan lembar observasional kejadian dekubitus yang telah dibakukan resmi dan dapat diterima secara internasional, sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya karena sudah teruji secara pasti validitas dan reabilitasnya (NPUAP/*National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2008)

Kemudian kuesioner yang telah di uji validitas dan reabilitas dilakukan penelitian di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Sebelum dilakukan pengumpulan data dengan penyebaran kuesioner, peneliti memberi penjelasan tentang cara-cara pengisian kuesioner kemudian membagikan kepada pasien dan diisi saat itu juga sehingga data yang diperoleh adalah data primer.

3.6 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

3.6.1 Teknik pengolahan

Menurut Notoatmodjo, 2012 setelah data terkumpul, maka langkah yang dilakukan berikutnya adalah pengolahan data. Sebelum melaksanakan analisa data beberapa tahapan harus dilakukan terlebih dahulu guna mendapatkan data yang valid sehingga saat menganalisa data tidak mendapat kendala. Langkah-langkah pengolahan yaitu :

1. *Editing* atau mengedit data, dimaksudkan untuk mengevaluasi kelengkapan, konsistensi dan kesesuaian kriteria data yang diperlukan untuk menguji hipotesis atau menjawab tujuan penelitian. Dalam penelitian ini editing dilakukan untuk memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi responden, apabila belum lengkap maka peneliti mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner tersebut hingga lengkap.
2. *Coding* atau mengkode data merupakan suatu metode untuk mengobservasi data yang dikumpulkan selama penelitian kedalam symbol yang cocok untuk keperluan analisa terhadap hasil observasi yang dilakukan. Dalam penelitian ini coding dilakukan dengan menggunakan angka 1, 2, 3 dan seterusnya. Dalam penelitian ini coding dilakukan untuk membagi kriteria sebagai berikut :
 - a. Peran serta keluarga
Peran serta keluarga baik diberi coding 3.

Peran serta keluarga cukup diberi coding 2.

Peran serta keluarga kurang diberi coding 1.

b. Kejadian decubitus pada pasien stroke

Kejadian decubitus stadium 0 diberi coding 0.

Kejadian decubitus stadium I diberi coding 1.

Kejadian decubitus stadium II diberi coding 2.

Kejadian decubitus stadium III diberi coding 3.

Kejadian decubitus stadium IV diberi coding 4.

3. *Entri* data merupakan proses memasukan data ke dalam komputer, dalam hal ini program excel terlebih dahulu kemudian dimasukkan ke dalam program SPSS.

4. *Tabulasi* merupakan proses mengklasifikasikan data menurut kriteria tertentu sehingga frekuensi dari masing-masing item, dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden, peran serta keluarga dan kejadian decubitus pada pasien stroke.

3.6.2 Analisa Data

Analisis hasil penelitian ini dilakukan dengan 2 cara yaitu sebagai berikut :

1. Analisa *univariat* terhadap tiap variabel dari hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi dan presentase. Analisa univariat meliputi peran serta keluarga pada pasien stroke, kejadian decubitus pada pasien stroke dan karakteristik responden usia, jenis kelamin dan

tingkat pendidikan. Data dianalisa menggunakan statistik deskriptif untuk mendapatkan dalam bentuk tabulasi, dengan cara memasukkan seluruh data kemudian diolah secara statistik deskriptif yang digunakan untuk melaporkan hasil dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase (%) dari masing-masing item.

2. Analisa *bivariat* untuk melihat hubungan dan bertujuan untuk menguji hipotesis antara variabel terikat dengan variabel bebas, yaitu peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke, karena penelitian ini terdiri dari dua kelas data yaitu ordinal dan jumlah sampel lebih dari 30 responden item pertanyaan peran serta keluarga maka penelitian ini dianalisis dengan menggunakan uji statistik *korelasi kendal tau* (τ) (Sugiyono, 2013) dengan rumus :

$$\tau = Nc - Nd / (N(N-1)/2)$$

Keterangan :

τ = koefisien *korelasi kendal tau*

Nc = jumlah angka pasangan concordant

Nd = jumlah angka pasangan discordant

N = ukuran sampel

Interpretasi hasil :

1. Bila z hitung $>$ z tabel, maka H_0 ditolak atau hal ini berarti H_a diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antar variabel yang diuji.
2. Bila nilai signifikansi (sig) (p) (asyg. Sig) $<$ 0,05, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan antar variabel yang diuji, dimana pengolahannya menggunakan program SPSS (*Statistical program and Service Solution*) versi 20.00.

3.7 Etika Penelitian

Secara umum prinsip dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian yaitu manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan (Nursalam, 2008). Dalam mendapatkan data dilakukan dengan menekankan etika yang mengacu pada:

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian jika calon responden bersedia untuk diteliti, maka mereka harus mengisi lembar persetujuan tersebut, namun apabila responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak boleh memaksakan dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (lembar kuesioner) cukup dengan memberikan kode pada masing-masing lembar kuesioner tersebut.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset atau hasil dari penelitian.

BAB IV
HASIL PENELITIAN

4.1 Analisa Univariat

4.1.1 Umur responden

Distribusi responden berdasarkan umur di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat di Tabel 4.1.

Tabel 4.1
Karakteristik responden berdasarkan umur (n = 36)

No	Umur	Frekuensi	Prosentase (%)
1	21-30 tahun	17	47,2
2	31-40 tahun	11	30,6
3	41-50 tahun	8	22,2
	Jumlah	36	100

Sumber : data primer yang diolah, 2015

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden berumur berumur 21-30 tahun sebanyak 17 responden (47,2%), berumur 31-40 tahun sebanyak 11 responden (30,6%) dan berumur 41-50 tahun sebanyak 8 responden (22,2%).

4.1.2 Jenis kelamin responden

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat di Tabel 4.2.

Tabel 4.2
Karakteristik responden berdasarkan frekuensi jenis kelamin (n = 36)

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Laki-laki	10	27,8
2	Perempuan	26	72,2
	Jumlah	36	100

Sumber : data primer yang diolah, 2015

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 responden (72,2%) dan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 10 responden (27,8%).

4.1.3 Pendidikan responden

Distribusi responden berdasarkan pendidikan di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat di Tabel 4.3.

Tabel 4.3
Karakteristik responden berdasarkan pendidikan (n = 36)

No	Pendidikan	Frekuensi	Prosentase (%)
1	SMP	11	30,6
2	SMA	24	66,7
3	PT	1	6,3
	Jumlah	36	100

Sumber : data primer yang diolah, 2015

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 24 responden (66,7%), berpendidikan SMP sebanyak 11 responden (30,6%) dan berpendidikan PT sebanyak 1 responden (6,3%).

4.1.4 Peran serta keluarga

Distribusi responden berdasarkan peran serta keluarga di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat di Tabel 4.4.

Tabel 4.4
Karakteristik frekuensi peran serta keluarga (n = 36)

No	Peran serta keluarga	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Kurang	4	11,1
2	Cukup	10	27,8
3	Baik	22	61,1
	Jumlah	36	100

Sumber : data primer yang diolah, 2015

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki peran serta keluarga baik sebanyak 22 responden (61,1%), peran serta keluarga cukup sebanyak 10 responden (27,8%) dan peran serta keluarga kurang sebanyak 4 responden (11,1%).

4.1.5 Terjadinya decubitus pada pasien stroke

Distribusi responden berdasarkan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat dilihat di Tabel 4.5.

Tabel 4.5
Karakteristik frekuensi terjadinya decubitus pada pasien stroke (n = 36)

No	Terjadinya decubitus	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Stadium 0	20	55,6
2	Stadium 1	12	33,3
3	Stadium 2	4	11,1
	Jumlah	36	100

Sumber : data primer yang diolah, 2015

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa sebagian besar responden terjadinya decubitus stadium 0 sebanyak 20 responden (55,6%), stadium 1 sebanyak 12 responden (33,3%) dan stadium 2 sebanyak 4 responden (11,1%).

4.2 Analisa Bivariat

Hasil uji statistik dengan menggunakan *uji kendal tau* pada 36 responden ditampilkan di tabel 4.7

Tabel 4.7
 Hasil uji kendal tau hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di ruang rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen

		Terjadinya decubitus						Total	(τ)	p	
		Stadium 0		Stadium 1		Stadium 2					
		Σ	%	Σ	%	Σ	%				
Peran serta keluarga	Kurang	0	0	1	2,8	3	8,3	4	11,1	0,618	0,000
	Cukup	3	8,3	6	16,7	1	2,8	10	27,8		
	Baik	17	47,2	5	13,9	0	0	22	61,1		
Total		20	55,6	12	33,3	4	11,1	36	100		

Uji statistik yang digunakan untuk menguji hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke, digunakan uji *kendal tau*. Pada uji tersebut apabila nilai signifikansi (sig) $p < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti ada hubungan antar variabel yang diuji.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Analisis Univariat

5.1.1 Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling banyak berumur 21-30 tahun sebanyak 17 responden (47,2%). Menurut Erikson, tahap dewasa awal yaitu mereka yang berumur 20 hingga 30 tahun. Pada tahap ini manusia memiliki kepedulian untuk mulai menerima dan memikul tanggungjawab yang lebih berat. Tugas perkembangan masa dewasa awal (21–30 tahun) mengelola kehidupan keluarga dan mengambil tanggung jawab (Desmita, 2007). Hasil temuan distribusi umur ini sesuai dengan penelitian Sinaga, 2011 pada umur anggota keluarga 21-30 tahun yang merawat keluarga sangat cukup umur masih bisa dan mampu untuk melakukan berbagai aktivitas, makin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya bertambah baik, akan tetapi pada umur tertentu, bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat seperti ketika berumur belasan tahun.

Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang berusia muda, cukup umur masih bisa dan mampu untuk melakukan berbagai aktivitas, yaitu peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke, makin tua umur seseorang maka aktivitas menjadi menurun,

peran serta keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke menjadi menurun.

5.1.2 Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah laki-laki, dimana perempuan 26 responden (72,2%), sedangkan laki-laki 10 responden (27,8%). Dari data tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar yang mempunyai peran serta baik adalah perempuan. Hal ini ditegaskan Caplan (2005) pria sifatnya lebih agresif dan wanita lebih sensitif serta subjektif dibanding pria yang cenderung rasional. Dengan kata lain wanita dalam menentukan sifatnya lebih didasarkan pada penghayatan dibanding pengetahuan terhadap objek tertentu. Menurut Notoatmojo (2012) dalam menentukan sikap seseorang tidak hanya memerlukan penghayatan saja tetapi diperlukan pengetahuan atau keyakinan tentang konsep atau gagasan dari suatu objek. Hasil temuan distribusi jenis kelamin ini sesuai dengan penelitian Afriyani, 2011 berdasarkan total sampel penelitian sebanyak 36 responden dengan jumlah sampel perempuan sebanyak 20 responden dan 16 responden laki-laki, memiliki peran keluarga kategori baik sebanyak 23 responden, kategori cukup 6 responden dan kategori kurang 7 responden.

Peneliti berasumsi bahwa perempuan lebih sabar, lebih berperan serta dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke dibanding dengan laki-laki. Namun pada dasarnya dalam merawat anggota

keluarga dengan pasca stroke dapat dilakukan dengan baik oleh perempuan atau laki-laki, karena merawat pada anggota keluarga dapat dipelajari sebagai suatu pengetahuan. Dengan kata lain baik laki-laki maupun perempuan yang mempelajari pengetahuan dan keterampilan cara merawat anggota keluarga dengan pasca stroke maka akan dapat memahami dan melaksanakan secara baik.

5.1.3 Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA sebanyak 24 responden (66,7%). Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting terhadap tindakan seseorang. Karena perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan. Di katakan juga bahwa secara lebih terperinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan dan sikap. Pengetahuan yang baik diharapkan akan mempunyai sikap yang baik pula (Notoatmodjo, 2012). Hasil temuan distribusi pendidikan ini sesuai dengan penelitian Sinaga, 2011 bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya. Tingkat pendidikan juga

mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih menerima ide-ide dan teknologi baru. Pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang. Karena dapat membuat seseorang untuk lebih mudah mengambil keputusan dan bertindak.

Peneliti berasumsi bahwa seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah mengambil keputusan dan bertindak yaitu berperan serta merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

5.1.4 Peran serta keluarga

Berdasarkan tabel 4.4, dari 36 responden, sebagian besar responden dengan peran serta keluarga baik sebanyak 22 responden (61,1%), 10 responden kategori peran serta keluarga cukup (27,8%) dan 4 responden kategori peran serta keluarga kurang (11,1%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki peran serta baik karena sebagian besar responden berpendidikan SMA, sehingga mereka sudah mempunyai banyak pengalaman dan banyak informasi yang mereka peroleh sehingga akan mempengaruhi peran serta keluarga dalam merawat pasien stroke. Hal tersebut berdasarkan sebanyak 22 responden (61,1%) memiliki peran serta baik.

Peran serta keluarga baik merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit (Achajar,

2010). Peran serta keluarga kurang dikarenakan adanya hambatan yang dihadapi dalam memberikan perawatan kesehatan keluarga yaitu pendidikan keluarga yang rendah, keterbatasan sumber-sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang menunjang (Fatma, 2008).

Peneliti berasumsi bahwa keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan pasien stroke, sehingga pengetahuan keluarga dalam perawatan sangatlah penting untuk dapat mempercepat memandirikan pasien. Pengetahuan keluarga dengan sikap dan tindakan dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke yaitu perawatan kulit yang cermat oleh keluarga sangat penting untuk mencegah dekubitus.

5.1.5 Terjadinya decubitus pada pasien stroke.

Berdasarkan tabel 4.5, dari 36 responden, sebagian besar responden dengan terjadinya decubitus stadium 0 sebanyak 20 responden (55,6%), 12 responden terjadinya decubitus stadium 1 (33,3%) dan 4 responden terjadinya decubitus stadium 2 (11,1%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden terjadinya decubitus pada pasien stroke sebagian besar stadium 0 sebanyak 20 responden, dikarenakan salah satunya adalah tingkat pendidikan responden sebagian besar SMA, tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi

pendidikan seseorang makin semakin baik pula pengetahuannya. Menurut Notoatmodjo, (2012) pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Peran keluarga dalam merawat pasien stroke membutuhkan pengetahuan, semakin baik pengetahuan seseorang dalam merawat pasien stroke, maka semakin baik pula peran keluarga dalam merawat pasien stroke.

Aplikasi dari peran serta keluarga dalam pencegahan dekubitus pada pasien stroke yaitu di antaranya higiene dan perawatan kulit, pengaturan posisi alas pendukung, keluarga harus menjaga kulit klien tetap bersih dan kering. Pada perlindungan dasar untuk mencegah kerusakan kulit. Pengaturan posisi digunakan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Posisi klien mobilisasi diubah sesuai dengan tingkat aktifitasnya, kemampuan persepsi dan rutinitasnya sehari-hari dan alas pendukung, kenyamanan, kontrol postur tubuh dan manajemen tekanan. Dari dekubitus juga bisa menimbulkan nyeri yang sangat dan ketidaknyamanan bagi pasien. Oleh karena itu keluarga sebagai orang terdekat yang merawat pasien dengan dekubitus perlu mengetahui pengetahuan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus agar keluarga itu sendiri dapat mencegah terjadinya dekubitus (Fatmawati, 2007).

Peneliti berasumsi bahwa terjadinya decubitus pada pasien stroke yaitu adanya resiko pasien yang masa perawatannya lama, berbaring terlalu lama, dengan pencegahan dekubitus serta memperbaiki perilaku selama masa perawatan maka akan meminimalkan terjadinya decubitus.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.2 Hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke dengan nilai ρ value $0,000 < 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki peran serta baik dan peran serta cukup karena sebagian besar responden berpendidikan SMA, sehingga mereka sudah mempunyai banyak pengalaman dan banyak informasi yang mereka peroleh sehingga akan mempengaruhi peran serta keluarga dalam merawat pasien stroke.

Menurut pendapat Massofa (2008) menyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang akan menentukan tingkat pengetahuan secara : 1) kognitif, kognitif yaitu : pengetahuan/ hafalan/ ingatan (*knowledge*), pemahaman (*comprehension*), penerapan (*application*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*) dan penilaian/penghargaan/evaluasi (*evaluation*). 2) afektif, yaitu : *receiving* atau *attending* (*menerima* atau *memperhatikan*), *responding* (menanggapi) mengandung arti “adanya partisipasi aktif”, *aluing* (menilai atau menghargai), *organization*

(mengatur atau mengorganisasikan) dan *characterization by evaluate or calue complex* (karakterisasi dengan suatu nilai atau kompleks nilai). 3) psikomotorik, psikomotorik merupakan kelanjutan dari hasil belajar kognitif (memahami sesuatu) dan dan hasil belajar afektif (yang baru tampak dalam bentuk kecenderungan-kecenderungan berperilaku). Seseorang yang sudah banyak mempunyai pengalaman dan informasi akan mampu menggerakkan psikomotorik seseorang yaitu ikut berperan serta dalam merawat pasien stroke. Pendapat yang dikemukakan Massofa tersebut memperkuat hasil penelitian adanya pengaruh peran serta keluarga terhadap stadium decubitus pada pasien stoke.

Salah satu aspek penting dalam upaya pencegahan ulkus dekubitus adalah dengan menjaga dan mempertahankan integritas kulit pasien agar senantiasa terjaga dan utuh. Sangat penting bagi perawat untuk melakukan pencegahan sejak dini terhadap kejadian ulkus dekubitus ini dengan melakukan pengkajian faktor resiko dan intervensi keperawatan (hygiene dan perawatan kulit, pengaturan posisi, alas pendukung). Intervensi dalam perawatan kulit pasien akan menjadi salah satu indikator kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma dan pembedahan, namun juga dapat disebabkan karena tertekannya kulit dalam waktu lama yang menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan atau ulkus dekubitus (Mukti, 2005).

Prinsip yang harus dipahami oleh keluarga untuk mencegah terjadinya decubitus pada pasien stroke yaitu merubah posisi pasien setiap 2-3 jam, menggosok minyak pada daerah yang tertekan dan mempertahankan alat-alat tenun (sprei, sarung bantal) tetap kering, bersih dan tegang (tidak kusut) (Mulyatsih, 2008). Sedangkan prinsip pencegahan decubitus menurut Sabandar (2008) yaitu menganjurkan pasien untuk duduk dikursi roda untuk menegakkan mereka setiap 10 menit untuk mengurangi tekanan atau membantu pasien melakukannya, menganjurkan masukan cairan dan nutrisi yang tepat dan adekuat. Karena kerusakan kulit lebih mudah terjadi dan lambat untuk sembuh jika nutrisi pasien buruk, segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit, inspeksi daerah dekubitus umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera, menjaga agar kulit tetap kering, menjaga agar linen tetap sering dan bebas dari kerutan, memberi perhatian khusus pada daerah-daerah yang beresiko terjadi dekubitus, masase sekitar daerah kemerahan dengan sering menggunakan losion, jangan gunakan losion pada kulit yang rusak, memberi sedikit bedak tabur pada area pergesekan tapi jangan biarkan menumpuk/menggumpal, gunakan kain pengalas bila memindahkan pasien tirah baring, lakukan latihan gerak minimal 2x sehari untuk mencegah kontraktur dan gunakan kasur busa, kasur kulit atau kasur perubah tekanan.

Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dan tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setyowati, 2008).

Menurut Martini (2012), pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi, pasien hanya berbaring saja tanpa mampu mengubah posisi dan pasien tirah baring di tempat tidur dalam waktu yang cukup lama, maka pasien yang tanpa merubah posisi akan berisiko tinggi terjadinya luka tekan/ dekubitus. Berdasarkan keterbatasan tersebut, maka tindakan pencegahan dekubitus harus dilakukan sedini mungkin. Segera membersihkan feses atau urin dari kulit karena bersifat iritatif terhadap kulit, inspeksi daerah dekubitus yang umum terjadi, laporkan adanya area kemerahan dengan segera, jaga agar kulit tetap kering, jaga agar linen tetap kering dan bebas dari kerutan, beri perhatian khusus pada daerah-daerah yang berisiko terjadi dekubitus, masase sekitar daerah kemerahan dengan sering menggunakan lotion, jangan gunakan lotion pada kulit yang rusak, beri sedikit bedak tabur pada area pergeseran tapi jangan biarkan menumpuk, gunakan kain pengalas bila memindahkan

pasien tirah baring, lakukan latihan gerak minimal 2x sehari untuk mencegah kontraktur, gunakan kasur busa, kasur kulit atau kasur perubah tekanan (Afrida, 2012). Keluarga sebagai orang terdekat yang merawat pasien dengan dekubitus perlu mengetahui pengetahuan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan dekubitus agar keluarga itu sendiri dapat mencegah terjadinya dekubitus (Fatmawati, 2007).

Decubitus merupakan dampak dari tirah baring terlalu lama. Hal ini dikarenakan ketidakmampuan pasien merawat dirinya sendiri. Oleh karena itu keluarga berperan dalam perawatan decubitus pada pasien yang mengalami kelemahan fisik dalam kasus ini adalah stroke (Bujang, 2013).

Hasil penelitian sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2009) bahwa peran serta menunjukkan pengaruh terhadap konsep diri penderita stroke, meski terdapat beberapa aspek yang membedakan dengan penelitian tersebut antara lain peran serta yang digunakan adalah peran serta terhadap konsep diri penderita stroke. Salah satu aplikasi keperawatan yaitu tindakan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke dengan melakukan alih baring tiap 2 jam sekali. Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian Rismawan (2014) terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga klien terhadap kejadian decubitus. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian dari

Mughni (2010) bahwa ada hubungan pengetahuan keluarga dalam pencegahan decubitus dengan derajat decubitus.

Peneliti berasumsi adanya hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke membutuhkan pengetahuan, semakin baik pengetahuan seseorang dalam merawat pasien stroke, maka semakin baik pula peran keluarga dalam merawat pasien stroke. Karena sebelum orang mengadopsi perilaku baru di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan sehingga terbentuk suatu perilaku baru yaitu dalam mencegah kejadian decubitus.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

6.1.1 Peran serta keluarga sebagian besar memiliki peran serta keluarga baik 22 responden (61,1%), peran serta keluarga cukup 10 responden (27,8%) dan peran serta keluarga kurang 4 responden (11,1%).

6.1.2 Terjadinya decubitus pada pasien stroke sebagian besar terjadinya decubitus stadium 0 sebanyak 20 responden (55,6%), terjadinya decubitus stadium 1 sebanyak 12 responden (33,3%) dan terjadinya decubitus stadium 2 sebanyak 4 responden (11,1%).

6.1.3 Hasil uji kendal tau menunjukkan dengan taraf signifikansi 5% atau nilai $p \text{ value } 0,000 < 0,05$. Berdasarkan hasil tersebut, artinya bahwa ada hubungan peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke di rawat inap RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen.

6.2 Saran

Berdasarkan simpulan di atas, maka ada beberapa saran yang perlu di perhatikan adalah sebagai berikut :

6.2.1 Bagi rumah sakit/masyarakat

Hasil penelitian ini bagi RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai rujukan untuk menentukan kebijakan-kebijakan dalam hal peningkatan kualitas pelayanan, upaya memberikan pemahaman tentang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke.

6.2.2 Bagi perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk meningkatkan kualitas dan profesionalisme pelayanan keperawatan untuk mencegah terjadinya decubitus pada pasien stroke. Aplikasi yang dilakukan dengan menetapkan standar asuhan keperawatan pada pasien stroke untuk mencegah terjadinya decubitus, dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien stroke untuk mencegah terjadinya decubitus.

6.2.3 Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini bagi STIKes Kusuma Husada Surakarta dapat dijadikan dokumentasi ilmiah untuk penelitian selanjutnya yang memerlukan masukan berupa data atau pengembangan penelitian dengan topik yang sama, bahan literatur diperpustakaan, sumber data dan sumber informasi ilmiah.

6.2.4 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan, pengalaman dan wawasan di bidang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke.

6.2.5 Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi sumber data untuk pelaksanaan penelitian tentang peran serta keluarga dengan pencegahan terjadinya decubitus pada pasien stroke yang lebih baik dimasa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrasyid, (2012). *Efektifitas Nigella Sativa Oil Untuk Mencegah Terjadinya Ulkus Decubitus Pada Pasien Tirah Baring Lama*. Jurnal Ners Indonesia, Vol. 2, No. 2, Maret 2012.
- Achjar. (2010). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan. Keluarga Cetakan 1*. Jakarta : Sagung Seto.
- Afrida. (2014). *Hubungan Antara Pengetahuan Dan perilaku Pasien Yng Dirawat Lebih Dari Tujuh Hari Dengan Pencegahan Decubitus Di RSUD Salewanang Maros*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosisi Volume 4 Nomor 5 Tahun 2014.ISSN : 2302-1721.
- Afriyani. (2011). *Hubungan Peran Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Lanjutan Dengan Konsep Diri Penderita Di Poliklinik Syaraf RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi. Sekolah Tinggi Aisyah Yogyakarta.
- Bujang. (2014). *Pengaruh Alih Baring terhadap Kejadian Dekubitus pada Pasien Stroke yang Mengalami Hemiparesis di Ruang Yudistira RSUD Semarang*. Skripsi. STIKes Ngudi Waluyo Semarang.
- Caplan, Harold I., Sadock, Benjamin J, Grebb, Jack A. (2005). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Psiatri Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Caplan. (2013). *Stroke Esensial. Edisi Kedua*. Jakarta : PT Indeks.
- Desmita (2007). *Psikologi Perkembangan*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Djuhaeni. (2009). *Peran Perawat dalam Pembinaan Keluarga Prasejahtera*. www.pustaka.unpad.ac.id, diakses tanggal 10 Juni 2015.
- Ekowati. (2010). *Peran Keluarga Dalam Memberikan Dukungan Terhadap Pencapaian Integritas Diri Pasien Kanker Payudara Post Radikal Mastektomi*. Jurnal Keperawatan Soedirman, Volume 5, No 2, Juli 2010.
- Fatma. (2008). *Keperawatan Komunitas Upaya Memandirikan Masyarakat untuk Hidup Sehat*. Jakarta : Trans Info Media.

- Fatmawati. (2007). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Dekubitus Dengan Sikap Dalam Pencegahan Dekubitus Pada Klien CVA Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Hardjono Soedigdomarto Ponorogo*. Akademi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Festy. (2010). *Peran Keluarga Dalam Pelaksanaan Rehabilitasi Medik Pada Pasien Stroke*. Jurnal Health Sciences. Vol 5, No 1 (2010). ISSN: 1979-3812.
- Fitriyani. (2009). *Pengaruh Posisi Lateral Inklin 30 Derajat Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Bangsal Anggrek 1 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta*. Program Studi Keperawatan. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Goldstein. (2015). *Use and utility of stroke scales and grading systems*. Diakses 15 Oktober 2015 dari <http://www.uptodate.com/contents/use-and-utility-of-stroke-scales-and-grading-systems>.
- Handayani. (2011). *Pencegahan Luka Tekan Melalui Pijat Menggunakan Virgin Coconut Oil*. Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjung Karang Lampung, Sumatera Selatan. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 14, No. 3, November 2011; hal 141-148.
- Harmoko. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Pustaka pelajar.
- Haryanto. (2011). *Perkembangan Psikologi Remaja*. Diakses tanggal 8 September 2015 dari <http://belajarpsikologi.com/perkembangan-psikologis-remaja/>
- Hong. (2015). *Stroke. What Is A Stroke*. From YOTB 2015 Partner : Southwestern Ontario Stroke Network. Diakses 13 Juni 2015, <http://yearofthebrain2015.com/your-brain/stroke/>.
- Irdawati. (2009). *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Perilaku Dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura*. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol . 2 No.2, Juni 2009 : 63-68.
- Israr. (2008). *Stoke*. Faculty of Medicine University of Riau Arifin Achmad General Hospital of Pekanbaru Riau.

- Keogh. (2014). *Medical Surgical Nursing. Alih Bahasa : Keperawatan Medikal Bedah Demystified. Diterjemahkan : Prabantini Dwi. Editor Ahli : Aulawi Khudazi*. Yogyakarta : Rapha Publising Imprint Penerbit Andi.
- Lipyandra. (2014). *Hubungan Pengaturan Posisi Oleh Perawat Dengan Terjadinya Dekubitus Pada Pasien Stroke Di Ruang Stroke Instalasi Rawat Inap A RSSN Bukittinggi Tahun 2014*. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kesehatan dan MIPA. Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat.
- Mandal. (2014). *Stroke Epidemiology*. Diakses 14 Juni 2015, <http://www.news-medical.net/health/Stroke-Epidemilogy.aspx>.
- Martini. (2012). *The Impact Of The Lying Change In Protecting The Risk Of Dekubitus On The Stoke Patients At Rsud Banyumas*. MEDISAINS, 11(2).
- Massofa. (2008). *Aspek Penilaian dalam KTSP Bag 1 (Aspek Kognitif)*. www.massofa.wordpress.com, diakses tanggal 10 Februari 2011.
- Mubarak, Wahid Iqbal. (2009). *Ilmu Pengantar Komunitas*. Jakarta : Salemba Medika.
- Mughni. (2010). *Hubungan pengetahuan Keluarga Dalam Pencegahan Terjadinya Dekubitus Dengan Derajat Dekubitus Di RSU Dr. Moewardi Surakarta*. Skripsi thesis, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mukti. (2005). *Penelusuran Hasil Penelitian Tentang Intervensi Keperawatan Dalam Pencegahan Terjadinya Luka Dekubitus Pada Orang Dewasa*. Available from www.fik.ui.ac.id/?show=detailnews&kode=26&tbl=riset.
- Mulyatsih. (2008). *Stroke Petunjuk Praktis Bagi Pengasuh Dan Keluarga Pasien Pasca Stroke*. Jakarta : Unit Perawatan Khusus Stroke “Soepardjo Roestam” RSCM.
- Mulyawati. (2010). *Paper Peran Dan Struktur Keluarga*. Program Studi Ilmu Keperawatan. Fakultas Kedokteran. Universitas Diponegoro. Semarang.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2008). *Dekubitus*. www.inna-ppni.or.id, diakses tanggal 04 Juni 2015.
- Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo. (2012). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008) *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Medika.
- Poerwadarminta. (2007). *Kamus Bahasa Indonesia, edisi ketiga*. Jakarta : Balai Pustaka.
- Riadi. (2012). *Definisi, fungsi dan bentuk keluarga*. Diakses 14 Juni 2015, <http://www.kajianpustaka.com/2012/11/definisi-fungsi-dan-bentuk-keluarga.html>
- Riskesdas. 2007. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2007.
- Rismawan. (2014). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Klien Tentang Pencegahan Dekubitus Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Bedrest Total di RS Dr. Soekardjo Tasikmalaya Kota Tasikmalaya*. Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada Volume 12 No 1 Agustus 2014.
- Rudizr. (2012). *Pencegahan dekubitus. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Perawat dalam Mencegah Dekubitus*. Diakses 14 Juni 2015, <https://rudizr.wordpress.com/2012/05/20/pencegahan-dekubitus/>.
- Sabandar. (2008). *Ulkus Dekubitus*. Medical Faculty-Sebelas Maret University In Surakarta.
- Safitri. (2014). *Resiko Stroke Berulang Dan Hubungannya Dengan pengetahuan Dan Sikap Keluarga*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. Jln. Raya Bandung-Sumedang Km.21 Jatinangor-Sumedang.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha ilmu
- Setyowati. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press.

- Sinaga. (2011). *Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Sikap Dan Tindakan Dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Pasca Stroke Di Lingkungan III Kelurahan Dwikora Medan 2010*. Jurnal Mutiara, Vol. 2, No. 6. Juli. 2011.
- Sugeng. (2011). *Decubitus : Penanganan Fisioterapi Pada Kondisi Dekubitus Ulces Pasien Post Stroke*. Diakses 13 Juni 2015, <http://fisioterapi.web.id/2011/06/dekubitus.html#sthash.ZcCoRrSC.dpuf>.
- Sugiyono. (2013). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung : Alfa Beta.
- Suharsimi. (2013). *Prosedur Penelitian dalam Teori dan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Suheri. (2005). *Gambaran Lama Hari Rawat Dalam Terjadinya Luka Dekubitus Pada Pasien Immobilisasi di RSUP Haji Adam Malik Medan*. USU.
- Sukirno. (2011). *Menkes: Stroke Penyebab Utama Kematian di RI*. Diakses 12 juni 2015, <http://life.viva.co.id/news/read/259794-menkes--stroke-tidak-kenal-umur>.
- Sunaryanti. (2015). *Pencegahan Dekubitus Dengan Pendidikan Kesehatan Reposisi Dan Minyak Kelapa*. PROFESI, Volume 12/September 2014 - Pebruari 2015.
- Wahyuni. (2009). *Pengaruh Peran Serta Keluarga Terhadap Konsep Diri Penderita Stroke di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Karanganyar*. Skripsi. Surakarta.
- Wahyuni. (2014). *Pengaruh Posisi Miring 30 Derajat Menggunakan Absorbent Triagle Pillow Terhadap Dekubitus Grade I Pada Pasien Penurunan Kesadaran Di Ruang ICU RSUD Sragen*. Skripsi : Program Studi S-1 Keperawatan. STIKes Kusuma Husada Surakarta.
- WHO. (2014). *Health Topics. Stroke, Cerebrovascular accident*. Diakses 11 Juli 2015, http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.
- Wirawan. (2009). *Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer*. SMF Rehabilitasi Medis RS Fatmawati, Jakarta. Maj Kedokt Indon, Volum: 59, Nomor: 2, Pebruari 2009.