

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perawatan Pasca Stroke Di Rumah

Perawatan pasca stroke di rumah yaitu masa transisi setelah klien pulang dari perawatan di rumah sakit. Perawatan di rumah diperlukan oleh penderita stroke yang memasuki fase subakut atau fase pemulihan serta penderita stroke pada fase lanjut atau kronis. Fase sub akut atau pemulihan umumnya berlangsung mulai dari 2 minggu sampai dengan 6 bulan pasca stroke, ditandai oleh adanya pemulihan dan organisasi pada system saraf (Sismadi, 2005). Fase ini merupakan fase penting untuk pemulihan fungsional, dalam hal ini keluarga yang merawat secara penuh. Perawatan klien pasca stroke dirumah mencakup beberapa hal, diantaranya (Mulyatsih, 2008) dalam Eka F.Rohmah (2019) halaman 28 :

1. Membantu penderita melakukan aktivitas dan mengatasi kelumpuhan
Jika penderita tidak dapat bergerak setelah kembali ke rumah sakit, harap menyesuaikan posisi klien dengan nyaman, perhatikan bagian lengan atau kaki yang lumpuh atau lemah, agar punggung atau salah satu sisi dapat tertidur. Meninggikan posisi lengan atau tungkai dapat meningkatkan kecepatan aliran darah kembali ke jantung sehingga mencegah terjadinya edema. Anggota keluarga dapat melakukan senam sendi dua kali sehari untuk mencegah kekakuan pada tangan atau kaki.
2. Pemulihan anggota tubuh yang lemah
Keluarga dapat membantu memulihkan anggota tubuh yang lemah dengan membantu klien memulihkan anggota tubuh yang lemah. Anjurkan klien untuk makan, minum, mandi atau aktivitas lain yang dilakukan dengan tangan lemah di bawah pengawasan keluarga. Ini dapat melatih sel-sel otak untuk melanjutkan aktivitas yang mereka pelajari sebelum jatuh sakit.
3. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi penderita

Keluarga sebaiknya menjauhi barang-barang yang membahayakan pelanggan, seperti api, benda tajam dan benda berbahaya lainnya. Keluarga juga harus meletakkan barang-barang yang dibutuhkan pelanggan di tempat yang mudah dijangkau oleh pelanggan. Kamar mandi harus diberi bantalan agar tidak tergelincir, dan pencahayaan tidak terlalu terang atau terlalu gelap. Tempat tidur diturunkan untuk kemudahan penggunaan dan mencegah tamu jatuh.

4. Membantu menyeimbangkan dan mencegah jatuh

Keluarga dapat membantu menyeimbangkan klien dengan berlatih berjalan, dan mengizinkan klien untuk mencoba bersama keluarga ditemani klien jika memungkinkan.

5. Untuk membantu eliminasi (buang air kecil dan buang air besar)

Keluarga harus menyediakan pengumpulan urin untuk mencegah klien mengompol. Untuk mencegah sembelit, keluarga bisa mendorong klien untuk aktif, mengonsumsi makanan berserat tinggi, minum 8 gelas air putih sehari, dan membiasakan duduk di toilet secara teratur saat buang air besar.

6. Membantu dalam proses berfikir/kognitif klien

Keluarga dapat mengorientasikan kembali pemahaman klien terhadap tempat, waktu dan orang. Hal lain yang bisa dilakukan dengan mengajak klien untuk membicarakan masa lalu yang menyenangkan.

7. Mengatasi hambatan menelan

Keluarga berperan sangat penting dalam mengatasi gangguan menelan klien. Saat klien makan di tempat tidur atau di kursi roda, saat klien menelan, minta klien menoleh ke sisi yang lemah dan menekuk leher serta kepalanya agar lebih mudah menutup jalan nafas saat klien menelan.

8. Membantu klien berkomunikasi

Keluarga bisa melihat langsung ke arah pelanggan dan berbicara dengan pelanggan sehingga pelanggan bisa melihat gerakan bibir. Bicaralah dengan pelan dan tenang dengan nada normal, tanpa berteriak. Dengan melibatkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh, klien memiliki kesempatan untuk berbicara secara utuh.

9. Membantu klien bersosialisasi dengan lingkungan.

Klien harus bersosialisasi agar tidak merasa jenuh dan rendah diri.

10. Membantu memenuhi kebutuhan spiritual dan psikososial klien

Keluarga dapat memberikan dukungan spiritual dan membimbing pelanggan untuk memahami apa yang terjadi. Keluarga harus optimis dengan kemajuan klien. Keluarga hendaknya mengajak pengunjung untuk bertemu dengan keluarganya dan beribadah bersama untuk lebih dekat dengan sang pencipta.

Saat sebelum pasien dipulangkan, pasien semestinya sudah menjalani pemulihan yang cukup saat di RS. Namun keterbatasan waktu dirawat di rumah sakit menjadikan penderita stroke masih mengalami gejala sisa seperti kehilangan motorik(hemiplegi), kesulitan berkomunikasi (disatria), gangguan persepsi, disfungsi kandung kemih dan lain sebagainya. Maka dari itu pasien masih memerlukan bantuan perawatan stroke di rumah, selain itu keluarga juga dituntut untuk mengetahui bagaimana merawat penderita pasca stroke setelah kembali ke rumah, sehingga dapat dicapai kemajuan kemampuan fisik secara maksimal. Kebutuhan penderita pasca stroke dapat meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, social, dan spiritual (Valery, 2006).

Berikut adalah beberapa perawatan pasca stroke antara lain :

1) Posisi ditempat tidur dan terapi fisik

Posisi yang baik bagi penderita stroke adalah tempat tidur yang padat dan cukup keras di bagian kepala yang berguna untuk menopang berat ketika disandarkan.

2) Bridging

Latihan ini dipergunakan untuk membantu pasien bergerak di tempat tidur. Caranya pasien menekuk tungkai mereka yang kuat, dan orang yang merawat membantu dengan menekuk tungkai yang lemah dan menahannya dalam posisi yang dibutuhkan. Kemudian pasien mendorong kaki mereka ke tempat tidur, dan mengangkat panggul sehingga panggul dapat dipindahkan ke salah satu sisi dan menurunkan panggul ke posisi yang baru

3) Mencegah pembentukan bekuan darah

Dapat dilakukan secara preventif yaitu melakukan latihan dan aktivitas fisik pada pasien.

4) Perawatan mata dan mulut

Pasien yang tidak dapat minum tanpa bantuan harus membersihkan mulutnya dengan sikat lembut yang lembab atau kapas penyerap sekitar.

5) Latihan bernafas

Bagi pasien stroke yang tidak dapat bangun dari tempat tidur dan mereka yang mengalami hambatan dalam mobilitas, ventilasi pada paru perlu dijaga agar tetap cukup untuk mencegah infeksi dada. Hal ini dapat dilakukan dengan kombinasi latihan bernapas dalam, penempatan posisi yang benar, dan meludahkan semua kelebihan lendir dari mulut. Jika pasien mengalami masalah bernapas.

6) Berdiri dan berjalan

Untuk melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat menggunakan cermin besar, agar pasien dapat mengetahui apakah berdirinya sudah tegak atau belum. Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri di sendiri semaksimal mungkin. Keluarga atau pengasuh dapat berdiri di samping sisi yang lemah agar tercipta rasa aman pada pasien.

7) Perawatan Kulit

Semua bagian yang tertutup perlu dibersihkan, misalnya lipatan kulit yang dalam di bawah skrotum atau di antara pantat.

8) Perawatan Kebersihan

Alangkat baiknya penerima pasca stroke diberikan baju dengan bahan katun yang longgar, bila memungkinkan bentuk baju seperti kemeja agar lebih mudah saat memakainya (Sofwan, 2010).

9) Mengatasi masalah berbicara

Latihan bibir perlu dilakukan, latihan tersebut dapat dilakukan dengan cara membentuk bibir menjadi O dan bergantian menjadi huruf E atau menyerupai orang tersenyum, sedangkan lidah dapat dilakukan dengan cara menggerakkan lidah kearah kanan dan kiri (Irfan, 2010).

Definisi dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit.

Perawatan anggota keluarga yang mengalami stroke meliputi hal-hal sebagai berikut (Asep Robby, 2019) :

1) Perawatan mulut dan mata

Penderita stroke yang tidak dapat minum sendiri harus membersihkan mulutnya dengan sikat lembut. Perawatan mulut yang teratur sangat penting, terutama untuk penderitayang sulit atau tidak dapat menelan. Untuk membersihkan bagian mata gunakan kain lembab yang bersih.

2) Pemberian makan

Penderita stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari), dan mikronutrien. Jika nafsu makan penderitaberkurang, mereka dapat diberi makanan ringan tinggi-kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2-3 jam, bersama dengan minuman suplemen nutrisi. Untuk mencegah tersedak dan pneumonia aspirasi maka posisi penderitayang terbaik adalah posisi duduk.

3) Pengendalian buang air besar (BAB)

Sembelit adalah masalah yang dapat dijumpai pada penderita stroke. Hal tersebut bisa jadi karena efek samping dari obat-obatan yang diberikan. Cara terbaik untuk mengatur BAB adalah makanan yang memadai dan seimbang serta banyak cairan (palingtidak dua liter sehari) dan serat (buah dan sayuran), serta aktivitas fisik yang ditoleransi dengan rutin dan cukup. Apabila perlu sesuai anjuran medis dapat diberikan pelunak tinja (laksatif, pencahar).

4) Mencegah jatuh

Faktor risiko yang mempermudah penderitajatuhan antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat-obat sedatif, kesulitan melakukanaktivitas sehari-hari, inaktivitas, inkontinensia, gangguan penglihatan, dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah. Apabila klien ingin berpindah dari tempat tidur maka penderitaharus turun secara perlahan dan bertahap. Kondisi tempat tinggal juga memberikan peran

yang sangat penting. Kondisi penerangan ruangan, keberadaan tangga, kondisi lantai terutama di kamar mandi.

5) Pengendalian buang air kecil (BAK)

Inkontinensia atau retensi pada umumnya terjadi pada penderita stroke terutama pada penderitayang mengalami penurunan kesadaran atau delirium. Penderita yang dipasang kateter perlu diajarkan kepada keluarga tentang perawatan kateter tersebut untukmenghindari komplikasi yang mungkin terjadi. Pembalut perlu ganti sesering mungkin untuk menghindari masalah kulit dan gangguan harga diri.

2.2 Permasalahan pada lansia yang mengalami stroke

Menurut Sustrani (2004) dalam Nanda E. Retnani (2019) halaman 22, pada umumnya permasalahan yang dialami lansia stroke adalah :

a. Perubahan mental

Stroke tidak selalu memperburuk semangat pasien, dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah stroke, kemampuan berpikir, konsentrasi, belajar, dan fungsi intelektual lainnya mungkin mengalami masalah. Semua hal ini secara alami memengaruhi pasien. Kemarahan, kesedihan, dan ketidakberdayaan sering kali mengurangi antusiasmenya untuk hidup, menyebabkan konsekuensi emosional yang lebih berbahaya. Ini terutama karena pasien sekarang telah kehilangan beberapa kemampuan praktik baik sebelumnya.

b. Gangguan komunikasi

Setidaknya seperempat dari seluruh pasien stroke mengalami masalah komunikasi, yang berhubungan dengan mendengarkan, berbicara, membaca, menulis bahkan gerak tubuh. Ketidakberdayaannya sangat membingungkan orang-orang yang merawatnya.

c. Gangguan emosional

Biasanya penderita stroke sudah tidak bisa mandiri lagi, dan sebagian besar mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosinya. Penderita rentan terhadap rasa takut, cemas, marah, dan sedih karena cacat fisik dan mental. Nyeri yang paling umum pada pasien stroke adalah depresi.

Depresi seperti itu dapat menghambat pemulihan atau pemulihan, dan bahkan dapat menyebabkan kematian karena bunuh diri.

d. Kehilangan indera rasa

Pasien stroke mungkin kehilangan kemampuan untuk merasakan (merasakan), yaitu stimulasi sentuhan atau jarak. Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mengenali benda yang dipegangnya.

e. Lumpuh

Kelumpuhan bagian tubuh (hemiplegia) merupakan kecacatan paling umum yang disebabkan oleh stroke. Hemiplegia kanan terjadi ketika stroke menyerang sisi kiri otak. Kelumpuhan terjadi dari wajah kanan hingga kaki kanan, termasuk tenggorokan dan lidah. Jika benturannya kecil, biasanya bagian yang terkena akan terasa lemas (hemiplegia kanan). Jika bagian kanan otak terpengaruh, terjadi hemiplegia kiri, dan yang ringan disebut hemiplegia kiri. Namun pasien stroke yang menderita hemiplegia atau hemiplegia akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, berpakaian, makan atau mengontrol buang air besar atau buang air kecil.

2.3 Pengalaman keluarga merawat lansia paska stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari

1) Perasaan Negatif

Pengalaman keluarga digambarkan sebagai menyenangkan, dan kehidupan mereka memiliki banyak arah, yang dapat menyebabkan ketidakstabilan dan mengurangi kebahagiaan dan kesehatan mereka. Keluarga percaya bahwa mereka memiliki tanggung jawab penuh, itulah yang mereka dan masyarakat harapkan. Orang jarang menekankan kurangnya pemahaman dan dukungan eksternal, yang membuat pengasuh merasa kesepian, diperhatikan dan hidup seperti penjahat. Anggota keluarga harus menangani sendiri semua urusan keluarga dan membuat keputusan sendiri, mereka mengungkapkan cinta mereka kepada anggota

keluarga mereka melalui pengobatan stroke, tetapi mereka sering penuh dengan kesedihan, depresi, kepekaan dan kemarahan. Hal ini membuat tidak mungkin untuk melihat bagaimana situasi akan meningkat, dan pengasuh tidak dapat menentukan masa depan keluarga. Perawat mungkin merasa terbebani oleh berbagai pengalaman negatif, termasuk ketidakstabilan emosi, kesehatan yang memburuk, perasaan batin, kecemasan, isolasi sosial, depresi, putus asa, dan kurangnya dukungan. Hal ini terutama berlaku untuk orang yang masih bekerja, yang sangat penting untuk ketahanan, vitalitas, dan relaksasi (Qi Lu, Jan Mårtensson, Yo Zhao dan Linda Johansson, 2019)

Sebuah studi kualitatif yang dilakukan oleh Qi Lu, Jan Mårtensson, Yo Zhao, dan Linda Johansson (2019) menemukan bahwa Pengasuh keluarga menggambarkan pekerjaan sebagai sulit atau bahkan tidak mungkin karena tanggung jawab, yang mengarah pada tekanan finansial lebih lanjut. Ini mungkin menjelaskan mengapa pekerja rumahan dalam penelitian ini menghadapi situasi ini. Sulit untuk mendapatkan bantuan dan dukungan yang cukup dari anggota keluarga dan masyarakat luas. Namun, hal ini tampaknya menjadi masalah yang umum, karena penelitian internasional lainnya juga menunjukkan bahwa perawat berada dalam situasi yang sulit karena beban kerja yang meningkat dan tanggung jawab yang berat. Dalam penelitian ini, anggota keluarga sebagai caregiver kehilangan harapan, ketakutan, dan kecemasan dalam proses merawat keluarganya, sehingga menimbulkan ketidakpastian tentang kondisi pasien dan masa depan. Namun, hanya tiga orang yang fokus pada pengalaman menjadi keluarga yang peduli. Hasil laporan penelitian kualitatif menunjukkan bahwa untuk pekerja home care yang menderita stroke, mereka terlalu bertanggung jawab, mengabaikan kesehatan mereka, keadaan emosi negatif dan kurangnya dukungan pengalaman. Namun, penelitian di negara-negara Barat mengungkapkan kekhawatiran masyarakat tentang ketidakpastian masa depan.

Pengalaman keluarga dalam merawat pasien stroke dapat menyebabkan kecemasan, kesedihan, kendala sosial dan beban keuangan

yang semakin meningkat. Atas dasar itu, keluarga harus ikut serta dalam rencana rehabilitasi pasien stroke dan harus memperhatikan kesehatannya. Semua peserta percaya bahwa kemunculan emosi negatif adalah perubahan psikologis. Emosi negatif datang dalam bentuk perasaan sedih, khawatir, kesusahan, kebingungan, ketakutan, banyak pikiran dan keraguan tentang takdir. Dampak rawat inap tidak hanya dipengaruhi oleh pasien, tetapi juga oleh pengasuh keluarga. Sebuah studi yang dilakukan oleh Ostwald dkk (2009) tentang pengalaman stres yang dialami oleh pasien stroke dan pengasuh keluarga selama tahun pertama setelah kembali dari ruang rehabilitasi rawat inap menunjukkan bahwa perasaan negatif dipengaruhi oleh karakteristik pasien stroke dan tingkat kesembuhannya. Meski perubahan psikologis dan kognitif menurun, namun depresi dan afasia yang dialami penderita stroke dapat menyebabkan stres yang lebih besar. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan, dimana sebagian besar partisipan menyatakan keprihatinan dan ketakutannya terhadap kecacatan dan kesembuhan pasien stroke. Drummond dkk (2007) melakukan penelitian tentang pengalaman menyusui pada suami stroke, penelitian tersebut menjelaskan tentang pengalaman negatif istri dalam merawat suami stroke, mereka mengatakan bahwa mereka akan merasa frustrasi dan stres karena perubahan peran dan tanggung jawab. Anak dari istri dan ibu, serta beban merawat suami yang cacat semakin meningkat. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan, dimana para partisipan mengungkapkan kesedihan dan kebingungannya terhadap anak dan keluarganya. Belum lagi fakta bahwa pasien difabel sebagai pencari nafkah utama yang menarik perhatian keluarga. Hal tersebut akan menyebabkan stres dan menghambat kemampuan keluarga untuk beradaptasi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Schulz dan Sherwood (2008) tentang efek fisik dan mental keluarga pengasuh pasien stroke menemukan bahwa pengobatan pasien stroke akut berdampak negatif pada keluarga pengasuh. Stres utama disebabkan oleh lamanya perawatan yang diberikan oleh perawat keluarga, disfungsi dan gangguan kognitif pasien. Pada saat

yang sama, tekanan sekunder disebabkan oleh perubahan ekonomi dan konflik keluarga. Selain itu, usia pengasuh, status dan jenis kelamin kerabat akan mempengaruhi emosi negatif dari pengasuh. Untuk pengasuh yang lebih muda, pengasuh keluarga memiliki dampak yang lebih besar pada dampak negatifnya. Palsunya, seiring bertambahnya usia, kemampuan fisik untuk merawat para difabel juga meningkat.

2) Perasaan Positif

Selain emosi negatif, beberapa peserta juga mengatakan bahwa ada emosi positif, seperti perasaan senang, tertawa, dan keinginan untuk melontarkan lelucon kepada pengasuh keluarga lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Drummond (2007) menunjukkan bahwa selain emosi negatif, keluarga caregiver juga mengatakan bahwa terdapat emosi yang positif, yaitu hubungan keluarga dan hubungan antara kerabat dengan teman semakin dekat. Pengasuh keluarga akan mengalami aspek positif dari asuhan yang diberikan yaitu loyalitas, penerimaan, perasaan baik dan kepuasan dalam membantu sesama. Dalam penelitian yang dilakukan, partisipan biasa merasakan perasaan positif karena solidaritas dan hubungan mereka dengan keluarga lain.

3) Perubahan Fisik

Defisit neurologis yang terjadi pada pasien stroke tidak hanya mempengaruhi pasien itu sendiri, tetapi juga mempengaruhi keluarganya (Hickey, 2003). Ketika perawat keluarga merawat pasien pasca stroke akut di rumah sakit, mereka menghadapi berbagai perubahan untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Ostwald (2009) dalam penelitiannya menyatakan bahwa sejak pasien rawat inap sembuh dari stroke, ketidaknyamanan mobilitas dan ketidakmampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari menjadi salah satu penyebab terjadinya perubahan kemampuan fisik perawat rumah dalam melakukan aktivitas sehari-hari pasien. Dalam penelitian ini, seluruh pekerja home care mengalami perubahan fisik dalam berbagai bentuk ketidaknyamanan fisik, seperti kelelahan, pusing, dan kaki bengkak. Selain itu, peserta juga percaya bahwa pola tidur, struktur pola

makan, dan perubahan dalam memenuhi persyaratan kebersihan pribadi semuanya telah berubah.

a. Kelelahan

Merupakan salah satu ketidaknyamanan fisik yang dirasakan keluarga. Kelelahan dideskripsikan sebagai suatu kondisi yang dialami seseorang yang terjadi akibat rasa nyeri dan berujung pada penurunan kapasitas fungsional yang berkaitan erat dengan hilangnya energi tubuh. Sedangkan menurut penelitian Bhyllabus (2006), kelelahan merupakan sekumpulan gejala subjektif yang ditandai dengan kelemahan, penurunan daya tahan tubuh, kekurangan energi, dan lain-lain, sehingga seseorang dapat mengalami kesulitan dalam menyelesaikan tugas. Kelelahan yang berkelanjutan pada pengasuh di rumah dapat membawa risiko kesehatan dan keselamatan bagi pengasuh di rumah itu sendiri (Fletcher. Et al., 2009). Fletcher dan rekan (2009) mempelajari dampak kelelahan pada pengasuh di rumah dan menyatakan bahwa kelelahan yang terjadi pada pengasuh di rumah mempengaruhi kurangnya kemampuan mereka untuk menyerap informasi baru yang diperlukan untuk perawatan pasien selanjutnya. Secara fisiologis, berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas menyebabkan orang hanya melakukan aktivitas terbatas. Hal ini sesuai dengan hasil Fletcher dan kawan-kawan (2009) tentang kelelahan yang dialami oleh pengasuh di rumah. Fletcher dkk (2009) menemukan hubungan antara kelelahan dengan karakteristik lingkungan, dimana lamanya waktu perawatan dan beban keperawatan yang tinggi berdampak pada munculnya kelelahan. Hal ini berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan. Seluruh partisipan menyatakan bahwa keluhan kelelahan, kelelahan dan pusing disebabkan oleh keterbatasan kondisi pasien, selain karena lamanya waktu menunggu dan merawat pasien di rumah sakit. Hal ini juga menimbulkan beban berat dalam mengurus keluarga.

b. Perubahan pola tidur

The Sleep Disorder Classification Committee of the American Academy of Sleep Medicine (Walsleben, 2005) mengklasifikasikan empat jenis utama gangguan tidur, yaitu gangguan memulai dan mempertahankan tidur, gangguan siklus tidur-bangun, disfungsi terkait tidur dan sifat tidur yang berlebihan. Hambatan. Kondisi stres dapat memengaruhi pola tidur, sehingga sulit untuk tertidur dan seringkali merasa tidak nyaman saat tidur. Sebuah studi tentang gangguan tidur yang dilakukan oleh Savard dkk (2005) menunjukkan bahwa rawat inap mempengaruhi pola tidur pasien dan keluarganya, dimana rencana perawatan, rutinitas rawat inap, dan teman sekamar dapat mengubah siklus tidur / bangun pasien dan keluarga..

c. Perubahan pola makan

Keluarga mengeluhkan perubahan pola makan karena nafsu makan menurun dan frekuensi makan berubah. Ketika seseorang bergantung pada jenis makanan tertentu, atau karena perubahan suasana saat makan, terjadi perubahan pola nutrisi (David dan Key, 2003). Peserta mengatakan hal ini. Mereka mengatakan sudah terbiasa dengan makanan orang tua karena lebih enak dan tidak menyukai makanan pedas, sedangkan peserta lainnya mengatakan bahwa mereka kesulitan makan karena bau akibat buang air besar (BAB). Stres dan kekhawatiran harus meninggalkan pasien saat hendak makan juga menjadi alasan perubahan pola makan ini (Meadows, 2010). Beberapa peserta mengatakan bahwa makanan tersebut benar-benar sesuai dengan selera mereka, tidak lebih, dan kekhawatiran keluar dari keluarga akan menyebabkan hilangnya nafsu makan. Pola makan merupakan cara mengonsumsi makanan yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti status sosial ekonomi, preferensi pribadi dan pertimbangan kesehatan (David dan Key, 2003). Untuk menopang kehidupan, semua makanan pasti memiliki banyak energi penting, seperti protein, asam lemak esensial, vitamin dan mineral.

4) Perubahan Psikososial Keluarga

Berikut respon perubahan psikososial yang dirasakan pemberi perawatan keluarga :

a. Perasaan kaget dan cemas

Menurut Sentana (2016), stroke dapat menimbulkan dampak fisik bagi pasien maupun psikologis bagi keluarga. Dampak psikologis bagi keluarga dapat menimbulkan kecemasan salah satunya berdampak pada kesehatannya yaitu dapat mempengaruhi fungsi beberapa system dan proses dalam tubuh termasuk system imun, kardiovaskuler dan reproduksi serta pencernaan dan metabolisme.

b. Keterbatasan kehidupan sociall dan kesabaran

Menjalani peran keluarga merasa harus selalu dirumah karena mesti menjaga pasien stroke. Hal ini berdampak pada interaksi social di sebagian keluarga. Keluarga kurang memiliki waktu luang atau karena penderita stroke biasanya tidak mampu merawat dirinya sendiri.

c. Hambatan yang mempengaruhi kepuasan dalam merawat pasien

Kesulitan dan hambatan yang dialami keluarga sudah menjadi hal biasa yang dirasakan. Hal itu di karenakan terbiasanya keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan dasar pasien tersebut. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari, Utomo dan Agrina (2013) menunjukkan bahwa umumnya partisipan memiliki hambatan dalam perawatan yang disebabkan oleh masalah kondisi fisik, pasien stroke dengan gangguan mobilisasi, seperti lemahnya atau ketidakmampuan kekuatan otot pada pasien stroke.

d. Dukungan financial (keuangan)

Kurangnya biaya merupakan keterbatasan caregiver sehingga tidak bisa maksimal dalam merawat penderita stroke. Beberapa responden mengungkapkan bahwa responden selalu mendahulukan kepentingan penderita stroke di atas kepentingan pribadi responden.

e. Pengobatan

Kegiatan yang dilakukan oleh keluarga sebagai caregiver selama merawat penderita stroke adalah turut mendampingi penderita stroke untuk berobat, memfasilitasi hingga membantu dalam aplikasi pengobatan tersebut. Akibat kecacatan yang dialami hampir sebagian besar penderita stroke, rata-rata partisipan membawa penderita stroke ke pengobatan medis dan juga alternatif. Beberapa partisipan mengungkapkan bahwa pasien yang lebih cepat pemulihannya setelah mendapatkan pengobatan alternative di samping setelah mendapatkan pengobatan medis (Daulay,Setiawan dan Febriany, 2014).

f. Moril

Dukungan keluarga dalam proses penyembuhan sangat dibutuhkan oleh pasien stroke sebagai dorongan atau penyemangat demi kesembuhannya. Motivasi atau dukungan keluarga juga merupakan penatalaksanaan bagi pasien stroke selain penatalaksanaan farmakologi dan non farmakologi

