

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Stroke**

##### **2.1.1 Definisi Stroke**

Stroke merupakan penyakit yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak yang dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko baik yang tidak dapat diubah seperti usia dan jenis kelamin maupun yang dapat diubah seperti hipertensi, diabetes melitus, dyslipidemia, dan pekerjaan (Laily, 2017). Stroke juga dikatakan sebagai gangguan fungsi syaraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak dalam hitungan detik atau dalam hitungan jam timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu (Hutagaluh, 2019).

Stroke terbagi dalam dua tipe, tipe pertama adalah stroke iskemik disebabkan kurangnya suplai darah ke otak dikarenakan menyempitnya atau tersumbatnya pembuluh darah oleh deposit lemak yang disebut plak sehingga jaringan otak mengalami iskemik. Tipe yang kedua adalah stroke hemoragik yang disebabkan pemecahan aneurisma pada parenchyma otak atau pada rongga antara otak dan tengkorak sehingga menyebabkan terjadinya iskemik dan desakan pada jaringan otak (Puspitasari, 2020).

##### **2.1.2 Etiologi**

Stroke mengakibatkan penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori bicara, atau sensasi. *Arterosklerosis serebral* dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral, yang adalah penyebab paling umum stroke (Firmasyah, 2019)

Perubahan pola hidup seperti makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan serangan stroke. Stroke juga bisa menyerang orang di usia produktif dan usia tua, yang berpotensi menyebabkan masalah baru dalam pengembangan kesehatan nasional dimasa depan (Amila, A., Sembiring, E., & Rifami, 2022). Stroke dapat disebabkan oleh beberapa faktor berikut ini :

1. Penyumbatan pembuluh darah gumpalan darah (thrombus atau embolus).
2. Robek atau pecahnya pembuluh darah.
3. Adanya penyakit-penyakit pada pembuluh darah.
4. Adanya gangguan susunan komponen darah
5. Kurangnya suplai oksigen yang menuju ke otak

### **2.1.3 Klasifikasi**

Stroke Menurut (Banjar et al., 2022), klasifikasi stroke dibedakan menjadi beberapa jenis yaitu sebagai berikut:

1. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Biasanya tingkat kesadaran pasien menurun. Jenis stroke hemorogik dibagi menjadi dua :

- a. Perdarahan Intraserebral Dalam perdarahan intra serebral, pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah hipertensi, trauma, malformasi vaskular, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan intraserebral.
- b. Perdarahan Subaraknoid Perdarahan subaraknoid biasanya disebabkan oleh aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

## 2. Stroke Iskemik

Stroke iskemik atau infark terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang. Biasanya terjadi saat istirahat, baru bangun tidur di pagi hari. Menurut perjalanan penyakitnya, dapat dibedakan menjadi:

- a. TIA (*Transient Ischemic Attack*) Gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja.

Gejala yang muncul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

- b. Stroke involusi Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.
- c. Stroke komplis Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, stroke komplis dapat diawali oleh serangan TIA berulang (Banjar et al., 2022).

## **2.2 Rehabilitasi Pasca Stroke**

Rehabilitasi pasca stroke adalah proses yang berpusat pada pasien dan berorientasi pada tujuan yang berupaya memaksimalkan kemandirian fungsional pasien yang menderita berbagai disabilitas terkait stroke. Tujuan utama rehabilitasi pasca stroke adalah membantu penyintas stroke untuk kembali ke fungsi pramorbid (atau sedekat mungkin dengannya) dalam lingkungan keluarga, lingkungan komunitas, dan, jika memungkinkan, lingkungan kerja. Rehabilitasi dapat diberikan dalam pengaturan rawat inap atau rawat jalan. Dalam konteks layanan kesehatan Afrika Selatan, rehabilitasi rawat inap lebih disukai, karena rehabilitasi rawat jalan cenderung kurang intens dibandingkan rehabilitasi rawat inap. Meskipun kriteria penerimaan mungkin berbeda dari satu pusat rehabilitasi ke pusat rehabilitasi lainnya, biasanya pasien stroke memenuhi syarat untuk rehabilitasi rawat inap jika mereka memerlukan >3 modalitas intervensi atau jika mereka tidak dapat berpindah secara mandiri. Menurut Bryer *et al.*, sebagian besar pasien stroke

Afrika Selatan dirawat di sektor layanan kesehatan publik. Karena kurangnya sumber daya rehabilitasi stroke rawat inap di sektor ini, berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan ketersediaan dan kualitas perawatan dan rehabilitasi berbasis rumah, serta layanan rehabilitasi berbasis komunitas (Wasserman et al., 2019).

Rehabilitasi merupakan komponen penting dalam pengobatan stroke, sehingga memerlukan intervensi segera dan memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas. Pemanfaatan proses rehabilitasi, yang mencakup perawat, penyedia layanan, dan rehabilitasi itu sendiri, masih terbatas di beberapa negara. Namun demikian, sangat penting untuk menerapkan langkah-langkah efektif untuk meningkatkan perawatan stroke dan membangun sistem layanan kesehatan yang lebih efisien. Rehabilitasi stroke di negara-negara terbelakang harus mengadopsi strategi komprehensif yang mencakup pelatihan fisik dan interdisipliner. Pasien harus mendapatkan terapi kapan saja dalam masa pemulihannya, dan pusat rehabilitasi berbasis komunitas harus tersedia. Sangat penting bagi sistem layanan kesehatan global untuk memberikan perhatian maksimal terhadap stroke dan mengalokasikan sumber daya untuk perawatan stroke yang komprehensif. Pendekatan ini akan secara efektif mengurangi dampak disabilitas dan meningkatkan standar pelayanan (Yunding et al., 2024).

Rehabilitasi stroke dapat digambarkan sebagai prosedur kesehatan yang bertujuan untuk memfasilitasi orang dengan kondisi kesehatan yang mengalami atau mungkin mengalami kecacatan untuk mencapai fungsi optimal dalam berinteraksi dengan orang lain (Yunding et al., 2024). Banyak

pasien stroke mengalami kelemahan atau kehilangan fungsi motorik pada satu sisi tubuh (hemiparesis atau hemiplegia). Ini bisa membuat sulit untuk bergerak, berjalan, atau melakukan aktivitas sehari-hari. Terapi fisik dan rehabilitasi biasanya diperlukan untuk membantu pasien memulihkan kekuatan otot dan memperbaiki koordinasi Gerakan (Muthmainah, 2024)

Rehabilitasi stroke sangat penting untuk membantu penderita mencapai tingkat fungsional yang optimal dalam mencegah atau menunda penurunan fungsional di masa depan (Teasell et al., 2020). Pada hari-hari dan minggu-minggu pertama, otak merespon paling cepat terhadap rangsangan latihan motorik. Dalam jumlah yang tepat, pelatihan dini membantu pemulihan dan meningkatkan hasil dan kualitas hidup. Intervensi rehabilitasi dini dalam pengaturan perawatan akut sangat penting untuk mengoptimalkan potensi pemulihan dalam mencegah berbagai komplikasi sekunder dari gejala sisa stroke (Darussalam & Nugraheni, 2021).

Rehabilitasi pasca stroke yang lebih cepat dan tertib dapat memulihkan kekuatan gerak pasien secara bertahap dan cepat hingga kesehatan mereka dapat pulih kembali secara total. Program fisioterapi teratur yang dilakukan pasien stroke telah sukses memperlihatkan hasil positif seperti perbaikan kekuatan ekstremitas bawah (*lower limb*), kemampuan gerakan (keseimbangan serta berjalan) serta kualitas hidup (Hyun et al., 2021).

Menurut (Badawi et al., 2023) perbaikan stroke terkait pada banyak hal semisal sisi otak mana yang terdampak serangan stroke, kondisi kesehatan pasien stroke, kemampuan diri sendiri pasien stroke, bantuan keluarga, perawatan yang peroleh bagi pasien stroke. Dalam jurnal (Hyun et al., 2021)

rehabilitasi yang dilaksanakan untuk pasien stroke semakin lama akan semakin aktif disesuaikan dengan kondisi kesehatan pasien. Dukungan keluarga sangat perlu untuk jadwal terapi fisik stroke di rumah. Saat pasien stroke sudah diperbolehkan pulang, pasien stroke akan lebih sering berhubungan dengan keluarganya dibandingkan dengan terapis yang hanya datang tidak lama ke rumah (Anwar, 2020).

Terapi fisik stroke merupakan sebuah agenda yang terstruktur diharapkan bisa memberikan pelatihan sehingga memaksimalkan pemulihan dan menekan impairment, disability, dan hadicap yang diakibatkan karena stroke (Hornby et al., 2020). Disability atau ketidakmampuan diartikan sebagai penurunan atau hilangnya kondisi untuk melaksanakan kegiatan yang biasa dilakukan orang pada umumnya sebab impairment yang dirasakan pasien. Menurut (Wati & Yanti, 2018), ada 6 prinsip dasar pada rehabilitasi stroke sebagai berikut:

1. Mobilisasi merupakan obat yang paling ampuh.
2. Latihan yang dipakai pada terapi mobilisasi adalah mobilisasi fungsional.
3. Pasien diajarkan untuk melaksanakan mobilisasi dengan kondisi sebaik mungkin.
4. Bimbingan mobilisasi fungsional dapat dilaksanakan setelah kondisi stabil agar maksimal.
5. Rehabilitasi gerak diberikan untuk pasien yang siap baik fisik dan mental.
6. Progres rehabilitasi bisa maksimal bila didukung oleh kekuatan fungsi kognitif, persepsi, dan kemampuan sensoris yang bagus.

### **2.3 Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Rehabilitas Pasca Stroke**

Menurut Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Dimana dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Lebih lanjut perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam:

a. Pengetahuan

Pengetahuan yang kurang tentang pentingnya rehabilitasi pasca stroke menyebabkan rendahnya kepatuhan pasien dalam mengikuti program rehabilitasi. Penelitian oleh (Aulya, 2025) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien tentang manfaat fisioterapi memiliki hubungan yang signifikan terhadap keikutsertaan dalam terapi pasca stroke ( $p < 0,05$ ).

b. Sikap

Sikap positif terhadap proses penyembuhan mendorong pasien lebih konsisten dalam menjalani rehabilitasi. (Wahyuni & Ajitirtiono, 2021) menemukan bahwa pasien yang memiliki sikap optimis dan menerima kondisinya menunjukkan tingkat partisipasi lebih tinggi dalam program rehabilitasi.

c. Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat memengaruhi ketersediaan waktu pasien untuk menjalani rehabilitasi. Penelitian dari (Suharyanto, 2023) Karena kesibukannya, responden yang berusia produktif seringkali tidak mematuhi perintah. Untuk responden yang bekerja biasanya patuh pada perlakuan meskipun sibuk karena pekerjaannya tidak dibatasi

oleh standar jam kerja.

d. Pendidikan

Tingkat pendidikan berhubungan dengan pemahaman informasi medis. (M.Jannah, Ajeng Ayu, 2022) menunjukkan bahwa pasien dengan pendidikan menengah ke atas lebih mampu memahami pentingnya proses rehabilitasi dan lebih patuh terhadap jadwal terapi.

e. Motivasi

Motivasi intrinsik dan ekstrinsik memainkan peran penting. (Setawan, 2022) menyatakan bahwa dukungan keluarga dan keinginan untuk mandiri kembali menjadi faktor utama yang memotivasi pasien untuk menjalani rehabilitasi secara teratur.

f. Kepercayaan

Kepercayaan terhadap tenaga medis dan proses rehabilitasi memengaruhi keberlangsungan terapi. (Azhar, 2022) melaporkan bahwa pasien yang memiliki kepercayaan terhadap terapis dan institusi rumah sakit lebih konsisten dalam hadir pada sesi rehabilitasi.

g. Keyakinan, nilai-nilai

Keyakinan budaya dan agama dapat memengaruhi pengambilan keputusan terapi. (Styana et al., 2017) menyebutkan bahwa sebagian pasien lebih memilih pengobatan alternatif terlebih dahulu karena keyakinan budaya, sebelum akhirnya mengikuti rehabilitasi medis.

h. Status ekonomi dan sebagainya.

Ekonomi rendah menjadi penghambat keikutsertaan dalam rehabilitasi karena beban transportasi dan biaya tidak langsung. (Mayawati, 2020)

menunjukkan bahwa pasien dengan status ekonomi rendah cenderung tidak menyelesaikan program rehabilitasi karena keterbatasan biaya dan waktu.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*) yang terwujud dalam:

a. Akses / Lingkungan fisik

Jarak rumah ke fasilitas rehabilitasi sangat menentukan keterjangkauan layanan. Penelitian oleh (Matchar et al., 2022) menemukan bahwa pasien yang tinggal lebih dari 10 km dari rumah sakit cenderung tidak rutin menjalani terapi karena kendala transportasi dan biaya perjalanan.

b. Tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana- sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan dan sebagainya. Fasilitas seperti ruang terapi, alat bantu, dan jadwal terapi yang fleksibel menjadi penentu keberhasilan rehabilitasi. (Wahidah et al., 2023) melaporkan bahwa keterbatasan alat dan jadwal terapi menyebabkan antrean panjang, yang membuat pasien jenuh dan enggan melanjutkan program.

3. Faktor-faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku Masyarakat.

*Health Belief Model* (HBM) adalah suatu teori perilaku kesehatan yang menjelaskan dan memprediksi bagaimana individu mengambil keputusan untuk bertindak terhadap masalah kesehatannya. Teori ini menekankan bahwa keputusan seseorang dalam mengambil tindakan kesehatan

dipengaruhi oleh persepsi terhadap ancaman penyakit serta keyakinan terhadap manfaat dari tindakan tersebut (Rachmawati, 2019).

Dalam konteks pasien pasca stroke, HBM dapat digunakan untuk menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi pasien dalam menjalani program rehabilitasi. Rehabilitasi pasca stroke sangat penting untuk mencegah disabilitas permanen, meningkatkan kualitas hidup, serta mendorong kemandirian pasien. Namun, keberhasilan program rehabilitasi sangat bergantung pada kesiapan dan keterlibatan aktif pasien dalam proses tersebut. HBM memiliki beberapa komponen utama yang dapat digunakan untuk menganalisis perilaku pasien dalam menjalani rehabilitasi pasca stroke, yaitu:

1. *Perceived Susceptibility* (Kerentanan yang Dirasakan)

Pasien meyakini bahwa dirinya memiliki risiko tinggi untuk mengalami komplikasi lanjutan atau kekambuhan stroke jika tidak menjalani rehabilitasi secara optimal. Persepsi ini menjadi dasar penting dalam memotivasi pasien untuk memulai atau melanjutkan terapi. Menurut (Rahmawati et al., 2024) ditemukan bahwa pasien yang memiliki persepsi kerentanan tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan lebih besar dalam mengikuti program rehabilitasi dibanding mereka yang merasa kondisi mereka sudah membaik. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi ancaman kesehatan yang tinggi berbanding lurus dengan kepatuhan perilaku preventif, termasuk dalam hal menjalani terapi rehabilitatif pasca stroke (Rahmawati et al., 2024).

2. *Perceived Severity* (Keseriusan yang Dirasakan)

Persepsi pasien tentang tingkat keparahan dampak stroke, seperti hilangnya fungsi tubuh, ketergantungan terhadap orang lain, atau dampak sosial dan psikologis. Jika pasien meyakini bahwa kondisi pasca stroke dapat mengancam kualitas hidup secara serius, maka motivasinya untuk menjalani rehabilitasi cenderung meningkat. Penelitian oleh (Asda Astiah et al., 2023) yang berjudul Hubungan Pengetahuan Pasien Pasca Stroke dengan Tingkat Kepatuhan Menjalani Fisioterapi di RSUD M. Natsir Solok Ditemukan bahwa pasien dengan kesadaran terhadap gangguan motorik akibat stroke memiliki kecenderungan lebih patuh menjalani fisioterapi. Hal ini selaras dengan gagasan bahwa semakin mengerti dampak fisik stroke, semakin termotivasi pasien untuk konsisten mengikuti terapi

### 3. *Perceived Benefits* (Manfaat yang Dirasakan)

Keyakinan bahwa dengan mengikuti rehabilitasi secara konsisten, pasien dapat mempercepat pemulihan, mengembalikan fungsi tubuh, menghindari komplikasi, dan kembali hidup mandiri. Semakin besar manfaat yang dirasakan, semakin tinggi kemungkinan pasien akan berpartisipasi aktif dalam rehabilitasi (Aulya, 2025).

### 4. *Perceived Barriers* (Hambatan yang Dirasakan)

Hambatan yang dirasakan pasien, seperti keterbatasan finansial, kurangnya dukungan keluarga, jarak ke fasilitas rehabilitasi, ketidaknyamanan selama terapi, atau kurangnya informasi tentang pentingnya rehabilitasi. Hambatan ini dapat mengurangi motivasi pasien untuk mengikuti program rehabilitasi. Sebuah penelitian kuantitatif oleh (Asfy & Rida Yanna Primanita, 2024) berjudul “Gambaran Health Belief Model pada Pasien

Stroke di Pengobatan Tradisional Ustad X” menemukan bahwa mayoritas pasien 96,9% mengalami tingkat *perceived benefits* yang tinggi saat menjalani terapi tradisional, karena mereka merasakan perubahan fisik dan psikologis yang nyata selama proses pengobatan

5. *Cues to Action* (Isyarat untuk Bertindak)

Faktor-faktor yang mendorong pasien untuk memulai atau melanjutkan rehabilitasi, seperti saran dari tenaga kesehatan, dukungan keluarga, informasi dari media, atau pengalaman pribadi dan orang lain yang telah berhasil pulih. Misalnya, peran keluarga sebagai penguat dan penguat semangat pasien untuk terus mengikuti terapi. Sebuah penelitian di Kanada (McKellar, J., Cheung, D., Huijbregts, M., & Cameron, 2015) mengenalkan sebuah alat yang disebut *Community Re-engagement Cue to Action Trigger Tool* (CRCATT). Alat ini adalah daftar pertanyaan yang dirancang untuk pasien dan keluarganya, agar mereka lebih proaktif mengajukan hal-hal penting terkait pemulihan kepada tenaga medis. Sebanyak 77 pasien stroke yang mengikuti program ini melaporkan bahwa CRCATT membantu mereka “mengantisipasi kebutuhan, memulai diskusi bermakna dengan penyedia layanan, dan mengambil peran aktif dalam pemulihan (Ubaidillah, 2024).

6. *Self-Efficacy* (Efikasi Diri)

Tingkat keyakinan pasien terhadap kemampuannya sendiri dalam menjalani program rehabilitasi. Pasien yang percaya bahwa dirinya

mampu melaksanakan latihan fisik atau mengikuti arahan tenaga kesehatan, lebih mungkin untuk menunjukkan keterlibatan yang tinggi dalam rehabilitasi. Sebuah studi kasus dari Universitas Muhammadiyah Surakarta oleh (Wahyuni & Al Hafidz, 2023) judul lengkapnya “Pengaruh Self-Efficacy Pada Treatment Fisioterapi Terhadap Kesembuhan Pasien Pasca Stroke”—menggunakan desain A-B-A (pre-test, intervensi, post-test) untuk pasien yang menjalani home-based exercise 3×/minggu selama 4 minggu. Hasilnya menunjukkan skor Barthel Index pasien meningkat dari 65 (ketergantungan sedang) menjadi 95 (ketergantungan ringan). Temuan ini menegaskan bahwa peningkatan self-efficacy berdampak signifikan pada kemampuan fungsional pasien.

#### 7. Modifying Variables (Variabel Modifikasi)

Faktor sosiodemografis seperti usia, pendidikan, status ekonomi, budaya, serta kondisi psikologis seperti motivasi, kepercayaan diri, dan dukungan sosial dapat memengaruhi bagaimana pasien memersepsikan risiko, manfaat, dan hambatan dalam menjalani rehabilitasi. Sebuah studi dari China oleh (Chau et al., 2021), *Factors Associated with Post-Stroke Depression in Chinese Stroke Survivors*, mengidentifikasi bahwa variabel sosiodemografis (usia, tingkat pendidikan, status ekonomi sebelum stroke, dan penggunaan alat bantu) serta karakteristik klinis mempengaruhi kepercayaan berpartisipasi (*participation self-efficacy*) dan gejala depresi pasca-stroke. Hasil logistic regression menunjukkan bahwa education level, marital status, dan peran finansial pra-stroke merupakan prediktor

penting tingkat efikasi diri pasien—yang kemudian berdampak pada partisipasi dalam proses rehabilitasi

#### 8. Likelihood of Action (Kemungkinan Tindakan)

Merupakan hasil dari kombinasi persepsi ancaman dan manfaat-hambatan, yang akan menentukan sejauh mana pasien akan bertindak, dalam hal ini menjalani rehabilitasi pasca stroke secara konsisten. Sebuah penelitian oleh (Sullivan, 2018) di Australia, dengan judul “*Predictors of intention to exercise to reduce stroke risk among people at risk of stroke: An Application of an extended Health Belief Model*”, melibatkan 276 individu berisiko stroke. Hasil regresi hierarkis menunjukkan bahwa perceived benefits (kebutuhan manfaat) dan self-efficacy adalah dua prediktor paling kuat terhadap inten tindakan (likelihood of action) untuk berolahraga demi menurunkan risiko strok

Perubahan perilaku seseorang dipengaruhi oleh persepsi terhadap kerentanan (*susceptibility*), keparahan (*severity*), manfaat (*benefits*), hambatan (*barriers*), efikasi diri (*self-efficacy*), dan isyarat untuk bertindak (*cues to action*). HBM menghipotesiskan bahwa terdapat hubungan antara tindakan (*action*) individu dengan beberapa faktor berikut (Jonan, 2023):

1. Motivasi yang cukup kuat untuk mencapai kondisi sehat.
2. Keyakinan bahwa seseorang dapat menderita penyakit serius dan dapat menimbulkan komplikasi.
3. Keyakinan bahwa ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit tersebut, meskipun mungkin menimbulkan hambatan, termasuk hambatan finansial.

## 2.4 Dukungan Keluarga

Keluarga Menurut UU no 12 tahun 2022 adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya, atau keluarga sedarah dalam garis lurus ke atas atau ke bawah sampai dengan derajat ketiga. Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb *dalam* (Harmoko, 2021) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Harmoko, 2016). Dukungan keluarga dalam rehabilitasi medik, terutama pada pasien pasca-stroke atau kondisi disabilitas lainnya:

### 1. Dukungan Emosional

Keluarga berperan penting dalam memberikan semangat, motivasi, dan kenyamanan emosional kepada pasien. Keberadaan keluarga yang suportif dapat mengurangi kecemasan, depresi, serta meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam menjalani terapi rehabilitasi. Studi oleh (Wangsa Saputera, Maria Manuk, Yohanes Kurniawan, 2015) menunjukkan bahwa dukungan emosional keluarga berkontribusi signifikan terhadap keberhasilan program rehabilitasi pada pasien stroke.

## 2. Dukungan Instrumental

Dukungan ini mencakup bantuan fisik atau praktis yang diberikan kepada pasien, seperti membantu mobilisasi, mempersiapkan makanan sehat, serta mengantar pasien ke fasilitas rehabilitasi. Peran ini sangat penting terutama bagi pasien yang mengalami keterbatasan fisik. Menurut penelitian (Hesamzadeh, A., 2017), keterlibatan keluarga dalam kegiatan harian pasien meningkatkan partisipasi pasien dalam program rehabilitasi.

## 3. Dukungan Informasional

Keluarga juga harus dibekali pengetahuan yang cukup tentang kondisi pasien, jenis terapi yang dijalani, dan tujuan dari program rehabilitasi. Memberikan informasi yang benar akan membantu keluarga memahami proses penyembuhan dan dapat mencegah kesalahan dalam merawat pasien. Pelatihan atau konseling keluarga terbukti efektif menurut (Wangsa Saputera, Maria Manuk, Yohanes Kurniawan, 2015), dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan merawat anggota keluarga yang menjalani rehabilitasi.

## 4. Dukungan Sosial dan Spiritualitas

Keluarga dapat menjadi sumber kekuatan sosial dan spiritual. Mengajak pasien untuk berdoa bersama, memberi motivasi religius, serta menjaga relasi sosial yang sehat dapat membantu meningkatkan harapan sembuh dan kualitas hidup pasien (Hesamzadeh, A., 2017).

## 5. Keterlibatan dalam Keputusan Terapi

Keluarga yang terlibat aktif dalam pengambilan keputusan medis bersama tenaga kesehatan menunjukkan hasil terapi yang lebih baik. Mereka dapat membantu mengomunikasikan preferensi pasien, memberikan persetujuan, dan turut memantau kepatuhan terhadap jadwal terapi.

Dalam berbagai kebijakan kesehatan masyarakat, seperti yang tercantum di UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009, keluarga diakui sebagai bagian penting dalam sistem kesehatan, terutama dalam mendukung upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif di masyarakat. Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya: Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).

Bentuk – bentuk dukungan Keluarga menurut (Harmoko, 2016), yaitu:

1. Dukungan Emosional (Emosional Support) : Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap anggota keluarga.
2. Dukungan Penghargaan (Appraisal Assistance) : Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk lansia, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif dengan penderita lainnya seperti orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri) (Marlyn dalam (Harmoko, 2016)).

3. Dukungan Materi (Tangible Assistance): Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan rumah ketika mengalami stress (Marlyn, dalam (Harmoko, 2016)).
4. Dukungan Informasi (information support): Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor dan disseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia, mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat.

Dukungan keluarga mencakup bantuan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan yang diberikan kepada pasien stroke oleh anggota keluarga. Dukungan ini dapat berupa pendampingan saat rehabilitasi, pemberian informasi mengenai terapi, bantuan dalam aktivitas sehari-hari, serta motivasi untuk menjalani program rehabilitasi secara rutin (Siallagan, 2025).

Keluarga merupakan pilar utama dalam keberhasilan pemulihan pasien stroke. Studi (Wardhani & Martini, 2015) menyebutkan bahwa dukungan keluarga berperan sangat besar dalam memastikan pasien patuh menjalani rehabilitasi. Pasien yang mendapatkan dukungan keluarga dengan kategori

“baik” menunjukkan kepatuhan lebih tinggi dalam mengikuti terapi dibandingkan mereka yang mendapatkan dukungan kurang

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan positif antara dukungan keluarga dan kepatuhan rehabilitasi. Penelitian oleh (Aulya, 2025) mencatat bahwa terdapat korelasi signifikan antara dukungan keluarga dan kepatuhan pasien pasca stroke dalam menjalani rehabilitasi medis, dengan nilai korelasi  $r = 0,302$  ( $p = 0,034$ ). Ini menunjukkan bahwa meskipun pengaruhnya dalam kategori lemah, peran keluarga tetap signifikan dalam meningkatkan kepatuhan pasien.

Studi oleh (Wardhani & Martini, 2015) lebih jauh menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki korelasi yang kuat dengan kepatuhan pasien (koefisien Phi = 0,582), melebihi pengaruh faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Artinya, dukungan keluarga merupakan determinan utama dibanding karakteristik personal lainnya.

Jenis dukungan yang paling sering diberikan adalah dukungan emosional dan informasional. Menurut penelitian (Setyoadi et al., 2017), dukungan informasional (seperti memberi tahu pentingnya latihan gerak atau jadwal kontrol) dan dukungan emosional (seperti perhatian dan semangat dari keluarga) memiliki dampak paling signifikan terhadap kemandirian dan kepatuhan pasien stroke. Peran keluarga sebagai *caregiver* utama menempatkan mereka dalam posisi strategis untuk mempengaruhi proses pemulihan.

Stroke merupakan penyakit neurologis yang berdampak signifikan terhadap kualitas hidup penderitanya, tidak hanya menimbulkan kecacatan

fisik tetapi juga menurunkan tingkat kemandirian dan kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Salah satu faktor penting yang terbukti berperan dalam proses pemulihan pasien pasca stroke adalah dukungan keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga memiliki pengaruh positif terhadap berbagai aspek rehabilitasi, baik secara fisik, psikologis, maupun social (Aulya, 2025).

Yuniarti dan Kariasa (2020) melalui kajian literatur terhadap sembilan studi internasional menegaskan bahwa dukungan keluarga sangat berpengaruh terhadap keberhasilan self-management pasien pasca stroke. Dukungan ini terbagi ke dalam tiga domain, yaitu dukungan terhadap manajemen penyakit (seperti kepatuhan minum obat dan kontrol diet), manajemen peran (dukungan terhadap aktivitas harian dan rehabilitasi), serta manajemen emosi (memberikan kenyamanan dan penguatan emosional). Kehadiran keluarga secara konsisten memberikan dampak nyata dalam adaptasi pasien terhadap perubahan gaya hidup pasca stroke.

Senada dengan temuan tersebut, (Setyoadi et al., 2017) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung menemukan adanya hubungan yang signifikan dan kuat antara dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien stroke ( $r = 0,737$ ;  $p = 0,000$ ). Dengan menggunakan instrumen Barthel Index, penelitian ini menunjukkan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan, maka semakin tinggi pula tingkat kemandirian pasien dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Jenis dukungan yang paling dominan adalah dukungan informasional dan emosional, diikuti oleh dukungan instrumental dan penghargaan. Artinya,

keluarga tidak hanya membantu secara fisik, tetapi juga memberikan motivasi dan rasa dihargai kepada pasien.

Penelitian lainnya oleh (Wardhani & Martini, 2015) juga memperkuat peran penting dukungan keluarga, khususnya dalam kepatuhan pasien menjalani rehabilitasi medik. Dalam studi observasional ini, ditemukan bahwa pasien stroke yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dalam menjalani program rehabilitasi dibandingkan dengan mereka yang kurang mendapatkan dukungan ( $r = 0,582$ ). Hal ini menunjukkan bahwa kehadiran dan peran aktif keluarga mampu memotivasi pasien untuk menjalani terapi secara konsisten, yang pada akhirnya mempercepat proses pemulihan dan mengurangi risiko stroke berulang.

Secara keseluruhan, literatur yang ada menunjukkan bahwa dukungan keluarga bukan sekadar aspek pendampingan, tetapi merupakan komponen integral dalam proses rehabilitasi pasien pasca stroke. Keterlibatan keluarga yang menyeluruh dari segi emosional, informasional, hingga instrumental dapat meningkatkan efektivitas program rehabilitasi, mempercepat kemandirian, dan memperbaiki kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, yakni dengan pengamatan (*obsevasi*), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) (Riduwan, 2015). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan –

pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu.

Menurut Likert dalam (Riduwan, 2015), dengan skala Likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun *item-item* instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat *favorable* (positif) bersifat *unfavorable* (negatif).

Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negative. Sistem penilaian dalam skala Likert adalah sebagai berikut:

**Item *Favorable*:** sangat setuju/baik (5), setuju/baik (4), ragu-ragu (3), tidak setuju/baik (2), sangat tidak setuju/baik (1).

**Item *Unfavorable*:** sangat setuju/ baik (1), setuju/ baik (2), ragu-ragu (3), tidak setuju/ baik (4), sangat tidak setuju/ baik (5).

## 2.5 Motivasi

Motivasi yang berasal dari kata motif. Motif dalam bahasa Inggris disebut motive, motivasi berasal dari kata Motivation, yang artinya dorongan daya batin, sedangkan to motivate artinya mendorong untuk berperilaku atau berusaha. Motivasi dalam manajemen, lebih menitik beratkan pada bagaimana caranya mengarahkan daya dan potensi bawahan, agar mau bekerja sama secara produktif berhasil mencapai dan mewujudkan tujuan yang telah ditentukan (Saam, 2020). (Nursalam, 2021), mengatakan bahwa motivasi adalah Suatu keahlian dalam mengarahkan seseorang agar mau melakukan sesuatu secara berhasil, sehingga keinginan seseorang tercapai. Pentingnya

Motivasi karena Motivasi adalah hal yang menyebabkan, menyalurkan dan mendukung perilaku manusia, supaya mau bekerja giat dan antusias untuk mencapai hasil yang optimal.

Motivasi dalam konteks pelayanan kesehatan memerlukan adanya tujuan yang jelas sebagai arah pencapaian. Dalam hal ini, penetapan tujuan menjadi langkah awal yang penting untuk mendorong individu bertindak secara terarah. Selain itu, penting bagi pemberi motivasi untuk memahami kebutuhan atau kepentingan individu, bukan hanya berdasarkan sudut pandang pribadi, tetapi juga dari perspektif penerima motivasi. Proses ini juga memerlukan komunikasi yang efektif agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan baik dan tidak menimbulkan kesalahpahaman. Terakhir, integrasi antara tujuan pribadi dan organisasi perlu dilakukan agar tercipta keselarasan dalam proses motivasi yang berkelanjutan (Nursalam, 2021).

Motivasi didefinisikan sebagai dorongan internal maupun eksternal yang mengarahkan perilaku seseorang untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam konteks rehabilitasi pasca stroke, motivasi pasien maupun keluarga merupakan faktor penting yang menentukan tingkat kepatuhan terhadap program terapi. Motivasi dapat muncul dari dalam diri (intrinsik) seperti keinginan sembuh, serta dari luar (ekstrinsik) seperti dukungan keluarga dan tenaga medis (Aulya,2025).

Pasien stroke sering mengalami kelelahan fisik dan emosional, sehingga motivasi menjadi kunci untuk mempertahankan komitmen jangka panjang terhadap rehabilitasi. Menurut (Aulya, 2025), pasien dengan motivasi tinggi menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih baik dalam mengikuti program

rehabilitasi dibandingkan mereka yang memiliki motivasi rendah. Penelitian tersebut menunjukkan korelasi positif yang kuat antara motivasi dan kepatuhan, dengan koefisien korelasi  $r = 0,600$  dan  $p\text{-value } 0,021$ .

Motivasi yang kuat membantu pasien untuk aktif mengikuti latihan fisik, kontrol berkala, serta menjaga gaya hidup sehat selama proses pemulihan. Studi (Jannah, A. A. M., & Azam, 2017) menekankan bahwa pasien yang dimotivasi oleh keluarga dan lingkungan cenderung memiliki kepatuhan lebih tinggi terhadap program rehabilitasi.

Penelitian oleh (Aulya, 2025) menemukan bahwa dari 44 pasien stroke yang diteliti, 79,5% memiliki motivasi tinggi dan 90,9% dari mereka patuh menjalani rehabilitasi. Pasien dengan motivasi sedang dan rendah menunjukkan tingkat kepatuhan yang lebih rendah, menunjukkan bahwa motivasi memiliki kontribusi nyata terhadap kepatuhan pasien dalam jangka panjang. Motivasi merupakan faktor determinan yang sangat berpengaruh terhadap kepatuhan pasien pasca stroke dalam menjalani rehabilitasi. Semakin tinggi motivasi pasien, baik dari dalam diri maupun yang didorong oleh lingkungan, semakin besar kemungkinan pasien untuk patuh dan berpartisipasi aktif dalam program rehabilitasi. Oleh karena itu, penguatan motivasi melalui pendekatan psikososial dan dukungan keluarga menjadi langkah strategis untuk mempercepat proses pemulihan dan mencegah kecacatan jangka panjang.

Motivasi adalah dorongan dari dalam diri individu untuk melakukan suatu tindakan guna mencapai tujuan tertentu. Dalam konteks pasien pasca stroke, motivasi berperan penting dalam keberhasilan rehabilitasi, terutama dalam

pelaksanaan fisioterapi dan latihan mobilisasi. Motivasi yang tinggi mendorong pasien untuk lebih patuh menjalani terapi dan meningkatkan semangat untuk sembuh. Penelitian yang dilakukan oleh Natanael Frans (Bramadi, 2024) menunjukkan bahwa dari 42 responden, sebanyak 78,6% pasien stroke memiliki motivasi tinggi untuk menjalani latihan mobilisasi di Poliklinik Rehabilitasi Medik RS Mardi Waluyo Metro. Hasil ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien termotivasi untuk pulih dan menjalani rehabilitasi dengan semangat. Faktor-faktor seperti usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan ditemukan turut memengaruhi tingkat motivasi pasien.

Studi lain oleh (Jannah, A. A. M., & Azam, 2017) menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara motivasi pasien dengan kepatuhan menjalani fisioterapi ( $p = 0,001$ ). Pasien dengan motivasi tinggi lebih patuh terhadap jadwal terapi dibandingkan dengan pasien bermotivasi rendah. Hal ini menunjukkan bahwa motivasi merupakan indikator penting dalam keberhasilan program rehabilitasi pasien pasca stroke.

Motivasi pasien tidak hanya muncul dari dalam diri, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor eksternal. Salah satu faktor signifikan adalah dukungan dari tenaga kesehatan, khususnya melalui perilaku caring perawat. Menurut (Sitepu et al., 2025), terdapat hubungan signifikan antara perilaku caring dan spiritualitas terhadap motivasi pasien stroke ( $p = 0,001$ ). Caring perawat memberikan rasa aman, penghargaan, dan dukungan emosional, yang semuanya memperkuat semangat pasien dalam menjalani fisioterapi. Motivasi pasien memiliki implikasi langsung terhadap keberhasilan rehabilitasi. Pasien yang memiliki motivasi tinggi akan lebih patuh terhadap jadwal terapi, lebih

giat melakukan latihan, dan lebih cepat mencapai kemandirian. Dalam jangka panjang, hal ini akan mempercepat pemulihan fungsi motorik, menurunkan risiko kecacatan permanen, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, upaya peningkatan motivasi pasien harus menjadi bagian integral dalam pelayanan rehabilitasi. Intervensi yang dapat diterapkan antara lain melibatkan keluarga, pendekatan spiritual, dan peningkatan kualitas interaksi perawat-pasien melalui prinsip *caring*. Dengan memperhatikan aspek motivasi, pelayanan rehabilitasi pasca stroke dapat berjalan lebih efektif dan berorientasi pada pemulihan holistik pasien.

Motivasi tidak dapat diobservasi secara langsung namun harus diukur. Pada umumnya, yang banyak diukur adalah motivasi sosial dan motivasi biologis. Pengukuran motivasi menggunakan kuesioner dengan skala *Likert* yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah diuji validitas dan realibilitas.

1. Pernyataan positif (*Favorable*)

- a. Sangat setuju (SS) jika responden sangat setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 4.
- b. Setuju (S) jika responden setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 3.
- c. Tidak setuju (TS) jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 2.
- d. Sangat tidak setuju (STS) jika responden sangat tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 1.

2. Pernyataan negatif (*Unfavorable*)
  - a. Sangat setuju (SS) jika responden sangat setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 1.
  - b. Setuju (S) jika responden setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 2.
  - c. Tidak setuju (TS) jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor 3.
  - d. Sangat tidak setuju (STS) jika responden sangat tidak setuju dengan pernyataan kuesioner yang diberikan melalui jawaban kuesioner diskor

## **2.6 Dukungan Sosial**

Dukungan sosial adalah keyakinan individu akan ketersediaan dukungan yang berasal dari keluarga, teman dan orang-orang terdekat (*significant others*) sewaktu ia membutuhkan (Oktaviani & Soetjningsih, 2023). Sarafino (2006) mendefinisikan dukungan sosial sebagai suatu kesenangan yang dirasakan sebagai perhatian, penghargaan atau pertolongan yang diterima dari orang lain atau suatu kelompok. Dukungan sosial mengacu pada kenyamanan, kepedulian, penghormatan, atau bantuan untuk individu yang tersedia dari orang lain atau kelompok (Uchino 2004, dalam Sarafino & Smith, 2011).

Selain itu, menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2000) dukungan sosial adalah suatu pertukaran interpersonal dimana seorang individu memberikan bantuan kepada individu lain. Hal yang serupa disampaikan oleh Shumaker dan Brone yang berpendapat bahwa dukungan sosial merupakan pertukaran bantuan antara dua individu yang berperan sebagai pemberi dan penerima

(Duffy & Wong, 2003). Rock (Smet, 1994) mendefinisikan dukungan sosial sebagai salah satu fungsi dari hubungan sosial yang menggambarkan tingkat dari kualitas umum hubungan interpersonal yang melindungi individu dari konsekuensi stress. Dukungan sosial yang diterima individu mampu membuat individu merasa tenang, merasa diperhatikan, menimbulkan rasa percaya diri dan kompetensi individu

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dukungan sosial adalah suatu dukungan yang dirasakan sebagai perhatian, penghargaan, kepedulian, atau bantuan yang tersedia dari keluarga, teman, atau orang-orang terdekat. Menurut Zimet dkk (1988) dukungan sosial terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

1. Dukungan Keluarga (*family support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh keluarga terhadap individu, seperti membantu dalam kebutuhan emosional ataupun dalam membuat keputusan.
2. Dukungan Teman (*friend support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh teman-teman yang dimiliki oleh individu, seperti membantu dalam kegiatan sehari-hari.
3. Dukungan Orang terdekat (*significant others support*) yaitu dukungan yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti dalam kehidupan individu, seperti membuat individu merasa nyaman dan merasa dihargai.

Menurut Sarafino (2006) bentuk-bentuk dukungan sosial dibagi dalam empat bentuk, yaitu:

1. Dukungan Emosional (*Emotional/Esteem Support*)

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Dukungan emosional merupakan ekspresi dari afeksi, kepercayaan, perhatian, dan perasaan didengarkan. Kesiediaan untuk mendengar keluhan seseorang akan memberikan dampak positif sebagai sarana pelepasan emosi, mengurangi kecemasan, membuat individu merasa nyaman, tenteram, diperhatikan, serta dicintai saat menghadapi berbagai tekanan dalam hidup mereka.

2. Dukungan Instrumental (*Instrumental/Tangible Support*)

Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung, dapat berupa jasa, waktu, atau uang. Misalnya pinjaman uang bagi individu atau menghibur saat individu mengalami stres. Dukungan ini membantu individu dalam melaksanakan aktivitasnya.

3. Dukungan Informatif (*Informational Support*)

Dukungan informatif mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran, informasi atau umpan balik. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi. Informasi tersebut diperlukan untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara praktis. Dukungan informatif ini juga membantu individu mengambil keputusan karena mencakup mekanisme penyediaan informasi, pemberian nasihat, dan petunjuk.

4. Dukungan Persahabatan (*Companionship Support*)

Dukungan persahabatan mencakup kesiediaan waktu orang lain untuk menghabiskan waktu atau bersama dengan individu, dengan demikian

akan memberikan rasa keanggotaan dari suatu kelompok yang saling berbagi minat dan melakukan aktivitas sosial bersama.

## 2.7 Keparahan Stroke

Stroke adalah kondisi medis yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan (iskemik) maupun perdarahan (hemoragik). Ketika pasokan darah terganggu, otak kekurangan oksigen dan nutrisi, menyebabkan kematian jaringan otak dalam hitungan menit. Stroke termasuk penyebab kematian nomor dua di dunia dan penyebab utama kecacatan jangka panjang (WHO, 2023). Stroke terbagi oleh beberapa jenis, yaitu :

1. Stroke Iskemik, disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah, yang menyumbang sekitar 85% dari seluruh kasus stroke.
2. Stroke Hemoragik, disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak, berisiko lebih tinggi menyebabkan kematian.
3. Transient Ischemic Attack (TIA), yaitu stroke ringan yang gejalanya hilang dalam waktu 24 jam, tetapi merupakan tanda peringatan stroke berat.

Keparahan stroke diklasifikasikan berdasarkan gejala klinis:

1. Ringan (Mild Stroke)
  - a. Kelemahan ringan, kesemutan, gangguan bicara minimal.
  - b. Umumnya pasien sadar dan masih dapat beraktivitas terbatas.
2. Sedang (Moderate Stroke)
  - a. Hemiparesis, gangguan koordinasi, bicara terganggu berat.
  - b. Bisa terjadi penurunan kesadaran ringan.
3. Berat (Severe Stroke)

- a. Paralisis total, tidak sadar, disfagia, atau bahkan koma.
- b. Sering menyebabkan komplikasi berat atau kematian.

Menentukan tingkat keparahan stroke menjadi penting dalam pengambilan keputusan klinis. Penanganan cepat dan akurat akan sangat memengaruhi hasil klinis pasien (Powers et al., 2019). Penilaian keparahan membantu dalam:

1. Memilih terapi yang tepat (misalnya penggunaan trombolitik).
2. Menentukan kebutuhan rehabilitasi.
3. Memprediksi prognosis dan risiko komplikasi

Berikut beberapa skala standar:

1. NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)

Skala 0–42 untuk menilai derajat defisit neurologis (Brott et al., 1989).

Skor:

- a. 0–4: ringan
- b. 5–15: sedang
- c. 16–20: berat
- d. 20: sangat berat

2. Glasgow Coma Scale (GCS)

Untuk menilai kesadaran. Skor 3–15. Skor <8 mengindikasikan koma (Teasdale & Jennett, 1974).

3. Modified Rankin Scale (mRS)

Menilai kecacatan pasca stroke. Skor:

- a. 0: tidak ada gejala
- b. 1–2: gejala ringan
- c. 3–5: sedang–berat

d. 6: meninggal dunia

Keparahan stroke menggambarkan tingkat gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kerusakan pada jaringan otak. Tingkat keparahan ini dipengaruhi oleh lokasi dan luasnya kerusakan otak, serta kecepatan penanganan awal. Stroke diklasifikasikan menjadi dua tipe utama: stroke iskemik (non hemoragik) dan stroke hemoragik, dengan stroke iskemik menjadi tipe yang paling umum terjadi (sekitar 80% dari semua kasus stroke). Meskipun stroke non hemoragik tidak melibatkan perdarahan, keparahan defisit neurologis yang ditimbulkannya tetap signifikan dan dapat menyebabkan gangguan motorik, kognitif, serta penurunan kualitas hidup pasien.

Semakin berat tingkat keparahan stroke, semakin kompleks pula kebutuhan rehabilitasi yang diperlukan. Keparahannya stroke memengaruhi derajat kecacatan fungsional pasien, seperti kemampuan berjalan, berbicara, makan, hingga melakukan aktivitas dasar sehari-hari (ADL). Oleh karena itu, pasien dengan stroke berat memerlukan durasi dan frekuensi rehabilitasi yang lebih panjang dan intensif dibandingkan pasien dengan stroke ringan (Sumiyati, 2021).

Keparahan stroke berpotensi menurunkan motivasi dan kemampuan fisik pasien untuk mengikuti rehabilitasi secara konsisten. Dalam beberapa kasus, keluarga pasien juga mengalami kelelahan fisik dan psikologis karena harus merawat pasien dengan ketergantungan tinggi. Hal ini dapat menurunkan kepatuhan terhadap jadwal terapi. Studi oleh (Setyoadi et al., 2017) menyatakan bahwa pasien stroke dengan ketergantungan sedang hingga berat

cenderung memerlukan dukungan lebih besar agar tetap patuh mengikuti rehabilitasi.

Namun, tidak semua pasien dengan stroke berat menjadi tidak patuh. Penelitian menunjukkan bahwa dengan dukungan keluarga yang optimal dan motivasi tinggi, pasien tetap dapat menunjukkan kepatuhan yang baik. Hal ini diperkuat oleh studi (Wardhani & Martini, 2015) yang menyatakan bahwa keparahan stroke memang berkorelasi dengan kepatuhan, namun dampaknya dapat dimoderasi oleh faktor-faktor lain seperti dukungan keluarga dan edukasi.

Keparahan stroke sangat mempengaruhi proses dan hasil rehabilitasi pasien. Rizkon Halalan (2024) dalam penelitiannya menggunakan instrumen NIHSS di RSUD ANNA Medika Madura menemukan bahwa hampir setengah pasien stroke mengalami keparahan stroke berat (33%) dan sangat berat (26,6%). Keparahan stroke lebih banyak terjadi pada pasien berusia lanjut dan berpendidikan rendah, dua faktor yang diketahui memperburuk derajat keparahan akibat penurunan elastisitas pembuluh darah otak serta minimnya pemahaman tentang pencegahan stroke. Pasien dengan stroke berat memiliki gangguan signifikan pada motorik lengan dan tungkai, sensorik, serta bicara (disartria). Hal ini membatasi kemampuan mereka dalam mengikuti rehabilitasi mandiri dan memerlukan dukungan penuh baik dari tenaga kesehatan maupun keluarga. NIHSS sebagai alat ukur kuantitatif keparahan stroke menjadi indikator penting untuk menentukan strategi rehabilitasi yang tepat.

Anggun Puspita Anggreini et al. (2024) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara derajat disabilitas dan kualitas hidup pasien pasca stroke di Puskesmas Kedungmundu Semarang dengan nilai korelasi negatif sedang ( $r = -0,542$ ;  $p = 0,000$ ). Mayoritas pasien mengalami disabilitas sedang (56,7%) dan kualitas hidup buruk (89,6%). Hal ini menunjukkan semakin tinggi disabilitas, maka semakin rendah kualitas hidup pasien, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Disabilitas yang tinggi menyebabkan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari dan berdampak besar terhadap beban keluarga. Dalam studi oleh (Shamoun, C., & Harris, 2022), ditemukan bahwa semakin tinggi tingkat disabilitas pasien stroke, semakin besar beban yang dirasakan caregiver ( $r = 0,401$ ;  $p < 0,000$ ). Ini menunjukkan pentingnya pengelolaan disabilitas pasca stroke tidak hanya untuk pemulihan pasien, tetapi juga untuk kesejahteraan keluarga yang merawat.

Tingkat keparahan stroke dan disabilitas sangat menentukan arah dan intensitas program rehabilitasi. Pasien dengan tingkat keparahan tinggi membutuhkan intervensi yang komprehensif, termasuk latihan ROM (range of motion), terapi wicara, dan dukungan psikososial. Keterlibatan keluarga dalam perawatan menjadi sangat krusial karena mereka menjadi caregiver utama yang membantu pemenuhan ADL (activity daily living).

## **2.8 Status Ekonomi**

Istilah "ekonomi" berasal dari bahasa Yunani "oikonomia" yang berarti mengatur rumah tangga. Dalam konteks sosial, status sosial ekonomi mengacu pada kedudukan individu atau keluarga dalam masyarakat

berdasarkan faktor ekonomi dan sosial seperti pendapatan, pekerjaan, dan pendidikan. Kedudukan ini mempengaruhi akses terhadap fasilitas dan pergaulan dalam masyarakat, termasuk akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Status sosial ekonomi yang lebih tinggi biasanya berkaitan dengan lebih mudahnya individu mengakses layanan kesehatan, sedangkan status sosial ekonomi yang lebih rendah seringkali menghadirkan tantangan dalam memperoleh perawatan medis yang optimal (M Irham, 2024)

Status sosial ekonomi terdiri dari aspek struktural dan fungsional. Aspek struktural merujuk pada tingginya atau rendahnya kedudukan dalam hierarki sosial, sementara aspek fungsional berhubungan dengan peran sosial yang dijalankan oleh individu dalam masyarakat. Soerjono Soekanto menekankan bahwa status sosial mencakup prestise serta hak dan kewajiban seseorang dalam masyarakat, yang pada gilirannya mempengaruhi akses mereka terhadap berbagai sumber daya, termasuk dalam hal layanan kesehatan. Fungsi status sosial ini juga mempengaruhi kualitas hidup dan kondisi kesehatan individu, yang berhubungan langsung dengan tingkat kemampuan untuk mengelola penyakit kronis seperti stroke (Sun et al., 2023).

Status sosial ekonomi seseorang tidak hanya dipengaruhi oleh kekayaan, tetapi juga oleh faktor-faktor lain seperti pekerjaan, sistem kekerabatan, jabatan, dan agama. Dalam masyarakat, status sosial yang tinggi dapat memudahkan seseorang dalam berinteraksi dan dikenal, bahkan tanpa harus mengetahui identitas personalnya. Sebaliknya, mereka yang berada pada status sosial ekonomi rendah seringkali menghadapi hambatan dalam

mendapatkan perhatian medis yang memadai, yang dapat meningkatkan risiko readmisi penderita stroke ke rumah sakit (Marshall et al., 2015).

Status sosial dapat dibedakan menjadi tiga jenis utama: ascribed status (berdasarkan keturunan), achieved status (berdasarkan usaha pribadi), dan assigned status (diberikan karena pertimbangan tertentu, seperti jasa terhadap masyarakat). Ketiga jenis status ini menunjukkan cara seseorang memperoleh kedudukan sosialnya, yang pada gilirannya akan memengaruhi kemampuan mereka dalam mengakses dan memanfaatkan sumber daya, termasuk perawatan kesehatan. Untuk penderita stroke, status yang diperoleh melalui usaha pribadi atau melalui pemberian karena peran sosial tertentu seringkali mempengaruhi kualitas dan keberlanjutan perawatan yang diterima (Yamanie et al., 2023).

Coleman dan Cressey mengklasifikasikan status sosial ekonomi menjadi dua kategori utama: status atas dan status bawah. Individu dengan status atas memiliki kepemilikan harta yang melimpah dan tinggal di kawasan elit, sementara individu dengan status bawah biasanya memiliki pendapatan rendah dan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Penelitian oleh (Man, S., Bruckman, D., Tang, A. S., Uchino, K., & Schold, 2021) menunjukkan bahwa penderita stroke dari kelompok sosial ekonomi rendah lebih rentan mengalami readmisi karena keterbatasan akses terhadap fasilitas medis dan kesulitan dalam mendapatkan pengobatan lanjutan, termasuk perawatan pasca stroke yang esensial untuk mengurangi risiko kekambuhan.

Tingginya ketimpangan sosial ekonomi turut memperburuk kualitas hidup penderita stroke dan meningkatkan risiko readmisi. Pasien stroke dari kelompok sosial ekonomi rendah cenderung menghadapi kendala dalam akses pengobatan pasca rawat inap, baik dari segi biaya maupun pemahaman tentang pengelolaan penyakit. Menurut studi oleh (Langagergaard et al., 2011) , pasien dengan pendidikan rendah dan status pekerjaan yang tidak tetap cenderung mengalami keterlambatan dalam menerima perawatan lanjutan atau pengobatan yang tepat, sehingga meningkatkan angka readmisi. Kondisi ini juga diperburuk oleh kurangnya pemahaman mengenai pencegahan komplikasi dan perubahan gaya hidup sehat.

Stratifikasi sosial memengaruhi kualitas hidup dan akses layanan kesehatan individu. (Rossiter, 2023) membagi stratifikasi sosial ke dalam enam kelas, dari kelas atas hingga kelas bawah. Perbedaan dalam stratifikasi ini mempengaruhi kesempatan individu untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang memadai. Penderita stroke dari kelas sosial bawah memiliki kemungkinan lebih besar untuk tidak mendapatkan perawatan jangka panjang yang memadai, meningkatkan kemungkinan mereka untuk mengalami readmisi ke rumah sakit.

Status sosial ekonomi keluarga juga tercermin dalam pola hidup dan kondisi fisik, termasuk dalam hal perawatan kesehatan. Keluarga dengan status sosial ekonomi atas biasanya tinggal di rumah mewah, memiliki pekerjaan profesional, dan dapat mengakses fasilitas kesehatan tanpa kesulitan. Sebaliknya, keluarga dengan status sosial ekonomi rendah seringkali menghadapi kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka,

termasuk dalam mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas. Hal ini berpengaruh langsung terhadap kondisi kesehatan mereka, termasuk peningkatan angka readmisi pada penderita stroke.

Status sosial ekonomi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesehatan individu, termasuk dalam hal penderita stroke. Ketimpangan dalam status sosial ekonomi dapat memengaruhi akses terhadap layanan kesehatan, kepatuhan terhadap perawatan lanjutan, serta kemampuan untuk mengelola penyakit, yang pada akhirnya meningkatkan risiko readmisi ke rumah sakit. Oleh karena itu, pemahaman mengenai status sosial ekonomi dan perannya dalam kesehatan sangat penting untuk merancang intervensi yang efektif dalam mengurangi angka readmisi pada penderita stroke (Anggarawati, 2024).

Kondisi ekonomi masyarakat di Lampung juga dapat dilihat dari besaran upah minimum yang telah ditetapkan pemerintah. Pemerintah Provinsi Lampung menetapkan Upah Minimum Provinsi (UMP) tahun 2025 sebesar Rp2.893.070 per bulan, yang juga berlaku sebagai Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) di 10 daerah termasuk Kabupaten Pringsewu (Keputusan Gubernur Lampung Nomor G/835/V.08/HK/2024). Besaran ini menunjukkan batas minimum pendapatan formal pekerja di wilayah tersebut. Jika dibandingkan dengan kebutuhan biaya pemulihan pasca-stroke, seperti fisioterapi jangka panjang, obat-obatan, transportasi ke rumah sakit, dan alat bantu kesehatan, maka UMP tersebut masih relatif terbatas untuk menanggung keseluruhan kebutuhan rehabilitasi. Kondisi ini dapat menjadi hambatan serius bagi pasien stroke dan keluarganya, terutama bagi mereka

yang hanya mengandalkan pendapatan setara UMP. Dengan demikian, data UMP Lampung 2025 memperkuat gambaran bahwa faktor ekonomi berperan signifikan terhadap kepatuhan pasien dalam menjalani rehabilitasi pasca-stroke di RSUD Pringsewu.

Pemerintah Provinsi Lampung secara resmi menetapkan Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) 2025 untuk wilayah di Provinsi Lampung terdapat 10 kabupaten UMK mengikuti UMP sebesar Rp2.893.070 per bulan, Pesawaran, Pringsewu, Tulangbawang, Tulangbawang Barat, Pesisir Barat, Lampung Tengah, Lampung Timur, Lampung Utara, Tanggamus, dan Lampung Barat. (Keputusan Gubernur Lampung Nomor: G/835/V.08/HK/2024 tentang Penetapan Upah Minimum Provinsi Lampung Tahun 2025) Keputusan Gubernur Lampung tentang Upah Minimum Provinsi (UMP) Lampung tahun 2025 telah resmi ditetapkan melalui SK Gubernur Lampung Nomor G/835/V.08/HK/2024 Tanggal penetapan: 10 Desember 2024 Besaran UMP Lampung 2025: Rp2.893.070,- per bulan Kenaikan: 6,5% dari UMP 2024 (atau naik Rp176.573) Berlaku mulai 1 Januari 2025 untuk pekerja/buruh dengan masa kerja kurang dari satu tahun (Depnaker Provinsi Lampung, 2025).

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang tidak hanya berdampak pada aspek fisik dan psikologis, tetapi juga memberikan beban ekonomi yang besar bagi pasien dan keluarganya. Proses pemulihan pasca stroke sering kali membutuhkan fisioterapi jangka panjang, obat-obatan berkelanjutan, serta pengawasan intensif yang memerlukan sumber daya finansial yang memadai. Penelitian oleh (Hanna, H., & Rahayu, 2022) menyatakan bahwa terdapat

hubungan yang signifikan antara tingkat pendapatan pasien pasca stroke dengan aktivitas kehidupan sehari-hari (AKS). Pasien dengan pendapatan tinggi cenderung lebih mandiri dan mampu menjalankan aktivitas harian secara optimal. Dalam penelitian tersebut, nilai signifikansi antara tingkat pendapatan dan AKS adalah  $p = 0,024$ , yang menunjukkan hubungan bermakna secara statistik.

Sementara itu, Siprianus (Abdu et al., 2022) menemukan bahwa status pekerjaan (yang mencerminkan kondisi sosial ekonomi) berhubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien pasca stroke ( $p = 0,022$ ). Pasien yang masih memiliki pekerjaan atau penghasilan cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien yang tidak bekerja atau sudah pensiun. Penelitian ini menggarisbawahi pentingnya dukungan ekonomi dalam menunjang pemulihan dan kesejahteraan emosional pasien.

Selanjutnya, (Anggarawati et al., 2024) juga mengidentifikasi bahwa tingkat sosial ekonomi berhubungan signifikan dengan kepatuhan pasien dalam menjalani fisioterapi pasca stroke. Dalam studinya di RSUD Arifin Achmad, Riau, pasien dengan status ekonomi lebih tinggi lebih konsisten mengikuti sesi terapi. Selain itu, dukungan keluarga dan budaya yang positif turut memperkuat kepatuhan tersebut. Hasil analisis menunjukkan  $p < 0,05$ , yang memperkuat adanya hubungan ekonomi dengan keberhasilan rehabilitasi.

Beban ekonomi akibat stroke tidak hanya dirasakan oleh pasien, tetapi juga memengaruhi kondisi keuangan keluarga. Biaya rawat inap, terapi lanjutan, alat bantu, dan pengobatan jangka panjang dapat menguras

pendapatan keluarga, terlebih bagi yang berada pada kelompok pendapatan rendah. Keluarga juga harus menanggung hilangnya pendapatan jika pasien adalah pencari nafkah utama atau jika anggota keluarga lainnya harus berhenti bekerja untuk menjadi caregiver.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Hanna, H., & Rahayu, 2022), (Abdu et al., 2022), dan (Anggarawati et al., 2024), dapat disimpulkan bahwa faktor ekonomi memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup, kemandirian, dan kepatuhan pasien stroke dalam menjalani rehabilitasi. Status ekonomi yang baik mempermudah akses terhadap layanan kesehatan, sedangkan kondisi ekonomi yang rendah menjadi hambatan utama dalam proses pemulihan. Oleh karena itu, aspek sosial ekonomi perlu diperhatikan dalam perencanaan intervensi rehabilitasi pasien stroke untuk meningkatkan hasil terapi dan kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

## **2.9 Keterjangkauan Layanan Kesehatan**

Keterjangkauan akses adalah sumber daya fisik yang ada sebelum suatu jasa dapat ditawarkan kepada konsumen (Notoatmodjo, 2018), Syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dimasyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan. Syarat pelayanan kesehatan yang baik lainnya adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat.

Pengertian keterjangkauan yang di maksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi didaerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan didaerah pedesaan, bukan pelayanan kesehatan yang baik (Budiman, 2020).

Faktor aksesibilitas dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu sebagai berikut.

1. Aksesibilitas fisik. Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu faktor tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan.
2. Aksesibilitas Ekonomi. Aksesibilitas ekonomi sisi pengguna dilihat dari kemampuan finansial responden untuk mengakses pelayanan kesehatan.
3. Aksesibilitas Sosial. Aksesibilitas sosial adalah kondisi non-fisik dan finansial yang mempengaruhi pengambilan keputusan untuk ke pelayanan kesehatan.

Akses Pelayanan Kesehatan dalam (Riskesdas, 2018) adalah mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, Puskesmas atau Puskesmas pembantu, praktik dokter atau klinik, praktik bidan atau rumah bersalin, Posyandu, Poskesdes atau Poskestren dan Polindes. Moda transportasi yang dapat digunakan oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan yang terdiri dari mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi

udara dan lainnya serta penggunaan lebih dari satu moda transportasi atau kombinasi. Waktu tempuh dengan moda transportasi tersebut yang paling sering digunakan oleh rumah tangga dalam bentuk menit. Kemudian yang terakhir memperoleh gambaran tentang biaya atau ongkos transportasi oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan dalam satu kali pergi (Ardenny, 2022)

Green dalam (Notoatmodjo, 2018) mengartikan *Enabling factors* sebagai faktor pendukung. Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau keterjangkauan akses kesehatan bagi masyarakat seperti: rumah sakit, puskesmas, poliklinik, posbindu, polindes, pos obat desa, dokter atau bidan praktek swasta, ketercapaian pelayanan kesehatan baik dari segi jarak maupun segi biaya dan sosial, adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tertentu. Faktor lain yang juga memungkinkan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah:

1. Pendapatan : Sejumlah penelitian telah mengungkapkan hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan.
2. Harga : Hubungan tarif dengan demand (permintaan) terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif maka demand akan menjadi semakin rendah.
3. Jaminan atau asuransi kesehatan : Asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan demand terhadap pelayanan kesehatan dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap demand adalah bersifat positif.

Nilai waktu bagi pasien : Ketika harga pelayanan kesehatan diminimalkan maka seseorang akan mempertimbangkan penggunaan waktu seperti jauh dekatnya dengan tempat pelayanan kesehatan atau lama waktu tunggu sebelum mendapat pelayanan kesehatan juga akan mendapat perhatian dari konsumen.

Waktu tempuh merupakan salah satu komponen penting dalam aksesibilitas pelayanan kesehatan, termasuk rehabilitasi. Waktu tempuh ini dipengaruhi oleh faktor geografis, infrastruktur, dan ketersediaan fasilitas kesehatan di daerah tertentu. Di wilayah perkotaan, waktu tempuh ke fasilitas rehabilitasi relatif singkat, yaitu sekitar 30–60 menit, tergantung pada lokasi tempat tinggal pasien dan tingkat kemacetan lalu lintas. Penelitian oleh (Rahayu & Adiana, 2023) menunjukkan bahwa waktu tempuh kurang dari 30 menit meningkatkan frekuensi kunjungan pasien ke fasilitas kesehatan hingga 64,94% dibandingkan waktu tempuh lebih dari 60 menit yang hanya mencapai 8,8%. Di daerah pedesaan, waktu tempuh cenderung lebih lama karena terbatasnya fasilitas kesehatan dan infrastruktur jalan yang kurang memadai. Pasien di daerah terpencil mungkin membutuhkan waktu 1 hingga 3 jam untuk mencapai fasilitas rehabilitasi terdekat. Kondisi ini menjadi salah satu penyebab rendahnya akses layanan kesehatan di daerah pedesaan (Sutrisno, 2023).

Waktu tempuh yang panjang dapat mengurangi motivasi pasien untuk mengikuti program rehabilitasi secara rutin, yang pada akhirnya berdampak pada keberhasilan terapi. Sebuah studi oleh (Akbar et al., 2024) menyatakan bahwa waktu tempuh optimal ke fasilitas rehabilitasi adalah kurang dari 30

menit, sedangkan waktu tempuh lebih dari 80 menit secara signifikan menurunkan kepatuhan pasien terhadap jadwal rehabilitasi. Untuk mengatasi tantangan waktu tempuh, pemerintah dan pihak terkait dapat meningkatkan distribusi fasilitas kesehatan, terutama di daerah terpencil, dan memperbaiki infrastruktur transportasi. Penyediaan layanan kesehatan bergerak (*mobile health services*) dan telemedicine juga menjadi solusi yang efektif dalam menjangkau pasien dengan waktu tempuh yang panjang (Haryono, 2023). Menurut Riskesdas (2020) waktu tempuh ke fasilitas kesehatan dikatakan jarak jauh jika > 60 menit, biaya transportasi > Rp 50.000,-. Waktu tempuh lebih dari 60 menit, terutama di daerah terpencil, cenderung mengurangi frekuensi kunjungan pasien (Rahayu & Adiana, 2023). dan biaya kurang dari Rp50.000 per perjalanan masih terjangkau untuk sebagian pasien, terutama jika ada opsi kendaraan umum yang memadai (Rahayu & Adiana, 2023). Jarak lebih dari 20 km, terutama dengan akses transportasi yang minim, menjadi hambatan signifikan untuk pasien (Nasution et al., 2024).

### **2.10 Pelayanan Petugas Kesehatan**

Petugas kesehatan adalah seseorang yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Petugas kesehatan berdasarkan pekerjaannya adalah tenaga medis, dan tenaga paramedis seperti tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga penunjang medis dan lain sebagainya. Ada dua aspek mutu pelayanan kesehatan yang perlu dilakukan di puskesmas yaitu *quality of care* dan *quality of service*. *Quality of care* antara lain menyangkut keterampilan teknis petugas

kesehatan (dokter, bidan, perawat atau paramedis lain) dalam menegakkan diagnosis dan memberikan perawatan kepada pasien (Kemenkes, 2021).

Peran adalah tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Peran adalah suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, sikap yang diharapkan oleh masyarakat muncul dan menandai sifat dan tindakan si pemegang kedudukan. Jadi peran menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umum. Adapun peran petugas kesehatan dalam promosi kesehatan menurut (Mubarak & Wahit, 2014) adalah sebagai berikut :

## **2. Peran sebagai *Advocator***

Sebagai seorang tenaga kesehatan peran sebagai *advocator* dalam sosialisasi atau promosi kesehatan sangat diperlukan, sebagai *advocator* seorang tenaga kesehatan harus mampu melakukan pendekatan dan pelatihan kepada tokoh masyarakat setempat, baik tokoh masyarakat formal maupun informal, membantu pasien dalam memahami informasi yang didapatkan, membantu pasien dalam mengambil keputusan terkait tindakan medis yang akan dilakukan serta memfasilitasi pasien dan keluarga serta masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan yang optimal (Afidah & Sulisno, 2019).

Indikator keberhasilan advokasi juga dapat diukur melalui indikator keluaran (*output*), proses, dan masukan (*input*). Indikator keluaran meliputi adanya kepedulian, keterlibatan dan dukungan, serta kesinambungan upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana,

sarana, kemudahan, atau keterlibatan dalam kegiatan atau gerakan. Keluaran kegiatan advokasi adalah undang-undang, peraturan daerah, instruksi yang mengikat masyarakat atau instansi berkenaan dengan masalah kesehatan. Indikator proses meliputi adanya sasaran yang jelas, bahan informasi atau advokasi, dan kesiapan pelaku advokasi (Mubarak & Wahit, 2014).

### **3. Peran sebagai *Educator***

Peran sebagai *educator* harus dimiliki oleh seluruh tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan sebagai pendidik harus mampu untuk mendidik dan mengajarkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta tenaga kesehatan lain sesuai dengan tanggung jawabnya. Tenaga kesehatan sebagai pendidik berupaya untuk memberikan pendidikan atau penyuluhan kesehatan kepada klien dengan evaluasi yang dapat meningkatkan pembelajaran (Mubarak & Wahit, 2014).

Memberikan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kesehatan disetiap tatanan pelayanan kesehatan agar mereka mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Ciri-ciri tenaga kesehatan sebagai pendidik adalah memberikan pengetahuan, informasi, dan pelatihan ketrampilan kepada pasien, keluarga pasien maupun anggota masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Tenaga kesehatan sebagai pendidik bertugas untuk memberikan pengajaran baik dalam lingkungan klinik, komunitas, sekolah, maupun pusat kesehatan masyarakat (Nurfadillah, 2019).

Memberikan pengetahuan kepada masyarakat artinya akan terjadi suatu proses belajar. Didalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok, yakni masukan (*input*), proses, dan keluaran (*output*). Persoalan masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri subjek belajar. Didalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, pengajar atau fasilitator belajar, metode yang digunakan, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yang terdiri dari kemampuan baru atau perubahan baru pada diri subjek belajar (Notoatmodjo, 2020). Pada uraian di atas dapat disimpulkan bahwa indikator keluaran (*input*) pada proses belajar tidak akan baik jika pada prosesnya tidak dilakukan secara maksimal. Salah satu yang ada dalam proses tersebut adalah peran tenaga kesehatan sebagai seorang pendidik yang memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat.

#### **4. Peran sebagai *Motivator***

Sebagai seorang tenaga kesehatan peran sebagai motivator tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, bimbingan dan meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi seperti; dukun, kader kesehatan, dan masyarakat, untuk tumbuh kembang ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan. (Mubarak & Wahit, 2014).

Upaya yang dilakukan tenaga kesehatan sebagai pendamping adalah menyadarkan dan mendorong kelompok untuk mengenali potensi dan masalah, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah itu. Didalam proses pembentukan dan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri. Faktor-faktor tersebut salah satunya adalah motivasi (Notoatmodjo, 2020). Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku (Notoatmodjo, 2020).

#### **5. Peran sebagai *Fasilitator***

Peran sebagai seorang fasilitator juga harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan. Sebagai seorang fasilitator tenaga kesehatan harus mampu memberikan bimbingan teknis dan memberdayakan pihak yang sedang didampingi. Keberhasilan pelaku pemberdayaan dalam memfasilitasi proses pemberdayaan juga dapat diwujudkan melalui peningkatan partisipasi aktif masyarakat. Fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga hal penting yakni optimalisasi fasilitasi, waktu yang disediakan, dan optimalisasi partisipasi masyarakat (Notoatmodjo, 2020).

Pengukuran sikap/peran/perilaku digolongkan pada dua golongan yaitu pengukuran secara langsung tidak berstruktur dan secara berstruktur (Pahpahan et al., 2021):

- a. Pengukuran langsung tidak berstruktur: caranya melakukan wawancara bebas (*free interview*) tetapi berpedoman pada panduan wawancara.

b. Pengukuran langsung berstruktur: artinya menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun secara sistematis dan berstruktur yang ditanyakan langsung kepada responden baik secara lisan atau tertulis. Salah satu alat pengukuran sikap cukup terkenal dan praktis adalah pengukuran sikap skala Likert. Skala likert mengukur sikap sejumlah pertanyaan berupa berilah tanda centang (✓) pada alternatif jawaban cocok dengan pendapat atau diri anda masing-masing pertanyaan dibawah ini.

Menurut Likert dalam (Budiman & Riyanto, 2019), dengan skala Likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun *item-item* instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat *favorable* (positif) bersifat *unfavorable* (negatif). Sistem penilaian dalam skala Likert adalah sebagai berikut:

**Item *Favorable*:** sangat setuju/baik (5), setuju/baik (4), ragu-ragu (3), tidak setuju/baik (2), sangat tidak setuju/baik (1).

**Item *Unfavorable*:** sangat setuju/ baik (1), setuju/ baik (2), ragu-ragu (3), tidak setuju/ baik (4), sangat tidak setuju/ baik (5).

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung, yakni dengan pengamatan (obsevasi), yaitu mengamati tindakan dari subyek dalam rangka memelihara kesehatannya. Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (recall) (Riduwan, 2015). Metode ini dilakukan melalui

pertanyaan – pertanyaan terhadap subyek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan obyek tertentu.

Menurut Likert dalam (Riduwan, 2015), dengan skala Likert maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Kemudian indikator tersebut dijadikan sebagai titik tolak untuk menyusun item-item instrumen yang dapat berupa pernyataan atau pertanyaan, baik bersifat favorable (positif) bersifat bersifat unfavorable (negatif).

Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala Likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negative. Sistem penilaian dalam skala Likert adalah sebagai berikut: Item Favorable: sangat setuju/baik (5), setuju/baik (4), ragu-ragu (3), tidak setuju/baik (2), sangat tidak setuju/baik (1). Item Unfavorable: sangat setuju/ baik (1), setuju/ baik (2), ragu-ragu (3), tidak setuju/ baik (4), sangat tidak setuju/ baik (5).

Pelayanan petugas kesehatan mengacu pada segala bentuk interaksi profesional antara tenaga medis (dokter, perawat, fisioterapis, dan tenaga rehabilitasi lainnya) dengan pasien dan keluarganya dalam rangka proses pemulihan dan pengobatan. Pelayanan ini mencakup aspek teknis (kompetensi dan keterampilan), komunikasi (empati, keterbukaan informasi), serta pendekatan edukatif dalam mendukung kesembuhan pasien. Dalam konteks stroke, pelayanan ini menjadi ujung tombak untuk memastikan pasien memahami pentingnya rehabilitasi dan mengikuti prosedur medis dengan patuh.

Pelayanan tenaga kesehatan tidak hanya berfokus pada aspek kuratif, tetapi juga berfungsi sebagai agen perubahan perilaku, terutama dalam meningkatkan kepatuhan pasien dan keluarganya. Petugas kesehatan yang memberikan edukasi yang jelas, konsisten, dan komunikatif terbukti dapat meningkatkan pemahaman keluarga terhadap pentingnya rehabilitasi pasca stroke. Dalam jurnal *Quantum Wellness* (2025), disebutkan bahwa konsistensi edukasi dan pemantauan dari petugas kesehatan berkontribusi besar terhadap meningkatnya motivasi dan kepatuhan pasien dalam menjalani rehabilitasi medik.

Pelayanan kesehatan yang baik meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, yang pada gilirannya akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan. Penelitian oleh (Wardhani & Martini, 2015) menyatakan bahwa pelayanan petugas kesehatan yang dianggap berkualitas berbanding lurus dengan keberhasilan program rehabilitasi. Pasien yang merasa diperlakukan dengan baik dan dihargai cenderung lebih kooperatif dan mengikuti anjuran medis secara rutin.

Rehabilitasi pasca stroke merupakan fase penting dalam pemulihan pasien untuk mengembalikan fungsi motorik dan kualitas hidup secara optimal. Peran petugas kesehatan dalam hal ini sangat krusial, mulai dari edukasi, terapi fisik, hingga pendampingan psikososial pasien dan keluarganya. Penelitian oleh Putri dan Karo-Karo (2024) di Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam menyoroti pentingnya peran petugas promosi kesehatan dalam meningkatkan motivasi pasien stroke untuk mengikuti fisioterapi. Edukasi yang diberikan secara langsung dan dikemas dengan

bahasa sederhana terbukti mampu meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya fisioterapi pasca stroke. Promosi kesehatan dianggap efektif ketika pasien mampu memahami informasi yang diberikan, sehingga menumbuhkan minat dan kesadaran untuk menjalani terapi secara berkelanjutan.

Selanjutnya, kajian yang dilakukan oleh Silalahi (2019) menekankan peran perawat dalam tindakan rehabilitatif melalui pelatihan Range of Motion (ROM) pasif. Latihan ini terbukti meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pasien pasca stroke. Perawat juga berperan dalam memberikan edukasi kepada keluarga agar mampu melanjutkan terapi secara mandiri di rumah. Hasil implementasi terapi menunjukkan peningkatan skor ARA Test setiap harinya, meskipun pelaksanaan hanya dilakukan selama empat hari.

Dalam konteks yang lebih luas, Marlina et al. (2023) melalui studi tinjauan sistematis menyimpulkan bahwa rehabilitasi pasca stroke paling efektif dilakukan dengan pendekatan tim multidisiplin. Tim ini terdiri dari dokter spesialis, fisioterapis, perawat, terapis okupasi, psikolog, serta dukungan keluarga pasien. Rehabilitasi yang melibatkan mobilisasi dini, latihan aktif maupun pasif, serta penggunaan teknologi seperti mirror therapy, transcranial stimulation, dan telerehabilitasi, terbukti meningkatkan fungsi motorik dan kualitas hidup pasien secara signifikan. Namun, tantangan yang dihadapi adalah keterbatasan akses terhadap teknologi canggih di negara berkembang seperti Indonesia, sehingga diperlukan desain program rehabilitasi yang lebih sederhana dan

terjangkau. Dengan demikian, seluruh hasil penelitian menunjukkan bahwa keberhasilan rehabilitasi pasca stroke tidak hanya bergantung pada terapi medis, tetapi juga pada dukungan edukatif dan rehabilitatif yang diberikan oleh petugas kesehatan serta keterlibatan aktif keluarga pasien.