

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu penyakit gangguan fungsional otak yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Gangguan fungsional otak ini berupa kelumpuhan pada saraf (*deficit neorologic*) (Tamburian, 2020).

Menurut WHO tahun 2014, stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian. Stroke yaitu suatu keadaan yang muncul karena adanya gangguan vaskularisasi di otak sehingga terjadi kematian jaringan otak yang dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian (Sobirin, 2015).

Dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan keadaan klinis yang terjadi akibat adanya gangguan perdarahan di otak sehingga menyebabkan hilangnya sebagian fungsi otak yang dapat menimbulkan kelumpuhan.

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

1. Stroke Iskemik

Hampir 80-85% stroke iskemik merupakan komplikasi dari penyakit vaskuler, yang ditandai dengan gejala penurunan tekanan darah yang

mendadak, takikardi, pucat dan pernapasan tidak teratur (Sobirin, 2015). Stroke iskemik yaitu stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak yang adanya sumbatan hingga menyebabkan hipoksia pada otak dan terjadi perdarahan (AHA, 2015).

2. Stroke Hemoragik

Sekitar 15-20% stroke hemoragik menduduki dari semua kasus stroke. Stroke jenis ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadian berlangsung saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun (Sobirin, 2015).

2.1.3 Etiologi

Penyebab stroke antara lain, trombosis (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak), embolisme cerebral (bekuan darah atau material lain), iskemia (penurunan aliran darah ke area otak), serta hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak, yang akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi (Smeltzer & Bare, 2015).

2.1.4 Faktor Risiko

Dalam Lewis et al tahun 2011, faktor resiko stroke dibagi menjadi dua bagian, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor

risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi :

- Usia, sangat berperan penting dalam risiko peningkatan penyakit stroke, yaitu pada usia 55 tahun ke atas.
- Riwayat keluarga, keturunan dari penderita stroke diketahui menyebabkan perubahan penanda aterosklerosis awal, yaitu proses terjadinya timbunan zat lemak dibawah lapisan dinding pembuluh darah yang dapat memicu terjadinya stroke.
- Jenis kelamin, prevalensi kejadian stroke pada pria dan wanita hampir sama, hanya saja wanita lebih banyak meninggal akibat stroke dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan wanita lebih rendah dalam bertahan hidup.
- Ras, ras African American mempunyai insiden tertinggi dari stroke dan kejadian meninggal lebih tinggi dibandingkan berkulit putih.

Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, kadar kolesterol dan lemak darah, diabetes melitus, kebiasaan merokok, aktivitas fisik, penggunaan kontrasepsi hormonal, dan obesitas. Faktor risiko yang dapat diubah ini sangat berhubungan dengan gaya hidup, sehingga sangat diperlukan kerjasama keluarga dalam perubahan gaya hidup ke arah yang lebih sehat (Lewis, *et al.*, 2011).

2.1.5 Manifestasi Klinis

Stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori), serta ukuran area yang perfusinya tidak adekuat. Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Menurut Smeltzer & Bare tahun 2015, manifestasi klinis stroke antara lain:

1. Defisit lapang pandangan meliputi, tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan; kesulitan menilai jarak; diplopia.
2. Defisit motorik meliputi, hemiparesis (kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama); hemiplegi (paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama); ataksia (berjalan tidak mantap, dan tidak mampu menyatukan kaki); disartria (kesulitan berbicara); disfagia (kesulitan dalam menelan).
3. Defisit sensorik meliputi, kebas dan kesemutan pada bagian tubuh.
4. Defisit verbal meliputi, afasia ekspresif (tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami); afasia reseptif (tidak mampu memahami kata yang dibicarakan); afasia global (kombinal baik afasia reseptif dan ekspresif).
5. Defisit kognitif meliputi, kehilangan memori jangka pendek dan panjang; penurunan lapang perhatian; kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi; perubahan penilaian.

6. Defisit emosional meliputi, kehilangan kontrol diri; labilitas emosional; penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres; depresi; menarik diri; rasa takut, bermusuhan dan marah; serta perasaan isolasi.

2.1.6 Dampak Stroke

Dampak yang umum terjadi setelah seseorang terkena stroke yaitu masalah pada bagian fisiknya seperti kelemahan, mati rasa, dan kaku. Masalah fisik lainnya yang dapat terjadi karena stroke yaitu dysphagia (sulit menelan), fatigue (kekurangan energi atau keletihan), foot drop (ketidakmampuan untuk mengangkat bagian depan kaki), kelumpuhan atau paralisis, hemiparesis, kejang dan epilepsi, inkontinensia, nyeri, spasme otot pada tangan dan kaki, masalah tidur, masalah pada penglihatan. Terjadinya depresi dan *pseudobulbar affect* (PBA), dan dampak pada proses berfikir dan rasa ingin tahu pasien yaitu aphasia, kehilangan memori, dan *vascular dementia* juga merupakan dampak yang ditimbulkan oleh stroke (*National Stroke Association*, 2016 dalam Yuliani, 2019).

Seseorang yang terkena stroke akan menimbulkan kecacatan. Kecacatan yang ditimbulkan tergantung dari otak mana yang terserang dan seberapa parah kerusakan yang dialami. Dampak yang ditimbulkan dari seseorang yang terkena stroke seperti paralisis dan sukar mengontrol pergerakan, gangguan sensoris dan nyeri, *aphasia* (masalah dengan berbahasa), masalah dengan perhatian dan ingatan, dan gangguan emosi (Silva, *et al.*, 2014).

2.2 Konsep *Caring*

2.2.1 Definisi *Caring*

Caring dalam bahasa Inggris adalah keadilan. *Caring* adalah suatu bentuk kepedulian kepada seseorang terhadap apa yang dialami dan dibutuhkan oleh seseorang. Sikap ini memengaruhi cara manusia berfikir, berperasaan, dan bersikap ketika berinteraksi dengan orang lain, sehingga menghargai orang lain dan mempunyai perasaan memiliki serta bertanggung jawab (Potter & Perry, 2009).

Caring merupakan sikap, rasa hormat, peduli, menghargai satu sama lain yang artinya memberikan perhatian yang lebih kepada orang lain dengan mempelajari cara berfikir orang itu dan cara bagaimana seseorang dalam bertindak. Perhatian, tanggung jawab dan melakukan dengan ikhlas adalah 3 hal yang tidak dapat dipisahkan dengan *caring* (Purwaningsih, 2015).

Caring yaitu merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana seorang perawat profesional dalam bekerja harus lebih perhatian dan bertanggung jawab kepada pasiennya. *Caring* sangat penting dalam praktek keperawatan karena setiap pasien di rumah sakit pasti sangat mengharapkan perhatian dan bantuan dari perawat profesional serta berharap perawat dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat dan menginginkan penderitaannya segera diselesaikan.

2.2.2 Perilaku *Caring*

Perilaku adalah tindakan atau reaksi yang dilakukan seseorang terhadap orang lain. Dalam pelayanan keperawatan, perilaku perawat adalah suatu tanggapan dan tindakan terhadap kebutuhan dan keinginan dari pasien. Perilaku *caring* perawat merupakan sikap peduli kepada orang, menenangkan, menghormati harga diri dan kemanusiaan, memberi perhatian dan menghormati orang lain, serta komitmen untuk mencegah terjadinya status kesehatan yang buruk (Kusmiran, 2015).

Perilaku *caring* merupakan esensi dari keperawatan yang membedakan dengan profesi lain serta mempersatukan tindakan keperawatan. Perawat *caring* berinteraksi dengan klien, staf dan kelompok lain (Dwidiyanti, 2015). Dalam menjalankan profesi sebagai perawat, perilaku *caring* merupakan kunci sukses apabila dalam pelaksanaannya perawat mempunyai ilmu untuk mensintesa semua kejadian yang berhubungan dengan klien, mampu menganalisa, mengintepretasikan, mempunyai kata hati, dan mengerti apa yang terjadi terhadap masalah klien (Rinawati, 2012).

2.2.3 Faktor-faktor yang Memengaruhi Perilaku *Caring*

Faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* menurut Kusnanto (2019), yaitu:

a. Faktor individu

Variabel individu dikelompokkan dalam 2 variabel, yaitu kemampuan dan keterampilan adalah faktor penting yang bisa berpengaruh terhadap perilaku dan kinerja individu, serta kemampuan intelektual yang merupakan kapasitas individu dalam mengerjakan tugas dalam suatu kegiatan mental.

b. Faktor psikologis

Variabel psikologis terdiri atas sub variabel sikap, komitmen dan motivasi. Variabel psikologis bersifat kompleks dan sulit diukur.

c. Faktor organisasi

Faktor organisasi yang bisa berpengaruh dalam perilaku *caring* adalah sumber daya manusia, kepemimpinan, imbalan, struktur dan pekerjaan. Variabel imbalan akan mempengaruhi variabel motivasi, lalu secara langsung mempengaruhi kinerja individu.

Menurut Kusnanto (2019), ada beberapa faktor pembentuk perilaku *caring*, yaitu:

a. Membentuk sistem nilai humanistik-altruistik

Asuhan keperawatan yang berlandaskan pada nilai-nilai kemanusiaan (humanistik) dan perilaku yang mementingkan kepentingan orang lain di atas kepentingan pribadi (altruistik).

b. Menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*)

Dalam pemahaman ini perawat perlu menyampaikan informasi kepada individu tentang pengobatan alternatif yang ada. Perlu mengembangkan

hubungan perawat dan pasien yang efektif, perawat mempunyai perasaan optimis, harapan, dan rasa percaya diri.

- c. Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain

Dalam hal ini perawat dituntut untuk meningkatkan sensitivitas terhadap diri pribadi dan orang lain serta bersikap lebih baik.

- d. Membina hubungan saling percaya dan saling bantu (*helping-trust*)

Hubungan yang harmonis haruslah hubungan yang dilakukan secara jujur dan terbuka, ada rasa empati dan hangat.

- e. Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif dan negatif

Perawat mendengarkan semua keluhan dan perasaan pasien.

- f. Menggunakan proses pemecahan masalah kreatif

Metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada pasien digunakan dalam proses penyelesaian masalah dalam pengambilan keputusan.

- g. Meningkatkan belajar mengajar transpersonal

Memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal pasien.

- h. Memfasilitasi lingkungan yang suportif, protektif, atau memperbaiki mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual

Perawat perlu tahu pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kesehatan kondisi penyakit pasien.

i. Membantu memuaskan kebutuhan manusia

Perawat perlu tahu kebutuhan komprehensif diri sendiri dan pasien.

Pemenuhan kebutuhan paling dasar yang harus dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya.

2.2.4 Perilaku *Caring* dalam Praktik Keperawatan

Secara umum, *caring* dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain serta perasaan cinta atau menyayangi. Dalam praktik keperawatan, *caring* merupakan bagian inti yang penting dan sebagai sentral suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk bisa lebih peduli terhadap klien (Sartika, 2011).

Tujuan dari tindakan *caring* yaitu untuk memberikan asuhan fisik dengan meningkatkan rasa nyaman dan aman klien sambil memperhatikan emosi. Dalam melaksanakan praktik keperawatan perawat harus selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien sehingga memberikan pelayanan kesehatan yang tepat. Membina hubungan yang saling percaya, adalah cara *caring* dalam praktik keperawatan dapat dilakukan seorang perawat (Kusnanto, 2019).

Perilaku *caring* perawat juga dapat ditunjukkan dengan kemampuan komunikasi terapeutik yang diterapkan kepada pasien oleh perawat. Komunikasi terapeutik akan menentukan hubungan kerja antara perawat dengan klien dan keluarganya. Perawat yang memiliki keterampilan

berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan menjalin hubungan rasa percaya pada pasien, namun juga dapat mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit. Proses komunikasi terapeutik meliputi kemampuan dan komitmen yang tulus dari perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, membantu pasien dan keluarganya untuk mencapai keberhasilan dalam proses penyembuhan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pelayanan keperawatan melalui perilaku *caring* perawat dengan menggunakan komunikasi terapeutik dapat menentukan kepuasan pasien serta tolak ukur mutu pelayanan (Syamsuddin, 2014).

Aspek yang menjadi landasan perawat untuk care terhadap orang lain, yaitu:

- a. Aspek kontrak, yaitu sebagai seorang perawat profesional memiliki tugas untuk mempunyai sikap care sebagai kontrak kerja kita.
- b. Aspek etika, yaitu sebagai seorang perawat haruslah care kepada pasien. Dengan sikap care tersebut dapat memberikan kebahagiaan bagi orang lain.
- c. Aspek spiritual, sebagai seorang perawat religious haruslah orang yang care, bukan karena dia seorang perawat tapi lebih karena dia merupakan anggota suatu agama atau kepercayaan.

2.2.5 Cara Mengukur *Caring*

a. *Caring Behavior Assesment Tool*

Caring behavior assesment (CBA) dikembangkan menggunakan teori Watson dan 10 faktor karatif watson. Alat ukur ini digunakan untuk mengidentifikasi perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien. CBA terdiri dari 63 item pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 7 sub skala. Faktor 1, 2 dan 3 dari faktor karatif watson dikelompokkan menjadi satu kelompok dan faktor ke 6 dianggap oleh cronin dan harisson melekat pada seluruh faktor karatif lainnya. Jawaban dari pertanyaan menggunakan 5 skala likert yang menggambarkan tingkatan masing-masing perawat dalam merefleksikan perilaku *caring*.

b. *Caring Behavior Inventory* (CBI)

CBI dikembangkan oleh Jean Watson dengan menggunakan konsep dasar *caring* secara umum dan teori transpersonal *caring* watson. Alat ukur terdiri atas 42 item dengan alternatif jawaban menggunakan skala likert 4 poin, yaitu 1=sangat tidak setuju, 2=tidak setuju, 3=setuju, 4=sangat setuju.

c. *Caring Efficacy Scale* (CES)

CES dikembangkan oleh Dr. Carolie Coates untuk mengkaji kepercayaan diri tentang kemampuan dan kompetensi perawat dalam menunjukkan pengenalan *caring* dengan pasien. CES terdiri dari 30 item pertanyaan dengan menggunakan skala likert.

d. *Care-q (Caring Assesment Inventory)*

Care Q merupakan instrumen yang dapat dipakai dalam mempersepsikan perilaku *caring* perawat. Perilaku *caring* yang ditampilkan pada alat ukur Care Q meliputi 50 dimensi *caring* yang dibagi dalam 6 variabel, yaitu kesiapan dan kesediaan, penjelasan dan peralatan, rasa nyaman, antisipasi, hubungan saling percaya serta bimbingan dan pengawasan.

2.3 Kepuasan Pasien

2.3.1 Definisi

Kepuasan merupakan perasaan senang yang dialami seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktivitas dan suatu produk dengan harapannya (Nursalam, 2011).

Menurut Mamik (2010), kepuasan yaitu merupakan evaluasi atau penilaian seseorang setelah mendapatkan suatu pelayanan, bahwa pelayanan yang didapatkan memenuhi atau melebihi harapan.

Dapat disimpulkan bahwa, kepuasan pasien yaitu nilai subyektif pasien terhadap pelayanan yang diberikan setelah membandingkan dari hasil pelayanan yang diberikan dengan harapannya. Pasien akan merasa puas jika pelayanan yang diberikan sesuai harapan pasien atau bahkan lebih dari apa yang diharapkan pasien.

2.3.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Kepuasan Pasien

Menurut Farianita (2016), ada beberapa faktor yang memengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

- a. Aspek kenyamanan, mencakup tentang hal yang menyenangkan dalam semua kondisi, lokasi tempat pelayanan kesehatan, kebersihan, kenyamanan ruangan pasien, makanan dan minuman, dan peralatan yang tersedia dalam ruangan, tata letak, penerangan, kebersihan wc/kamar mandi, pembuangan sampah, serta kesegaran ruangan.
- b. Aspek hubungan pasien dengan petugas rumah sakit, seperti keramahan petugas terutama perawat, informasi yang diberikan petugas, tingkat komunikasi, responatif, suportif dan cekatan dalam melayani pasien, kemudahan dokter/perawat dihubungi, keteraturan dalam pemberian makanan, obat dan pengukuran suhu.
- c. Aspek kompetensi, meliputi kecepatan pelayanan pendaftaran, keterampilan dalam penggunaan teknologi, pengalaman petugas medis, gelar, terkenal serta keberanian dalam bertindak.
- d. Aspek biaya, aspek ini berkaitan dengan jumlah yang harus diberikan atas pelayanan yang telah didapatkan, seperti kewajaran biaya, kejelasan komponen biaya, biaya pelayanan, perbandingan dengan rumah sakit yang sejenis lainnya, tingkat masyarakat yang berobat, serta ada tidaknya keringanan bagi masyarakat yang kurang mampu.

Menurut Kotler dalam Nursalam (2011), mengatakan ada lima faktor yang dapat memengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

- a. Sarana fisik (*tangibility*), berupa bukti fisik yang dapat dilihat seperti gedung, perlengkapan, seragam pegawai dan komunikasi.
- b. Keandalan (*reliability*), meliputi kemampuan dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan cepat, akurat dan memuaskan.
- c. Ketanggapan (*responsiveness*), berupa inisiatif para pegawai untuk membantu pasien dengan tanggap dalam memberikan pelayanan terhadap kebutuhan pasien, bahkan sebelum pasien menyadari atau memintanya.
- d. Jaminan (*assurance*), yaitu pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang meliputi para perawat.
- e. Sikap peduli (*empaty*), berupa kemudahan dalam membangun hubungan komunikasi yang baik antara pegawai dengan pasien, dapat memahami kebutuhan pasien, dan perhatian terhadap pasien.

2.3.3 Pengukuran Kepuasan

Kepuasan pasien dapat digambarkan dengan sikap pasien yang berupa derajat kesukaan (kepuasan) dan ketidaksukaan (ketidakpuasan) pasien terhadap pelayanan yang pernah dilakukan sebelumnya. Hal ini dapat diketahui dari jumlah keluhan dari pasien/keluarganya, surat yang masuk dikotak saran maupun surat pembaca dikoran (Muninjaya, 2013).

Ada beberapa metode dalam mengukur kepuasan pasien menurut Nursalam (2011), antara lain:

a. Sistem keluhan dan saran

Pemberi pelayanan memberikan kepuasan pada pelanggan dengan cara menerima saran, serta keluhan masukan mengenai jasa layanan. Sistem seperti ini biasanya seperti kotak saran yang diletakkan di lokasi strategis, kartu pos berprangko, saluran telepon bebas pulsa, website, email dan lain-lain.

b. Survei kepuasan pelanggan

Model ini berusaha menggali tingkat kepuasan dengan melakukan survei kepada pelanggan. Survei akan mencerminkan kondisi lapangan yang sebenarnya mengenai sikap pelanggan terhadap jasa yang digunakan. Sistem ini dilakukan baik via pos, telepon, email, maupun tatap muka langsung.

c. *Ghost shopping*

Salah satu bentuk observasi yang memakai jasa orang yang menyamar sebagai pelanggan atau pesaing untuk mengamati dan akan melaporkan hal-hal yang berkaitan dengan cara memahami kelemahan dan kekuatan aspek pelayanan dan kualitas produk.

d. *Lost customer analysis*

Yaitu menganalisa pelanggan yang telah beralih menggunakan produk jasa dalam rangka memahami penyebab dan dapat melakukan perbaikan pelayanan.

2.3.4 Tujuan dan Manfaat Pengukuran Kepuasan

Tujuan pengukuran kepuasan yaitu untuk mengetahui dengan baik bagaimana jalannya proses, mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan untuk memuaskan pelanggan, dan untuk menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (Supranto, 2011). Pengukuran kepuasan pasien selaku pengguna jasa pelayanan kesehatan adalah untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepuasan pasien dan untuk menghitung indeks kepuasan pelanggan (Muninjaya, 2013).

BAB III

METODOLOGI PENELUSURAN LITERATUR

3.1 Desain Penelusuran Literatur

Desain penelitian ini menggunakan metode *literature review* atau kajian kepustakaan. Literature review merupakan suatu penelusuran dan penelitian kepustakaan dengan membaca berbagai buku, jurnal dan terbitan-terbitan lain yang berkaitan dengan topik penelitian untuk menghasilkan satu tulisan berkenaan dengan satu topik dan isu tertentu (Marzali, 2016).

3.2 Strategi Penelusuran Literatur

3.2.1 Kerangka Kerja

Beberapa tahapan yang harus dipertimbangkan dalam melakukan penelitian menurut Kothari (2009), yaitu:

1. Merumuskan tujuan penelitian
2. Mengidentifikasi studi yang relevan
3. Pemilihan studi
4. Mengakumulasi data
5. Menganalisis data

Metode penelusuran jurnal akan menggunakan metode SPIDER. SPIDER merupakan format yang diadaptasi dari metode PICO untuk