

Menggali Hambatan yang Dialami Pasangan Muda Pasca-Stroke dalam Melakukan Latihan Rentang Gerak di Rumah: Studi Kualitatif

Rinawati Kasrin^{1*}, Yendrizal Jafri¹, Rico Padu Ramadhan¹, Marisa Rahmi¹

¹Program Studi Pendidikan Ners, Universitas Perintis Indonesia, Indonesia

*Corresponding author : rinawatikasrin@yahoo.com

Article History:

Received : 30-07-2026

Accepted : 25-08-2026

Keywords: Stroke Usia Muda;
Pasangan; Rehabilitasi ROM;
Rumah

ABSTRAK

Stroke pada usia muda menimbulkan dampak fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi yang signifikan, tidak hanya bagi penyintas tetapi juga pasangan yang merawatnya di rumah. Rehabilitasi latihan rentang gerak (*Range of Motion/ROM*) merupakan komponen utama dalam pemulihan fungsi pasca-stroke, namun pelaksanaannya sangat bergantung pada kemampuan, kesiapan, dan dukungan pasangan sebagai *caregiver* utama. Penelitian dilaksanakan di wilayah Kerja puskesmas Gulai Bancah Bukittinggi. Tujuan penelitian ini mengeksplorasi faktor-faktor penghambat yang dialami pasangan pasien post-stroke usia muda dalam melaksanakan latihan ROM berbasis rumah. Pendekatan kualitatif fenomenologi digunakan untuk memahami secara mendalam pengalaman subjektif pasangan dalam merawat, mendampingi, dan memberikan latihan ROM kepada suami mereka. Sebanyak lima pasangan perempuan berusia 25–45 tahun berpartisipasi, dengan latar belakang pedagang, buruh, pengajar, pegawai swasta, dan ibu rumah tangga. Lama merawat berkisar antara satu hingga enam tahun. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-struktur dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. Lima tema utama ditemukan: (1) Beban fisik dan emosional pasangan dalam mendampingi latihan ROM; (2) Kurangnya pengetahuan dan keterampilan pasangan mengenai prosedur latihan ROM yang benar; (3) Hambatan lingkungan rumah dan keterbatasan fasilitas pendukung rehabilitasi; (4) Minimnya dukungan tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan rehabilitasi rumah; dan (5) Gangguan psikologis serta proses adaptasi peran yang dialami pasangan pasca-stroke. Dalam konteks teori *self-care deficit orem*, pasangan menghadapi defisit kemampuan perawatan diri dalam melaksanakan *supportive-educative nursing system*, terutama karena keterbatasan pengetahuan, kelelahan fisik, stres emosional, dan kurangnya dukungan sistem kesehatan. Penelitian ini menegaskan perlunya intervensi program edukasi dan pendampingan yang komprehensif dari tenaga kesehatan untuk mengoptimalkan keberhasilan rehabilitasi berbasis rumah pada penyintas stroke usia muda.

PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu penyebab kecacatan jangka panjang yang paling banyak terjadi di dunia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023) melaporkan bahwa stroke tidak hanya menyerang kelompok usia lanjut, tetapi juga semakin banyak terjadi pada kelompok usia muda, yaitu usia produktif 20-45 tahun. Di Indonesia, Riskesdas (2023) menunjukkan peningkatan kasus stroke pada usia muda sebesar 15-20% dalam satu dekade terakhir sebagai tren global yang mengkhawatirkan. Hal ini terjadi akibat gaya hidup, hipertensi tidak

terkontrol, stres psikosocial, dan meningkatnya faktor risiko metabolik. Fenomena ini membawa implikasi serius karena stroke pada usia produktif menyebabkan kehilangan fungsi fisik, penurunan peran sosial, dan beban ekonomi yang berat bagi keluarga.

Pasien pasca-stroke usia muda umumnya mengalami berbagai gangguan fungsional seperti hemiparesis, kelemahan ekstremitas, penurunan tonus otot, hingga keterbatasan aktivitas sehari-hari. Salah satu intervensi penting untuk mengurangi dampak kecacatan fisik adalah latihan Rentang Gerak (*Range of Motion/ROM*) yang dilakukan secara berkelanjutan di rumah. Latihan ROM membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, mencegah kontraktur, meningkatkan kekuatan otot dan mendukung neuroplastisitas serta mempercepat proses rehabilitasi. Rehabilitasi ini idealnya dilakukan secara teratur setiap hari, terutama pada enam bulan pertama fase pemulihan, waktu krusial bagi pemulihan fungsi motorik. Untuk pencapaian latihan ROM sangat bergantung pada dukungan *caregiver* utama, yang dalam konteks budaya Indonesia umumnya adalah pasangan hidup (istri).

Pelaksanaan latihan ROM di rumah tidak selalu berjalan efektif, terutama pada kasus stroke usia muda yang banyak mengandalkan pasangan (istri/suami) sebagai *caregiver* utama. Dalam banyak penelitian disebutkan bahwa pasangan memiliki peran besar dalam keberhasilan rehabilitasi pasien pasca-stroke, terutama dalam mendorong motivasi, memberikan pendampingan fisik, dan membantu melakukan latihan ROM secara rutin (Kim & Park, 2021). Meskipun demikian, realitas di lapangan menunjukkan bahwa pasangan muda sering menghadapi berbagai hambatan dalam memberikan latihan ROM di rumah. Hambatan tersebut meliputi beban fisik dan emosional, kurangnya pengetahuan atau keterampilan mengenai prosedur latihan, keterbatasan fasilitas rumah, minimnya dukungan tenaga kesehatan, serta perubahan psikologis saat beradaptasi dengan peran sebagai *caregiver*. Studi di Indonesia (Utami et al., 2021) menunjukkan bahwa istri yang merawat suami pasca-stroke sering mengalami kelelahan fisik, stres, dan ketidakpastian terkait cara melakukan perawatan dengan benar.

Pasangan pasien *post-stroke* usia muda seringkali harus memikul dua peran sekaligus, yaitu sebagai pasangan yang kehilangan dukungan peran dari suami, dan sebagai *caregiver* utama yang bertanggung jawab penuh atas perawatan sehari-hari, termasuk latihan ROM. Peran ini membawa beban fisik dan psikologis yang besar, terutama ketika pasangan tidak memiliki latar belakang kesehatan, keterampilan rehabilitasi, atau akses terhadap edukasi medis memadai. Kondisi ini menyebabkan latihan ROM tidak dilakukan secara optimal, tidak konsisten, atau bahkan dihentikan sepenuhnya. Ketidakmampuan pasangan dalam memberikan latihan ROM dapat mengarah pada komplikasi serius seperti kekakuan sendi, kontraktur, nyeri kronis, dan penurunan fungsi ekstremitas yang semakin memperburuk kualitas hidup pasien. Pelaksanaan rehabilitasi yang tidak optimal juga dapat menurunkan motivasi pasien, mempengaruhi dinamika relasi suami-istri, dan memperpanjang ketergantungan fisik pasien pada pasangan. Kondisi ini menempatkan pasangan dalam posisi *caregiver burden* yang berat dan berkelanjutan.

Faktor sosial budaya turut memperberat situasi ini. Dalam budaya Timur, istri umumnya diharapkan untuk berperan penuh dalam urusan domestik dan pengasuhan. Ketika suami mengalami stroke pada usia muda, peran tradisional ini menjadi semakin kompleks karena istri harus mengambil alih fungsi ekonomi, pengambilan keputusan rumah tangga, sekaligus menjadi perawat utama. Penelitian di Asia Tenggara menunjukkan bahwa perempuan

caregiver mengalami tingkat kelelahan fisik dan emosional lebih tinggi, serta lebih rentan terhadap stres, cemas, dan depresi ketika merawat pasangan *post-stroke* (Wong et al., 2021).

Minimnya edukasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan saat pasien dipulangkan dari rumah sakit juga menjadi faktor penghambat utama. Banyak pasangan melaporkan tidak mendapatkan pelatihan teknis mengenai cara melakukan latihan ROM yang benar, tidak mendapatkan lembar panduan, dan tidak ada tindak lanjut dari tenaga kesehatan setelah pasien kembali ke rumah. Hal ini mengakibatkan pasangan menggunakan cara-cara yang keliru atau menghindari latihan karena takut memperburuk kondisi pasien. Hambatan lingkungan juga tidak dapat diabaikan. Rumah yang sempit, tidak memiliki ruang latihan, penerangan buruk, tidak memiliki alat bantu sederhana (seperti matras, kursi stabil, atau penopang lengan), serta kondisi pekerjaan pasangan yang tidak fleksibel menyebabkan latihan ROM sulit dilakukan secara rutin. Hambatan-hambatan ini menurunkan intensitas latihan dan mengurangi efektivitas rehabilitasi di rumah.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa sekitar 40-60% latihan ROM di rumah gagal dilakukan secara rutin karena keterbatasan waktu, kelelahan fisik *caregiver*, kurangnya pengetahuan prosedural, rasa takut salah dalam memberikan latihan, kondisi rumah yang tidak mendukung, serta minimnya supervisi tenaga kesehatan (Smith et al., 2020; Dewi et al., 2022). Selain itu, pasangan dari penyintas stroke usia muda menunjukkan tingkat stres kronis yang lebih tinggi dibandingkan *caregiver* pasien usia lanjut, karena harus menanggung beban ekonomi, mengatur pekerjaan, dan menghadapi perubahan peran keluarga (Miller & Carlson, 2019).

Dalam konteks teori keperawatan, fenomena ini selaras dengan *Self-Care Deficit Theory Dorothea Orem*, yang menyatakan bahwa ketika individu tidak mampu menjalankan perawatan diri, maka orang lain dalam hal ini pasangan harus mengambil peran untuk memenuhi kebutuhan tersebut melalui sistem *supportive-educative*. Teori Orem juga menekankan bahwa *caregiver* harus memiliki kemampuan, keterampilan, dan dukungan yang memadai untuk melaksanakan perawatan tersebut. Ketika pasangan tidak memiliki kemampuan fisik, emosional, maupun pengetahuan yang cukup, terjadi *self-care deficit* pada dua level: pasien yang tidak mampu melakukan ROM mandiri, dan pasangan yang tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan pasien secara optimal.

Penelitian mengenai pengalaman pasangan pasien *post-stroke* usia muda masih sangat terbatas, khususnya di Indonesia. Kebanyakan penelitian fokus pada *caregiver* umum (keluarga besar), bukan pasangan, padahal pasangan memiliki pengalaman emosional dan beban psikologis yang berbeda dan lebih intens. Mengingat pentingnya peran pasangan muda dalam melakukan latihan ROM serta banyaknya hambatan yang mereka hadapi, penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi menjadi penting untuk menggali pengalaman mendalam mereka. Penelitian ini berfokus pada hambatan yang dialami pasangan muda pasca-stroke dalam melakukan latihan rentang gerak di rumah, sehingga dapat memberikan rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas rehabilitasi berbasis keluarga.

METODE PENELITIAN

1. Desain

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif, yang bertujuan menggali secara mendalam pengalaman subjektif dan interpretasi

pengalaman yang muncul dari perspektif partisipan pasangan muda dalam menghadapi hambatan saat melakukan latihan rentang gerak (*Range of Motion/ROM*) pada pasien pasca-stroke di rumah. Penelitian dilaksanakan di wilayah Kerja puskesmas Gulai Bancha, khususnya pada keluarga pasien pasca-stroke yang sebelumnya menjalani perawatan di Rumah Sakit Kota Bukittinggi Sumatera Barat. Pemilihan lokasi dilakukan secara *purposive* berdasarkan ketersediaan partisipan yang sesuai dengan kriteria penelitian. Waktu penelitian berlangsung dari bulan Maret hingga Agustus 2026 mencakup tahap persiapan, pengumpulan data, transkripsi, analisis, dan verifikasi data. Pada penelitian ini ditetapkan 5 partisipan, sesuai kebutuhan kedalaman makna dan saturasi data. Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria inklusi sebagai berikut: (1) Istri yang secara langsung menjadi *caregiver* utama bagi suami pasca-stroke usia muda (usia < 55 tahun); (2) Suami didiagnosis stroke dalam rentang waktu 3 bulan–2 tahun terakhir; (3) Istri tinggal serumah dengan pasien dan terlibat dalam perawatan sehari-hari; (4) Bersedia mengikuti wawancara mendalam dan memberikan *informed consent*; (5) Mampu berkomunikasi dengan baik, dan melakukan latihan ROM untuk pasien minimal 3 kali per minggu.

2. Teknik pengumpulan data

Dalam pendekatan fenomenologi kepekaan peneliti terhadap konteks sosial dan emosional sangat penting. Peneliti berupaya mengurangi bias melalui refleksi diri (*reflexivity*) sebelum dan selama proses penelitian. Instrumen utama adalah peneliti sendiri (*human instrument*), yang berperan sebagai pengumpul data, pendengar aktif, pengamat, dan penafsir makna. Teknik pengumpulan data utama adalah wawancara mendalam semi terstruktur. Setiap wawancara berlangsung 45-90 menit, dilakukan di tempat yang nyaman dipilih partisipan. Peneliti menggunakan perekam suara (*audio recorder*) dengan persetujuan partisipan untuk memastikan data terdokumentasi secara lengkap. Selain itu, peneliti juga mengumpulkan catatan lapangan (*field notes*) untuk mencatat ekspresi non-verbal, situasi lingkungan, serta interpretasi awal peneliti. Pertanyaan wawancara mencakup: (1) Pengalaman pasangan dalam memberikan latihan ROM di rumah; (2) Hambatan fisik, emosional, dan teknis yang dihadapi; (3) Persepsi pasangan mengenai peran sebagai *caregiver*; dan (4) Strategi mengatasi hambatan dan dukungan yang dibutuhkan. Observasi membantu peneliti memahami konteks dan menguatkan hasil wawancara. Peneliti melakukan observasi terhadap: interaksi pasangan dengan pasien, cara pasangan melakukan ROM, kondisi lingkungan rumah, dan fasilitas dan alat bantu yang tersedia. Peneliti juga menggunakan data dengan dokumentasi untuk membantu melengkapi triangulasi data. Dokumen pendukung berupa: buku catatan terapi pasien, rekam medis atau surat rujukan fisioterapi, dan jadwal latihan yang dibuat pasangan.

3. Analisis data

Penelitian ini menggunakan analisis fenomenologi Colaizzi dengan tujuh langkah yaitu: membaca seluruh transkrip berulang kali, menentukan pernyataan-pernyataan penting yang berkaitan dengan pengalaman pasangan, membuat makna formulasi dari setiap pernyataan, mengelompokkan makna ke dalam tema, menyusun deskripsi menyeluruh mengenai fenomena, mengidentifikasi struktur esensial fenomena, dan memberi *checking* kepada partisipan. Hasil analisis menghasilkan lima tema utama yaitu: beban fisik dan emosional,

kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang ROM, hambatan lingkungan rumah, minimnya dukungan tenaga kesehatan, dan gangguan psikologis dan adaptasi peran

4. Keabsahan Data

Penelitian memastikan keabsahan data melalui empat strategi Lincoln & Guba: *credibility* (*member checking*, *prolonged engagement*, triangulasi metode), *dependability* (*audit trail*, *audit trail* terdokumentasi, proses analisis jelas dan sistematis), *confirmability* (peneliti melakukan *reflexive journal* untuk menghindari bias personal, peneliti menjaga objektivitas, catatan refleksi peneliti (*reflexive journal*), data hanya berdasarkan temuan partisipan, bukan interpretasi subjektif peneliti), *transferability* (memberikan deskripsi kontekstual yang kaya, deskripsi konteks detail, karakteristik partisipan, dan *setting* penelitian, *thick description* agar pembaca dapat menentukan relevansi dengan konteks lain)

5. Etika Penelitian

Penelitian ini mendapatkan izin dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Perintis Indonesia. Peneliti mengutamakan prinsip etika yang meliputi: *Respect for persons* di mana partisipan diberi hak untuk menolak atau menghentikan wawancara kapan saja, *Beneficence*: memastikan tidak ada potensi bahaya fisik maupun psikologis. *Justice*: perlakuan adil bagi seluruh partisipan, kerahasiaan data dijamin dengan menggunakan kode partisipan (P1–P5), tanpa menyebut identitas pribadi, *informed consent*, kerahasiaan data dan identitas partisipan, kebebasan partisipan mengundurkan diri kapan saja *non-maleficence* (tidak merugikan partisipan) dan anonimitas (nama diganti dengan kode P1–P5).

PEMBAHASAN

Hasil

Dalam penelitian ini ada lima pasangan stroke usia muda dimana perempuan berusia 25-45 tahun berpartisipasi, dengan latar belakang pedagang, buruh, pengajar, pegawai swasta, dan ibu rumah tangga. Lama merawat berkisar antara 3 bulan hingga 2 tahun. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-struktur dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. Lima tema utama ditemukan: (1) Beban fisik dan emosional pasangan dalam mendampingi latihan ROM; (2) Kurangnya pengetahuan dan keterampilan pasangan mengenai prosedur latihan ROM yang benar; (3) Hambatan lingkungan rumah dan keterbatasan fasilitas pendukung rehabilitasi; (4) Minimnya dukungan tenaga kesehatan terhadap pelaksanaan rehabilitasi rumah; dan (5) Gangguan psikologis serta proses adaptasi peran yang dialami pasangan pasca-stroke. Berikut uraian hasil dari penelitian ini.

1. Tema 1. Beban Fisik dan Emosional Pasangan dalam Mendampingi Latihan ROM

Pasangan menggambarkan bahwa memberikan latihan ROM secara rutin menimbulkan kelelahan fisik serta tekanan psikologis. Aktivitas seperti mengangkat, menopang tangan atau kaki pasien, serta melakukan gerakan berulang menyebabkan nyeri punggung, pegal, dan keletihan. Secara emosional, peserta juga mengalami perasaan sedih, frustrasi, dan khawatir jika latihan yang diberikan salah atau melukai pasien. Tuntutan untuk selalu sigap mendampingi rehabilitasi membuat sebagian pasangan merasa kehilangan waktu pribadi dan merasa kewalahan. Berikut kutipan partisipan:

- a. “Kalau menggerakkan tangan sama kakinya itu berat, kadang punggung saya sakit. Tapi mau tidak mau harus saya lakukan”. (P1)

b. *“Capek itu pasti, tapi saya juga takut salah gerak... nanti malah tambah parah”*. (P3)

2. Tema 2. Kurangnya Pengetahuan dan Keterampilan tentang Prosedur Latihan ROM yang Benar

Seluruh pasangan menyatakan minimnya pengetahuan tentang teknik ROM yang tepat. Mereka hanya mendapatkan penjelasan singkat saat pasien dirawat, sementara di rumah mereka harus mencoba sendiri tanpa panduan jelas. Banyak pasangan ragu berapa kali latihan harus dilakukan, bagaimana intensitasnya, dan gerakan mana yang benar. Kurangnya informasi menyebabkan ketidakpercayaan diri dan kekhawatiran akan kesalahan prosedur. Berikut kutipan partisipan:

a. *“Perawat cuma bilang dilatih saja tangannya, tapi tidak detail gerakannya bagaimana”*. (P2)

b. *“Saya lihat-lihat YouTube saja, soalnya bingung mau ikut cara yang mana”*. (P4)

3. Tema 3. Hambatan Lingkungan Rumah dan Keterbatasan Fasilitas Pendukung

Pelaksanaan ROM di rumah sering terkendala kondisi fisik rumah yang sempit, kurang pencahayaan, serta tidak adanya alat pendukung rehabilitasi. Ruang gerak yang terbatas membuat pasangan sulit memposisikan tubuh pasien dengan benar. Ketiadaan alat seperti kursi stabil, matras latihan, atau *hand tools* rehabilitasi membuat latihan ROM dilakukan seadanya, sehingga tidak optimal. Berikut kutipan partisipan:

a. *“Rumah kami kecil, mau menggerakkan kakinya itu suka mentok tembok”*. (P5)

b. *“Tidak ada alat-alatnya, jadi semuanya manual, pakai tangan saja”*. (P1)

4. Tema 4. Minimnya Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Rehabilitasi Rumah

Pasangan merasa pendampingan dari tenaga kesehatan, terutama perawat maupun fisioterapis, masih sangat minimal. Edukasi yang diberikan saat pasien pulang hanya umum dan tidak berlanjut ke tindak lanjut di rumah. Tidak adanya kunjungan rumah atau monitoring berkala, serta komunikasi yang jarang membuat pasangan merasa berjalan sendiri. Berikut kutipan partisipan:

a. *“Kalau pulang rumah sakit ya sudah, tidak ada yang pantau lagi”*. (P3)

b. *“Kami butuh contoh langsung, bukan cuma brosur atau suruhan latihan saja”*. (P5)

5. Tema 5. Gangguan Psikologis dan Adaptasi Peran Pasangan sebagai Caregiver Utama

Perubahan peran dari pasangan menjadi caregiver penuh menyebabkan tekanan psikologis yang signifikan. Peserta merasa terbebani, cemas, bahkan kadang mengalami stres karena tanggung jawab baru. Namun, seiring waktu, pasangan mulai mengembangkan strategi adaptasi seperti memperbaiki komunikasi dengan pasien, membagi waktu, dan mencari informasi tambahan agar lebih terampil. Berikut kutipan partisipan:

a. *“Awalnya saya stres sekali, dari tidak pernah merawat jadi harus mengurus semua”*. (P2)

b. *“Sekarang saya sudah mulai terbiasa, saya jadwalkan latihan ROM supaya tidak bingung”*. (P4)

Pengalaman yang Dirasakan Pasangan

Sebagian besar istri mengalami syok ketika pertama kali mendapati suaminya mengalami stroke secara tiba-tiba. Reaksi syok tampak melalui menangis, gemetar, bingung, dan tidak percaya. Stroke pada usia muda dipersepsikan sebagai sesuatu yang “tidak mungkin terjadi pada usia produktif”, sehingga menimbulkan kejutan emosional yang kuat. Penelitian Dian (2021) juga menemukan bahwa pasangan pasien stroke muda cenderung lebih mengalami

syok emosional karena tidak siap menghadapi perubahan drastis dalam fungsi fisik dan peran keluarga.

Semua partisipan melaporkan peran yang meningkat secara signifikan: menjadi perawat utama, pengurus rumah tangga, pendidik anak, sekaligus pencari nafkah atau pendukung ekonomi. Perubahan ini menyebabkan kelelahan fisik dan mental. Menurut teori *role strain*, semakin banyak peran yang harus dijalankan seseorang, semakin besar potensi stres dan kelelahan. Penelitian Puspitasari (2020) menunjukkan hal serupa bahwa istri yang menjadi *primary caregiver* pasien stroke mengalami beban peran yang berat, terutama ketika pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Partisipan mengungkapkan kesulitan tidur, kelelahan ekstrem, dan kehilangan waktu pribadi. Kondisi ini sejalan dengan konsep *caregiver burden*, terutama beban objektif seperti kebutuhan merawat pasien selama 24 jam. Penelitian Yuniarti (2019) menyatakan bahwa kelelahan berkepanjangan pada *caregiver* pasien stroke berkorelasi dengan stres emosional dan penurunan kualitas hidup. Istri merasa cemas mengenai perkembangan penyakit suami, potensi kekambuhan, dan masa depan keluarga. Kecemasan ini merupakan bagian dari *anticipatory stress*, yakni stres yang muncul karena ketidakpastian kondisi di masa mendatang. Ketakutan muncul karena suami kehilangan kemampuan bekerja. Hal ini memperkuat teori McCubbin mengenai *family stress*, bahwa perubahan ekonomi adalah salah satu pemicu besar stres keluarga. Temuan ini didukung penelitian Fitri (2022) yang menyatakan bahwa pasangan pasien stroke muda mengalami kecemasan ekonomi dan takut tidak mampu memenuhi kebutuhan rumah tangga.

Beberapa partisipan mengaku dalam hati merasa “lelah” atau “ingin berhenti,” namun tetap merawat suami karena rasa tanggung jawab dan cinta. Ini disebut *caregiver ambivalence*, yaitu kondisi dualisme emosi antara menjalankan tugas dan kelelahan mental. Istri sering merasa bersalah ketika muncul pikiran negatif terhadap suami. Hal ini sesuai dengan teori Watson mengenai *caregiver guilt*, yaitu rasa bersalah yang muncul saat *caregiver* merasa tidak mampu memberikan perawatan sempurna.

Sebagian partisipan merasa dukungan keluarga kurang memadai. Kurangnya dukungan sosial terbukti memperberat tingkat stres *caregiver*. Beberapa istri merasa suami menjadi emosional akibat stroke, sehingga istri harus menghadapi ledakan emosi sekaligus memberi perawatan fisik. Kondisi ini sesuai penelitian Nugroho (2020) yang menjelaskan bahwa perubahan emosi pasien stroke memberikan beban emosional tambahan bagi istri. Ada beberapa strategi koping istri dalam menghadapi kondisi ini, antara lain: Istri mencoba menenangkan diri dengan berdoa, menangis diam-diam, berbicara dengan teman dekat. Ini termasuk *emotion-focused coping*, yaitu mengelola emosi untuk mengurangi beban mental, mencari informasi tentang perawatan stroke, mengatur jadwal merawat, meminta bantuan anggota keluarga, mengupayakan terapi suami. Ini sesuai dengan *problem-focused coping* menurut Lazarus & Folkman. Sebagian partisipan mulai menerima kondisi suami dan menyesuaikan pola hidup. Adaptasi positif ini menunjukkan bahwa beberapa istri telah memasuki tahap *reappraisal* dalam model stres-koping.

Makna yang dibangun istri dari pengalaman merawat suami pasca-stroke adalah Istri belajar sabar menghadapi perubahan mendadak. Proses ini merupakan bagian dari pertumbuhan psikologis (*post-traumatic growth*). Banyak istri mengartikan pengalaman ini sebagai ujian dan bentuk komitmen rumah tangga. Mereka merasa lebih kuat setelah melewati

masa sulit. Penelitian Lestari (2021) menyatakan bahwa pasangan yang merawat pasien stroke mengalami pemaknaan ulang terhadap hubungan pernikahan mereka, termasuk memperdalam rasa pengorbanan dan tanggung jawab. Semua temuan selaras dengan teori Orem, yang menyatakan bahwa ketika pasien memiliki defisit *self-care* yang besar, keluarga mengambil alih peran perawatan dengan konsekuensi fisik, emosional, dan sosial.

Berikut uraian data analisis tentang hubungan 5 tema dengan penjelasan pertanyaan penelitian.

Tabel 1. Analisis Hubungan 5 Teman dengan Penjelasan Pertanyaan

Pertanyaan Penelitian	Penjelasan Fokus Pertanyaan	Tema yang Menjawab	Penjelasan Keterkaitan Tema dengan Pertanyaan
1. Bagaimana pengalaman pasangan dalam memberikan ROM kepada pasien <i>post-stroke</i> usia muda di rumah?	Menjelaskan apa yang dilakukan pasangan, rutinitas, persepsi, proses, respon pasien, dan dinamika emosional selama ROM.	Tema 1: Beban fisik & emosional dan Tema 2: Kurangnya pengetahuan & keterampilan	Tema 1 menggambarkan pengalaman nyata pasangan dalam aktivitas ROM (kelelahan, konflik, ketakutan salah gerak). Tema 2 menjelaskan persepsi dan proses pembelajaran pasangan tentang teknik ROM yang tidak memadai.
2. Hambatan apa saja yang dirasakan pasangan dalam melakukan latihan ROM di rumah?	Hambatan fisik, emosional, pengetahuan, fasilitas, dukungan kesehatan, waktu, stres, dan kondisi rumah.	Tema 1, Tema 2, Tema 3	Tema 1 menjelaskan hambatan fisik/emosional. Tema 2 menjelaskan hambatan pengetahuan–keterampilan. Tema 3 menjelaskan hambatan lingkungan & minimnya dukungan tenaga kesehatan.
3. Bagaimana pasangan memaknai peran mereka sebagai <i>caregiver</i> utama?	Menjelaskan interpretasi peran, perubahan peran keluarga, tekanan psikologis, beban ekonomi, kehilangan figur pasangan, dan proses adaptasi emosional.	Tema 4: Gangguan psikologis & adaptasi peran	Tema 4 menjawab penuh makna peran <i>caregiver</i> dan dinamika psikologis yang muncul dari perubahan peran dalam keluarga.
4. Strategi apa yang dilakukan pasangan untuk mengatasi	Strategi koping, cara bertahan, mencari bantuan, perilaku <i>problem</i>	Tema 5: Mekanisme koping dalam menghadapi	Tema 5 menjelaskan strategi konkret yang dilakukan pasangan untuk mengatasi hambatan dan

Pertanyaan Penelitian	Penjelasan Fokus Pertanyaan	Tema yang Menjawab	Penjelasan Keterkaitan Tema dengan Pertanyaan
hambatan dalam pelaksanaan ROM di rumah?	<i>solving</i> , religiositas, dukungan sosial.	beban dan hambatan	mengelola stres selama merawat pasien.

Pemaknaan fenomenologis pada penelitian ini menunjukkan bahwa kelima tema secara langsung berhubungan dan merupakan jawaban komprehensif terhadap keempat pertanyaan penelitian.

Pembahasan Masing-masing Tema

Tujuan utama diskusi ini adalah untuk menjawab keempat pertanyaan penelitian: (1) Bagaimana pengalaman pasangan dalam memberikan latihan ROM; (2) Hambatan apa saja yang mereka rasakan; (3) Bagaimana mereka memaknai peran caregiver; dan (4) Strategi apa yang digunakan untuk mengatasi hambatan. Analisis tematik menunjukkan lima tema utama yang saling terkait dan bersama-sama menggambarkan keseluruhan fenomena *caregiving* ROM di rumah. Teori Orem memberikan kerangka interpretatif: ketika pasien memiliki *self-care deficit*, tugas perawatan bergeser ke caregiver; namun agar perawatan itu efektif, caregiver perlu memiliki *self-care agency* pengetahuan, keterampilan, dukungan, dan kondisi lingkungan yang memadai.

1. Tema 1 : Beban Fisik dan Emosional Pasangan dalam Mendampingi Latihan ROM

Partisipan menggambarkan pengalaman fisik (nyeri punggung, pegal, kelelahan) dan emosional (sedih, cemas, rasa bersalah) saat melakukan ROM pada pasangan. Aktivitas yang repetitif dan memerlukan tenaga menyebabkan fatigue; ketidakpastian teknik menambah kecemasan.

Hubungan dengan pertanyaan penelitian:

- Menjawab pertanyaan (1): pengalaman pasangan bukan hanya teknis melakukan gerakan, tetapi pengalaman total yang mencakup respons tubuh dan emosi; ROM di rumah berlangsung dalam konteks tanggung jawab penuh, bukan sekadar tugas fisik.
- Menjawab pertanyaan (2): beban fisik dan emosional itu sendiri merupakan hambatan utama; kelelahan fisik menurunkan frekuensi latihan; tekanan emosi menurunkan motivasi.

Pembahasan:

Secara fungsional, latihan ROM memerlukan tenaga fisik tertentu: memegang anggota tubuh, mengangkat atau menstabilkan posisi pasien, dan melakukan gerakan berulang. Ketika pasangan juga memikul beban pekerjaan rumah, pekerjaan produktif, dan fungsi pengasuhan anak, kapasitas fisik mereka cepat tergerus. Hal ini konsisten dengan temuan Lee et al. (2022) dan Mahajan (2021) yang melaporkan fatigue dan *musculoskeletal pain* pada *caregiver* stroke. Di level psikologis, tekanan untuk “melakukan yang benar” (*fear of doing harm*) menyebabkan kecemasan terus-menerus, sebagaimana diamati dalam kutipan partisipan: ketakutan salah gerak sehingga mengurangi frekuensi latihan yang nantinya akan risiko kontraktur meningkat. Pada awal pemulangan pasien, pasangan mengalami kejutan fungsi (*functional shock*) karena harus menghadapi perubahan drastis kondisi pasien yang sebelumnya sehat dan aktif menjadi individu yang sangat terbatas secara motorik. Pengalaman awal ini sangat intens secara emosional dan menghasilkan: ketegangan fisik akibat aktivitas berulang seperti membantu duduk, mengangkat, menahan tubuh pasien, rasa

takut melukai pasien, rasa tidak percaya diri dan kecemasan saat melakukan ROM. Beban fisik ini sejalan dengan penelitian Wijaya (2021) yang menemukan bahwa latihan ROM pada pasien stroke muda sering kali membutuhkan tenaga lebih besar daripada pasien usia lanjut karena otot pasien usia muda lebih rigid dan tonusnya lebih kuat. Secara emosional, pasangan mengalami: kelelahan mental karena harus terus-menerus berhati-hati, perasaan bersalah bila pasien kesakitan, dan stres karena tidak ada jeda istirahat. Temuan ini konsisten dengan studi oleh Kim & Lee (2020) yang menyatakan bahwa *caregiver* pasien stroke muda memiliki beban emosional dua kali lebih tinggi dibanding *caregiver* pasien lansia karena adanya ekspektasi sosial bahwa “usia muda harusnya sehat”.

Keterkaitan dengan Teori Orem

Dalam perspektif Orem, kondisi ini menunjukkan dua hal: (1) Pasien memiliki *self-care deficit* yang memerlukan intervensi dari *caregiver*; (2) *Caregiver* sendiri mengalami defisit dalam *self-care agency* sehingga mereka kekurangan energi fisik, ketahanan, dan dukungan emosional sehingga tidak dapat memenuhi tuntutan perawatan secara efektif. Orem menekankan bahwa ketika agen perawatan (*caregiver*) tidak mampu, sistem perawatan harus mengadopsi *partially compensatory* atau *wholly compensatory nursing actions* misalnya menyediakan bantuan eksternal, kunjungan perawat rumah, atau dukungan komunitas. Dalam *Self-Care Deficit Theory*, ketika individu mengalami defisit perawatan diri (*self-care deficit*), maka *caregiver* wajib mengambil alih sebagian atau keseluruhan fungsi. Peralihan mendadak ini menyebabkan: *caregiver strain*, kelelahan fisik karena penggantian fungsi mobilitas, dan gangguan emosional akibat tanggung jawab yang berat.

2. Tema 2 : Kurangnya Pengetahuan dan Keterampilan tentang Prosedur Latihan ROM yang Benar

Pasangan menerima instruksi yang terbatas saat pasien dirawat; tidak ada demonstrasi praktik atau pengulangan; akibatnya mereka ragu, takut mencederai, dan beberapa mencari informasi dari internet yang tidak selalu valid.

Hubungan dengan pertanyaan penelitian:

- a. Menjawab pertanyaan (1): pengalaman pasangan dipenuhi rasa ketidakpastian teknik; ROM bukan sekadar rutinitas tetapi praktik yang memerlukan keahlian.
- b. Menjawab pertanyaan (2): ketidakcukupan edukasi teknis merupakan hambatan struktural yang menurunkan keefektifan latihan.
- c. Menjawab pertanyaan (4): kebutuhan jelas, pendidikan praktis berulang, video panduan yang disesuaikan, dan demonstrasi langsung.

Pembahasan:

Semua partisipan mengaku tidak mendapatkan pelatihan ROM yang memadai saat pemulangan pasien dari rumah sakit. Pengetahuan mereka terbatas pada pengalaman sesaat saat perawat melakukan demonstrasi yang sering kali berlangsung sangat singkat. Kondisi ini menyebabkan: kesalahan teknik (sudut gerak tidak sesuai), ketakutan menyebabkan cedera, dan kualitas latihan ROM menurun. Kekurangan pelatihan praktis untuk *caregiver* adalah masalah yang umum dalam layanan rehabilitasi, terutama di negara berkembang (Bettger, 2020; Rahman et al., 2021). Studi-studi tersebut menunjukkan bahwa edukasi yang hanya bersifat verbal atau tertulis tanpa praktik langsung menyebabkan *caregiver* tidak memiliki *procedural knowledge* kemampuan melakukan gerakan yang benar dengan aman. Dalam fenomena ini, *caregiver* mengalami apa yang dalam literatur disebut *technic*

uncertainty ketidakpastian teknis yang menimbulkan hesitancy. Penelitian ini sejalan dengan hasil Santos et al. (2022) yang menunjukkan bahwa 78% *caregiver* stroke tidak memiliki pemahaman yang baik tentang ROM mandiri di rumah. Penelitian Handayani (2020) di Indonesia juga menunjukkan bahwa minimnya pendidikan kesehatan sebelum discharge merupakan penyebab utama ketidakmampuan keluarga dalam melanjutkan rehabilitasi mandiri.

Keterkaitan dengan Teori Orem

Menurut Orem, ketidaktahuan *caregiver* tentang tindakan perawatan diri pasien disebut *therapeutic self-care demand gap*. Gap ini menyebabkan *caregiver* tidak mampu melakukan tindakan adekuat sehingga memperberat beban fisik dan emosional. Tema 2 secara langsung menjawab pertanyaan 2 dan 4, bahwa kurangnya pengetahuan merupakan hambatan sekaligus titik awal strategi adaptasi (*caregiver* belajar mandiri). Orem menempatkan pengetahuan sebagai bagian dari *self-care agency*. Tanpa pengetahuan dan keterampilan, *caregiver* tidak dapat bertindak sebagai agen perawatan yang efektif. Oleh sebab itu, sistem *nursing* harus mengimplementasikan *supportive-educative nursing system*: menyediakan pelatihan terstruktur, modul video, latihan praktik terawasi sebelum pulang, serta layanan *follow-up* (tele-rehab atau kunjungan rumah). *Evidence* dari intervensi edukasi terstruktur menunjukkan peningkatan kepercayaan *caregiver* dan kepatuhan latihan (Bettger, 2020). Oleh karenanya, solusi harus operasional: *checklist* ROM, latihan simulasi dengan fisioterapis, dan paket edukasi berbahasa lokal.

3. Tema 3 : Hambatan Lingkungan Rumah dan Keterbatasan Fasilitas Pendukung Rehabilitasi

Partisipan menghadapi berbagai hambatan seperti: rumah sempit yang tidak ergonomis, lantai licin, kurangnya alat bantu, tidak ada tempat tidur khusus rehabilitasi, dan ruang gerak terbatas untuk gerakan ROM pasif. Kondisi rumah sempit, tidak ada alat bantu rehabilitasi, dan faktor ekonomi membatasi akses ke fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan ROM secara ideal.

Hubungan dengan pertanyaan penelitian:

- a. Menjawab pertanyaan (2): hambatan lingkungan fisik dan fasilitas adalah faktor eksternal utama yang menurunkan kemampuan pasangan melakukan ROM.
- b. Menjawab pertanyaan (4): solusi melibatkan modifikasi lingkungan dan penyediaan alat murah.

Pembahasan:

Lingkungan rumah memainkan peran sentral dalam praktik perawatan. Penelitian Chang (2021) dan studi terkait menunjukkan bahwa ruang gerak terbatas, lantai yang licin, atau tidak adanya alat bantu (seperti *bolster*, *slings*, atau *rollator*) menghalangi pelaksanaan latihan efektif. Selain itu, kendala ekonomi membuat keluarga tidak mampu membeli alat bantu atau membayar kunjungan fisioterapis. Dalam konteks ini, *caregiver* terpaksa mengimprovisasi teknik yang suboptimal, yang berisiko menyebabkan ketegangan otot pada pasien maupun cedera pada *caregiver*. Penelitian Sugiharto (2021) menunjukkan bahwa 70% pasien stroke di Indonesia pulang ke rumah dengan kondisi hunian yang tidak mendukung mobilisasi dan latihan fisik. Lingkungan rumah yang tidak aman atau tidak ergonomis memperlambat rehabilitasi, sebagaimana dibuktikan oleh Zhao et al. (2020) bahwa keberhasilan ROM sangat dipengaruhi kondisi lingkungan.

Keterkaitan dengan Teori Orem

Dalam teori Orem, lingkungan merupakan faktor esensial yang dapat “memfasilitasi atau menghambat *self-care*”. Keterbatasan lingkungan rumah partisipan menyebabkan caregiver harus beradaptasi lebih keras, sehingga menambah stres dan beban fisik. Orem menekankan bahwa lingkungan adalah komponen dari kondisi yang mempengaruhi *ability to perform self-care*. Ketika lingkungan tidak mendukung, bahkan *caregiver* yang terlatih pun sulit menjalankan intervensi. Oleh karenanya, pendekatan intervensi harus melibatkan aspek lingkungan: rekomendasi modifikasi rumah sederhana (membuang hambatan di lantai, menyiapkan ruang latihan minimal), desain alat bantu *low-cost* (strap kain, bantal khas), serta pengembangan layanan pinjam-alat di fasilitas kesehatan lokal atau Puskesmas.

4. Tema 4 : Minimnya Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Pelaksanaan Rehabilitasi Rumah

Pasangan merasa dipulangkan dengan instruksi minimal; tidak ada tindak lanjut, kunjungan *home visit*, atau monitoring berkala; komunikasi dengan tim rehabilitasi lemah.

Hubungan dengan pertanyaan penelitian:

- a. Menjawab pertanyaan (1) dan (2): pengalaman memberikan ROM dipengaruhi kualitas dukungan profesional; minimnya dukungan menjadi hambatan yang sistemik.
- b. Menjawab pertanyaan (4): kebutuhan sangat jelas—*continuity of care*, tele-rehab, kunjungan rumah, dan akses konsultasi.

Pembahasan:

Kontinuitas perawatan adalah faktor determinan hasil rehabilitasi. Literatur internasional menunjukkan bahwa program *follow-up* dan tele-rehabilitasi meningkatkan *adherence* latihan dan *outcome* fungsional (Smith et al., 2020; Bettger, 2020). Dalam konteks daerah dengan keterbatasan sumber daya, model follow-up berbasis puskesmas, telekonsultasi, atau kelompok dukungan komunitas terbukti efektif meningkatkan keterampilan *caregiver* dan memantau pelaksanaan ROM. Seluruh partisipan menyatakan: jarang menerima kunjungan rumah dari tenaga kesehatan, komunikasi pasca-pemulangan kurang intens, tidak ada *follow-up* tentang perkembangan ROM, dan informasi rehabilitasi tidak terstruktur. Dukungan kesehatan yang minim mendorong *caregiver*: melakukan ROM dengan metode *trial-and-error*, mencari informasi dari internet, dan mengandalkan pengalaman pribadi. Hasil penelitian ini konsisten dengan Fadhillah (2022) bahwa sistem discharge planning stroke di banyak rumah sakit di Indonesia masih bersifat formalitas tanpa pendampingan lanjutan.

Keterkaitan dengan Teori Orem

Kurangnya dukungan profesional memperbesar *self-care deficit* dan meningkatkan ketergantungan pasien pada *caregiver*. Dalam konteks ini, *caregiver* terpaksa mengambil peran lebih besar tanpa pembekalan memadai. Dari perspektif Orem, dukungan tenaga kesehatan berperan sebagai eksternal *compensatory mechanism*, ketika *caregiver* tidak cukup mampu, perawat/fisioterapis harus menambah fungsi perawatan (demonstrasi ulang, pengawasan, penyesuaian program). Kurangnya dukungan berarti *gap* antara tuntutan perawatan dan kapasitas *caregiver* tetap besar, yang berujung pada ketidakadherenan dan stagnasi pemulihan pasien.

5. Tema 5 : Gangguan Psikologis serta Proses Adaptasi Peran yang Dialami Pasangan Pasca-Stroke

Perubahan peran secara mendadak menyebabkan gangguan psikologis (stres, kecemasan, depresi ringan), tetapi seiring waktu banyak pasangan yang melakukan adaptasi melalui strategi praktis (jadwal latihan, mencari informasi, berbagi tugas) sehingga mulai menemukan ritme baru.

Hubungan dengan pertanyaan penelitian:

- a. Menjawab pertanyaan (1) dan (3): pengalaman *caregiving* mencakup penyusunan makna peran baru—bukan hanya tugas mekanis tapi juga identitas sosial yang berubah.
- b. Menjawab pertanyaan (4): strategi adaptasi yang dikembangkan adalah bukti *resilience*; intervensi dapat memperkuat strategi ini.

Pembahasan:

Perubahan peran adalah proses transformatif: pasangan harus meredefinisi ekspektasi, tanggung jawab, dan hubungan intim. Studi Kim & Park (2022) dan Miller & Carlson (2019) menemukan pola serupa: fase awal diwarnai *shock* dan depresi, kemudian fase adaptasi ditandai pembelajaran, penjadwalan, dan pencarian dukungan sosial. Dari segi Orem, proses ini mencerminkan *development of self-care agency* pada *caregiver*, mereka bergerak dari kondisi kurang mampu menjadi lebih mampu melalui pengalaman dan dukungan. Strategi adaptasi yang efektif meliputi: membagi tugas dalam keluarga, membuat jadwal latihan singkat namun teratur, mencari sumber informasi terpercaya, dan mengakses dukungan emosional (keluarga, *support group*). Namun tanpa dukungan eksternal (edukasi, finansial, *monitoring*), adaptasi ini rentan mengalami kebuntuan. Partisipan mengalami gangguan psikologis seperti: stres, rasa tidak berdaya, kecemasan berlebihan, kelelahan emosional, dan gangguan tidur. Namun, seiring waktu mereka mulai beradaptasi dan membangun makna baru tentang peran *caregiver*, antara lain: peran ini adalah bentuk pengabdian, upaya mengembalikan fungsi keluarga, tanggung jawab moral dan emosional, dan proses pembuktian cinta dan komitmen. Studi Putri (2021) menemukan bahwa pasangan pasien stroke muda membutuhkan waktu rata-rata 3–6 bulan untuk mencapai stabilitas emosional. Penelitian internasional oleh Dias et al. (2021) menyatakan bahwa pasangan *caregiver* mengalami “*identity reconstruction*” perubahan identitas diri dari pasangan menjadi perawat informal.

Keterkaitan dengan Teori Orem

Dalam kerangka Orem, adaptasi peran terjadi dalam tahap: *recognition* (menyadari *defisit self-care* pasien), *assumption* (mengambil alih tugas), *engagement* (melakukan perawatan konsisten), *adjustment* (mencari strategi adaptasi), dan *integration* (menemukan makna baru).

KESIMPULAN

Pengalaman pasangan dalam memberikan latihan ROM masih sangat kompleks, meliputi campuran antara beban emosional, ketidaksiapan, upaya belajar mandiri, serta proses adaptasi terhadap peran *caregiver*. Hambatan yang dialami pasangan bersifat multidimensional, mencakup hambatan fisik (kelelahan), emosional (stres, frustrasi), pengetahuan (ketidaktahuan teknik ROM yang benar), lingkungan (ruang sempit, fasilitas minim), serta hambatan struktural (kurangnya pendampingan tenaga kesehatan). Pasangan memaknai peran mereka sebagai *caregiver* sebagai kewajiban moral dan emosional, namun peran ini membawa konsekuensi psikologis yang signifikan, termasuk tekanan mental,

perubahan dinamika rumah tangga, dan penyesuaian identitas diri. Strategi yang dilakukan pasangan bersifat adaptif tetapi terbatas, seperti mencari informasi dari internet, bertanya kepada tenaga kesehatan secara informal, mengatur jadwal latihan lebih fleksibel, serta memberikan motivasi emosional kepada pasien. Namun strategi ini belum sistematis dan sangat bergantung pada kemampuan masing-masing pasangan.

Untuk perawat harus menilai kesiapan *caregiver* sebelum pasien dipulangkan, khususnya kemampuan mengenali dan melakukan latihan ROM secara benar. Perawat perlu melakukan demonstrasi latihan ROM secara langsung dan memastikan *caregiver* mampu melakukan *return demonstration*. Perawat harus memberikan perhatian terhadap kesehatan mental *caregiver*, termasuk risiko stres, depresi, dan kelelahan fisik. Rumah sakit perlu membuat SOP *discharge planning* khusus pasien stroke. Manajer keperawatan harus memastikan tersedianya alat bantu (*leaflet*, video, modul edukasi).

Untuk Puskesmas dapat mengembangkan program kunjungan rumah dan penyuluhan kelompok keluarga pasien stroke. Perawat komunitas perlu memantau keberlanjutan latihan ROM yang dilakukan di rumah. Penguatan kader kesehatan desa dapat membantu pasangan memberikan motivasi dan pemantauan rutin.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Alatawi, S. F. (2019). From theory to practice: A conceptual framework for facilitating evidence implementation in stroke rehabilitation in the local Saudi context. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 515–525. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S212372>
- [2] American Heart Association. (2021). *Heart disease and stroke statistics—2021 update: A report from the American Heart Association*.
- [3] Ariska, Y. N., Handayani, P. A., & Hartati, E. (2020). Faktor yang berhubungan dengan beban *caregiver* dalam merawat keluarga yang mengalami stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 52–63. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.52-63>
- [4] Bakara, D. M., & Warsito, S. (2016). Latihan range of motion (ROM) pasif terhadap rentang sendi pasien pasca stroke. *Jurnal Keperawatan Ide*, 7(2), 12–18. <https://doi.org/10.52199/inj.v7i2.6450>
- [5] Boot, E., Ekker, M. S., Putala, J., Kittner, S., De Leeuw, F. E., & Tuladhar, A. M. (2020). Ischaemic stroke in young adults: A global perspective. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(4), 411–417. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322424>
- [6] Buijck, B., & Ribbers, G. (2018). Nursing management challenges in stroke rehabilitation centers. In *Nursing management challenges in stroke rehabilitation centers*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-76391-0>
- [7] Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- [8] Forsberg, A., Johansson, A., & Larsson, J. (2015). The role of family support in stroke rehabilitation: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 748–755. <https://doi.org/10.1111/scs.12213>
- [9] Griffiths, P., & Beeckman, D. (2017). Impact of family care and social support on the rehabilitation of stroke patients: A systematic review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 54(5), 753–760. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2016.05.0075>

- [10] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Survei kesehatan Indonesia 2023*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [11] Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- [12] Lloyd, D., McDonald, P., & Wood, C. (2018). Family-centered rehabilitation: A framework for practice in stroke care. *Disability and Rehabilitation*, 40(4), 1–10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1353663>
- [13] McGrath, M., & Casey, J. (2019). The effect of family involvement in stroke rehabilitation on functional recovery and muscle strength: A review of literature. *Physiotherapy Research International*, 24(1), e1757. <https://doi.org/10.1002/pri.1757>
- [14] Muhrodji, P., Wicaksono, H. D. A., Satiti, S., Trisnantoro, L., Setyopranoto, I., & Vidyanti, A. N. (2022). Roles and problems of stroke caregivers: A qualitative study in Yogyakarta, Indonesia. *F1000Research*, 10, Article 380. <https://doi.org/10.12688/f1000research.52135.2>
- [15] Mweshi, M., Shula, H., Nkhata, L., & Chiluba, B. (2016). The best time to start stroke rehabilitation: A review of evidence in developed and developing countries. *Journal of Preventive and Rehabilitative Medicine*, 1(1), 7–15. <https://doi.org/10.21617/jprm.2016.0101.2>
- [16] Oswald, M., & Slawek, J. (2020). Family support and its role in stroke recovery: The psychological and physical benefits. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 25(2), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.08.004>
- [17] Parry, A. (2023). *Muscular strength: Definition, explanation, and how to train it*. Sportscienceinsider.com.
- [18] Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- [19] Stephenson, B. (2019). *Stroke rehabilitation guide: Take control of your recovery*. Choose Rehabilitation.
- [20] Towle, C., McCaughan, D., & Ross, A. (2017). Family caregiving in stroke rehabilitation: Enhancing patient recovery. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(11), 2338–2347. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2017.06.027>
- [21] Uysal, A. (2022). Clinical presentation of stroke. In *Clinical presentation of stroke*. IGI Global. <https://www.igi-global.com/gateway/chapter/294596>
- [22] World Health Organization. (2025, December 19). *Stroke*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/stroke>
- [23] Yuniarti, I. I., & Kariasa, I. M. (2020). Peran keluarga terhadap self-management pasien pasca stroke: Literature review. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 8(3).