



**HUBUNGAN TINGKAT DISABILITAS PASIEN *STROKE* DENGAN
RESPON BERDUKA KELUARGA DI RUANG RAWAT INAP RSD
GUNUNG JATI KOTA CIREBON**

Nonok Karlina¹, Siti Nuraina Inayah², Putri Gayuh Uthami³

Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Mahardika Cirebon

Email : nonok.karlina@gmail.com

ABSTRACT

Background: *Stroke is the disease cause of disability in the world. The disability impact on the individual functions in performing daily activities and impact on the family too. Nuclear families whose family members suffered brain disorders such as stroke, showed > 50% experience depression, suicide, weakness and anxiety. The psychological effect is called by the grieving response.*

Purpose: *The purpose of this study was to determine the relationship of the level of disability of stroke patients with family grieving response.*

Method: *This research type is analytic descriptive with cross sectional approach. The sample of this research was family from stroke patient in hospital ward of Gunung Jati Hospital Cirebon with 30 respondents using purposive sampling technique. The instruments were used observation sheets and questionnaires. Data analysis using chi square test.*

Result: *The results showed no significant relationship between the level of disability with family grief response was shown with the results p value was 0.260 or $> \alpha$ (0.05) which means H_0 rejected. In addition to providing care to the patient, the nurse is expected to participate in involving the family by providing positive support as a protective response of mourning.*

Keyword: *Disability Rate, Family, Grievance Response, Stroke*

PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyakit terbanyak ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, serta penyakit penyebab kecacatan tertinggi di dunia. Menurut *American Heart Association* (AHA), angka kematian penderita *stroke* di Amerika setiap tahunnya adalah 50 – 100 dari 100.000 orang penderita. Di negara-negara ASEAN penyakit *stroke* juga merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian. Berdasar data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC) diketahui bahwa angka kematian *stroke* terbesar terjadi di Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand (Dinata dkk, 2013).

Berdasarkan hasil Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan bahwa 18,4% kematian disebabkan oleh penyakit *stroke*, 8,3% oleh penyakit Diabetes Mellitus dan Hipertensi serta 6,7% oleh penyakit Jantung. Jumlah penderita penyakit *stroke* di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (7,0%), sedangkan berdasarkan diagnosis gejala diperkirakan sebanyak 2.137.941 orang (12,1%). Provinsi Jawa Barat memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 238.001 orang (7,4%) dan diagnosis gejala 533.895 orang (16,6%), sedangkan Provinsi Papua Barat memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu sebanyak 2.007 orang (3,6%) dan gejala 2.955 orang (5,3%) (Pusdatin RI, 2014).

Berdasarkan Laporan Dinas Kesehatan Kota Cirebon pada bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit (P2P) pada Tahun 2016, *stroke* masuk dalam 10 besar penyakit tidak

menular. Prevalensi untuk kasus lama terdapat 189 orang laki-laki dan 89 orang perempuan, sedangkan untuk kasus baru terdapat 137 orang laki-laki dan 95 perempuan (Dinkes Kota Cirebon, 2016).

Stroke merupakan penyebab kecacatan kronik yang paling tinggi pada kelompok umur di atas usia 45 tahun. Jumlah total penderita *stroke* di Indonesia diperkirakan mencapai 500.000 setiap tahun dan sekitar 2,5% atau 250.000 orang meninggal dunia, sisanya cacat ringan atau berat. Hipertensi merupakan pemicu utama terjadinya serangan *stroke* yang pada gilirannya dapat menyebabkan disabilitas (Riskesdas, 2007).

Stroke yang juga disebut sebagai *brain attack* atau serangan otak selalu terjadi secara tiba-tiba dengan gejala yang beragam. Gangguan fungsi syaraf pada *stroke* disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan separuh badan, sulit untuk berbicara dengan orang lain (*aphasia*), mulut mencong (*facial drop*), lengan dan kaki yang lemah, gangguan koordinasi tubuh, perubahan mental, gangguan emosional, gangguan komunikasi, serta kehilangan indera rasa (Riskesdas, 2013).

Keech (1996) menjelaskan bahwa setelah seseorang terserang *stroke* maka akan mengalami dua pilihan yaitu kecacatan (*disabilitas*) seumur hidup atau meninggal dunia. Seorang penderita *stroke* tidak mungkin kembali bekerja seperti keadaan sebelum serangan terjadi (Astuti, 2009).

Disabilitas dalam hal ini adalah penurunan fungsi individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dimana aktivitas tersebut sebelumnya dapat dilakukan sendiri. Tingkat disabilitas fisik diukur berdasarkan kemampuan fungsional individu untuk melakukan

aktivitas hidup sehari-hari secara mandiri. Disabilitas yang diderita pasien *stroke* dapat mengakibatkan penderitanya tidak mampu melakukan banyak hal seperti: tidak mampu berkomunikasi, tidak dapat berjalan sendiri, harus dibantu buang air besar, harus dibantu makan, masih ngompol, harus dibantu pindah dari tempat tidur ke kursi, harus dibantu berpakaian, mandi dan mencuci (Astuti, 2009).

Disabilitas klien pasca *stroke* sebagai akibat defisit neurologis memerlukan waktu penyembuhan yang lama dan berdampak terhadap kondisi psikososial *stroke* survivor. Perawatan jangka panjang untuk penderita disabilitas merupakan tantangan berat bagi masyarakat terutama keluarga. Masalah yang terjadi tentu saja tidak hanya pada pasien, tetapi juga berdampak pada keluarga (Sawab, dkk, 2015).

Penyakit *stroke* dianggap sebagai salah satu penyakit yang menakutkan dan mematikan. Menurut Miranda (2001) misalnya, menyatakan bahwa pengaruh setelah suami *stroke* dapat menciptakan stres dan merubah pola kehidupan keluarga (istri dan anggota keluarga lainnya). Disabilitas akibat *stroke* tidak hanya memberikan beban ekonomi bagi keluarga, tetapi juga beban mental emosional yang mengganggu produktivitas anggota keluarga yang lain (Riyadina, 2013).

Proses adaptasi dan respon keluarga dalam melakukan pendampingan perawatan pada pasien *stroke* akan mempengaruhi keluarga dalam kehidupan sehari-hari baik secara fisik ataupun psikologis. Keluarga memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dalam merawat keluarganya yang berada pada fase penyakit terminal seperti *stroke*, hal ini sesuai dengan teori Calista Roy (1969) yang menyatakan bahwa penyakit kritis mengakibatkan gangguan dalam hidup, gangguan tersebut membutuhkan proses kompensatori yang menghasilkan

adaptasi terhadap kejadian tersebut, keluarga juga harus mampu beradaptasi terhadap setiap perubahan kondisi pasien (Arafat, 2010).

Gregonio (2005) menyelidiki 76 keluarga inti yang anggota keluarganya mengalami gangguan pada otak seperti *stroke*, mereka menunjukkan > 50 % keluarga mengalami depresi, hipokondria, bunuh diri, kelemahan dan kecemasan, walaupun itu terjadi pada keluarga tertentu. Selain itu juga keluarga mengalami kesedihan, ketakutan, kepenatan ketidakpastian, perasaan bersalah karena adanya perubahan dalam hubungan keluarga, konflik peran keluarga, dan hilangnya komunikasi dengan anggota keluarga (Arafat, 2010).

A'la dkk (2013) dalam penelitiannya berpendapat bahwa efek psikologis yang dirasakan oleh keluarga didasarkan pada gagasan bahwa keluarga adalah sebuah sistem yang akan terganggu keseimbangannya jika salah satu anggotanya sakit atau meninggal. Efek psikologis tersebut terjadi karena adanya kondisi objektif dari keluarga atau pasangan setelah mengalami kehilangan anggota keluarga, atau biasa disebut dengan reaksi berduka (*grieving*). Reaksi berduka ini sering dijumpai pada keluarga yang salah satu anggotanya terkena *stroke*.

Berduka (*grieving*) merupakan bagian dari kebutuhan dasar manusia pada aspek psikososial. Menurut Potter Perry (2005) berduka adalah respon yang normal terhadap kehilangan. Hal ini diwujudkan dalam berbagai cara yang unik pada masing-masing orang didasarkan pada pengalaman pribadi, ekspektasi budaya, dan keyakinan spiritual yang dianutnya. Reaksi berduka (*grieving*) kemungkinan memiliki konsekuensi negatif pada aspek emosional, fisik, sosial, dan fungsi kognitif. Konsekuensi tersebut dapat berupa peningkatan level

depresi, peningkatan resiko kematian, kerusakan pada fungsi fisik, peningkatan level stres dan kebutuhan finansial, kesepian emosional dan sosial, penurunan fungsi memori, peningkatan resiko bunuh diri, peningkatan resiko kecemasan, dan resiko pada ketidakteraturan mood (Hidayat, 2012).

Proses berduka merupakan proses yang normal dan perlu distimulasi serta difasilitasi oleh lingkungan sosial agar segera sampai pada fase menerima. Respon berduka juga akan dipengaruhi oleh karakteristik pribadi, peran jenis kelamin, status sosio-ekonomi, hubungan yang alami, sistem pendukung sosial, kehilangan yang alami, tujuan, dan harapan. Teori tentang respon dan reaksi berduka salah satunya dikemukakan oleh Kubler-Ross yang mengidentifikasi tahapan dari proses berduka yaitu *denial* (penolakan), *anger* (kemarahan), *bergaining* (proses tawar menawar), *depression* (kondisi depresi) dan *acceptance* (proses menerima) (Potter & Perry, 2005).

Rumah Sakit Gunung Jati merupakan Rumah Sakit di Kota Cirebon yang mempunyai *stroke* unit sebagai ruang khusus pasien kritis sebagai penderita *stroke*. Sebagai rumah sakit tipe A dan menjadi rumah sakit rujukan regional Jawa Barat Bagian Timur, sudah barang tentu RS Gunung Jati menyediakan pelayanan komprehensif bagi penyakit yang paling banyak ditemukan dimasyarakat seperti *stroke*. Diketahui bahwa data pasien *stroke* di RSD Gunung Jati periode Januari hingga Maret ialah berjumlah 209 pasien, dengan rata-rata pasien perbulan mencapai 68 pasien yang tersebar di ruang rawat inap penyakit dalam seperti Pangeran Soka dan Syarifa Mudaim, serta ruang rawat inap kritis yaitu ICU, HCU dan *Stroke Unit*. *Stroke* unit baru didirikan pada bulan Oktober 2016 atas

dasar penanganan fase serangan akut pada kasus *stroke* dengan *infark*, setelah penyumbatan karena *infark* membaik maka pasien dipindahkan ke ruang rawat inap penyakit dalam, jika *hemodinamik* atau kesadaran menurun maka pasien masuk ke ruang ICU atau HCU.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan observasi langsung dan wawancara kepada pasien serta keluarganya pada tanggal 17 April 2016, didapatkan hasil bahwa semua pasien yang dirawat di ruang *stroke* unit memiliki tingkat kecacatan cukup parah, diantaranya pasien sudah mengalami ketergantungan penuh dan hanya bisa terbaring di tempat tidur, begitupun dengan pasien *stroke* yang dirawat di ruang intensif lainnya seperti ICU dan HCU. Sedangkan pada ruang rawat inap penyakit dalam, pasien memiliki tingkat kecacatan lebih rendah pada saat perawatan maupun sejak pasien tersebut berada di rumah, mereka masih bisa melakukan urusan sendiri meskipun membutuhkan banyak bantuan. Dari hasil wawancara pada 5 orang keluarga yang menunggu pasien, 3 diantaranya mengaku merasa terbebani dengan kondisi anggota keluarganya yang mengalami *stroke*. Keluarga merasa telah banyak berkorban waktu, tenaga dan biaya untuk proses perawatan, merasa sedih, ingin kembali normal seperti dulu dan ingin segera mendapatkan kesembuhan.

Peran penting tenaga kesehatan, khususnya seorang perawat adalah mampu menyediakan dukungan yang tepat dan efektif kepada keluarga atau populasi yang mengalami reaksi berduka (*grieving*) agar dapat beradaptasi dengan kondisi dan kenyataan yang dihadapi. Pemahaman tentang reaksi serta respon kesedihan dan berduka penting untuk dimiliki oleh perawat supaya dapat memberikan dukungan yang tepat pada

pasien dan anggota keluarga yang mengalaminya (A'la dkk, 2013).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Tingkat Disabilitas Pasien Stroke dengan Respon Berduka Keluarga di Ruang Rawat Inap RSD Gunungjati Kota Cirebon".

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang akan dilakukan ialah menggunakan analisis kuantitatif dengan metode penelitian survei (*non eksperimen*) dan rancangan yang bersifat deskriptif korelasional dengan pendekatan *Cross Sectional*. Rancangan penelitian korelasional bertujuan untuk mengkaji hubungan antara minimal dua variabel dengan menjelaskan adanya hubungan dan menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2013).

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan diagnosa *stroke* di ruang rawat inap RSD Gunungjati Kota Cirebon. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan jenis *non random sampling* yaitu menggunakan teknik *purposive sampling* berjumlah 30 responden.

Pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini ialah dengan metode observasi yaitu skala penilaian (*rating scale*) yang bernama *modified rating scale* (MRS) untuk variabel tingkat disabilitas pasien *stroke*. Sedangkan untuk meneliti variabel respon berduka keluarga, peneliti menggunakan metode kuesioner yang sudah bersifat baku yaitu *Marwit*

Meuser Cargiver Grief Inventory (MM CGI) Form. Responden yang memenuhi kriteria diberi *informed consent* sebagai bukti persetujuan sebelum dilakukan penelitian, setelah terkumpul maka data diolah menggunakan uji *Chi-Square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Frekuensi distribusi tingkat disabilitas pasien stroke di ruang rawat inap RSD Gunung Jati diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Disabilitas Pasien Stroke di RSD Gunungjati Kota Cirebon

Tingkat Disabilitas	F	%
Tidak Ada Gejala	0	0
Tidak Ada Cacat yang Signifikan	5	16,7
Cacat Sedikit	3	10,0
Cacat Sedang	7	23,3
Cacat Cukup Parah	6	20,0
Cacat Parah	9	30,0
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa jumlah responden yang paling tinggi memiliki tingkat kecacatan yang parah (30 %) dan yang paling rendah ialah cacat sedikit (10%).

Adapun hasil penelitian mengenai respon berduka keluarga di ruang rawat inap RSD Gunung Jati Kota Cirebon adalah :

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Respon Berduka Keluarga di RSD Gunungjati Kota Cirebon

Respon Berduka Keluarga	F	%
Respon Berduka Tinggi (≥ 144)	16	53,0
Respon Berduka Rendah (<144)	14	47,0
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga yang mengasuh pasien stroke di RSD Gunungjati mengalami respon berduka tinggi (53%).

Hasil penelitian mengenai hubungan tingkat disabilitas dengan respon berduka keluarga di ruang rawat inap RSD Gunung Jati Kota Cirebon, berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji *Chi Square* yang berfungsi untuk mengetahui hubungan antar variabel dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Hubungan Tingkat Disabilitas Pasien Stroke dengan Respon Berduka Keluarga Di RSD Gunung Jati Kota Cirebon

Variabel	Respon Berduka Keluarga				Total	Value
	Tinggi		Rendah			
Tingkat Disabilitas	F	%	F	%		
Tidak Gejala	0	0 %	0	0 %	0	
Tidak Cacat	0	0 %	5	100 %	5	
Signifikan Cacat Sedikit	0	0 %	3	100 %	3	0,260
Cacat Sedang	3	42,8 %	4	57,1 %	7	
Cacat Cukup Parah	4	66,6 %	2	33,3 %	6	
Cacat Parah	9	100 %	0	0 %	9	
Total	16		14		30	

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan hasil *p value* ialah 0,260 yang artinya lebih besar dari nilai alfa ($\alpha = 0.05$), jika hasil *p value* $> \alpha$ maka H_0 ditolak dan menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat disabilitas fisik dengan respon berduka keluarga.

Berdasarkan hasil analisis univariat tingkat disabilitas pasien stroke dengan menggunakan skala MRS terdapat hasil yang beragam, namun

untuk pasien dengan skala 0 (tidak ada cacat) tidak ditemukan.

Dari 30 responden sebagian besar responden mengalami respon berduka tinggi dengan jumlah skor jawaban kuesioner ≥ 144 sebanyak 16 orang (53,0%), sedangkan yang mengalami respon berduka rendah dengan jumlah skor jawaban kuesioner < 144 sebanyak 14 orang (47,0%).

Diketahui hasil *p value* ialah 0,260 yang artinya lebih besar dari nilai alfa ($\alpha = 0.05$), hasil *p value* $> \alpha$ maka artinya H_0 diterima, hal ini menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat disabilitas fisik dengan respon berduka keluarga.

Berdasarkan hasil yang didapatkan peneliti bahwa antara tingkat disabilitas pasien stroke dengan respon berduka keluarga tidak menunjukkan hubungan yang signifikan, memberi bukti bahwa tidak selalu respon berduka tinggi disebabkan oleh tingkat keparahan dari dampak penyakit yang diderita. Ataupun bisa jadi faktor lain yang lebih besar mempengaruhi keluarga dapat menutupi kesedihan yang dialami.

Salah satu faktor sebagaimana yang dikemukakan A'la (2013), dukungan spiritualitas yang dimiliki keluarga pasien stroke bisa menjadi faktor protektif dalam kejadian depresi dan respon berduka. Sebagai contoh, peneliti mendapatkan salah satu responden dengan anggota keluarga skala disabilitas 4 (cacat cukup parah) respon berdukanya ialah 130 (respon berduka rendah < 144), dari hasil kuesioner keluarga menerima dengan ikhlas sebagai takdir kondisi kecacatan anggotanya walaupun cacat yang diderita membuat keluarga mendapatkan banyak tuntutan.

Review penelitian Han & Haley (1999) yang dikemukakan Arafat (2010), menyebutkan bahwa prevalensi

depresi yang dialami oleh keluarga pasien dengan stroke 40-52 %, dan diperkirakan faktor prediktornya adalah demografi keluarga (usia, pendapatan, lama perawatan, dan hubungannya dengan keluarga), faktor psikososial keluarga, status kesehatan fisik keluarga, dan gejala pasien stroke itu sendiri.

Hasil *pre study* pada dua keluarga pasien stroke dengan di RSUP. Fatmawati oleh Arafat (2010) ditemukan bahwa keluarga merasa sedih dan putus asa karena telah berbulan-bulan di rumah sakit, kondisi keluarganya tidak mengalami perubahan yang berarti bahkan ada anggota keluarga yang merasa terancam kehilangan pekerjaan karena harus merawat dan menunggu keluarganya tiap hari. Begitupun hasil penelitian yang ditemukan oleh peneliti, responden sangat menyetujui salah satu pernyataan pada kuesioner bahwa yang menjadi masalah bukan karena harus kehilangan kedekatan dengan anggota keluarga yang sakit namun ialah kerugian yang dialami karena kehilangan waktu, tenaga dan biaya dalam waktu yang lama selama perawatan di rumah sakit.

Menurut Davidson (2009) respon keluarga terhadap kondisi pasien dengan vegetative state seperti stroke, juga dipengaruhi oleh jenis kelamin dan kedekatan hubungan anggota keluarga yang sakit. Menurutnya kecemasan lebih tinggi terjadi pada anggota keluarga perempuan, dan yang sering terjadi adalah kecemasan situasional, suatu kecemasan yang erat hubungannya dengan kebutuhan pasien pada saat itu. Misalnya peneliti menemukan pengalaman beberapa laki-laki dalam merawat istrinya yang terkena stroke, mereka berusaha mempertahankan stabilitas emosi, mampu mengontrol kehidupan dan

lingkungannya, juga memperlihatkan sisi ketegaran dari seorang laki-laki.

Maka bisa disimpulkan bahwa respon berduka keluarga tergantung dari bagaimana beberapa faktor yang telah disebutkan tersebut mempengaruhi kondisi psikologis keluarga dalam menghadapi anggota keluarganya yang sakit. Kondisi penyakit yang diderita keluarga bagaimanapun pasti akan memberikan dampak kesedihan mendalam pada keluarga saat tahap awal munculnya penyakit dan akan meningkat seiring penyakit memburuk hingga sampai pada tahap penerimaan (Sanders et.al, 2008). Walaupun tingkat disabilitas tidak berpengaruh besar, tetapi hal itu menjadi salah satu faktor pendukung yang menimbulkan respon berduka sesuai dengan hasil yang didapatkan dalam penelitian ini.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

Tidak terdapat hubungan antara tingkat disabilitas dengan respon berduka keluarga ditunjukkan dengan hasil *p value* ialah 0,260 yang artinya lebih besar dari nilai alfa ($\alpha = 0.05$), hasil *p value* > α maka H_0 ditolak.

SARAN

Selain memberi perawatan kepada pasien, perawat diharapkan dapat ikut serta melibatkan keluarga dengan memberi dukungan yang positif sebagai protektif dari respon berduka.

DAFTAR PUSTAKA

A'la, Muhammad Z., dkk. (2013). Proses Berduka (*Bereavement*) dan Spiritualitas Keluarga Pada Pasien dengan Stroke. *Jurnal Bimki*, 2 (1) : 51 – 58.

Arafat, Rosyidah. (2010). Pengalaman Pendampingan Keluarga dalam

- Merawat Anggota Keluarganya pada Kondisi Vegetative dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP Jakarta : EGC.
- Fatmawati Jakarta. *Tesis*. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Depok.
- Astuti, W D dan Didik B. (2009). Tingkat Disabilitas Fisik Berdasarkan Penyakit Degeneratif yang Diderita Menurut Faktor Sosial dan Demografi. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12 (4) : 378–392.
- Dinas Kesehatan Kota Cirebon. (2016). Cirebon : Laporan Bidang Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit (P2P) pada Tahun 2016 Dinas Kesehatan Kota Cirebon.
- Dinata, C A dkk., (2013). Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010
- Hidayat , A. Aziz Alimul. (2012). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia (Aplikasi Konsep & Proses Keperawatan)* buku 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi 4. Volume 1. Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk.
- Pusat Data dan Informasi. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riset Kesehatan Daerah. (2007). Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Riset Kesehatan Daerah. (2013). Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Riyadina, W dan Ekowati R. (2013). Determinan Penyakit Stroke. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(7) : 324-330.
- Sanders, Sara et al., The Experience Of High Levels Of Grief In Caregivers Of Persons With Alzheimer’s Disease And Related Dementia. *Death Studies*, 32 (1) : 495–523.
- Sawab, dkk., (2015). Pengalaman Keputusan Stroke *Survivor* Di Kota Semarang. *Jurnal Ners*, 10 (1) : 125–132.
- Wardhani dan Santi Martini. (2015). Hubungan Antara Karakteristik Pasien Stroke Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi. *Jurnal Berkala Epid*.