

**KESAN MODUL PENDIDIKAN KESIHATAN
DALAM MENINGKATKAN KEPUASAN HIDUP
KALANGAN PERAWAT KELUARGA YANG
MERAJAT PESAKIT STROK KALI PERTAMA
DI RUMAH**

NOOR AINI BINTI HUSSAIN

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

2016

**KESAN MODUL PENDIDIKAN KESIHATAN
DALAM MENINGKATKAN KEPUASAN HIDUP
KALANGAN PERAWAT KELUARGA YANG
MERAJAT PESAKIT STROK KALI PERTAMA
DI RUMAH**

oleh

NOOR AINI BINTI HUSSAIN

**Tesis yang dikemukakan sebagai memenuhi syarat keperluan
Ijazah Doktor Falsafah**

UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

Mei 2016

PENGHARGAAN

Pertama-tamanya saya titipkan ucapan Alhamdulillah kepada ALLAH atas nikmat kesihatan yang diberikan kepada saya. Tanpa keredhaannya tidak mungkin saya mampu menyiapkan tesis ini.

Penghargaan ini juga saya tujukan kepada ibu Fatimah Abdul Hamid, suami Shaari Daud, anak-anak Ismail Fijji dan Uzma Miza, dan adik-beradik yang banyak menyokong serta memberi semangat tanpa jemu kepada saya.

Sekalung penghargaan ini juga saya tujukan kepada semua pihak yang sanggup berkorban ilmu, maklumat dan segala bentuk bantuan bagi menghasilkan tesis ini secara langsung:

Profesor Madya Mohamed Rusli Bin Abdullah (Penyelia Utama)

Profesor Abdul Rahman Bin Esa (Penyelia Bersama)

Profesor Madya Muzaimi Bin Mustapha (Penyelia Lapangan)

Saya juga inigin mendedikasikan ucapan penghargaan ini kepada sesiapa sahaja yang terlibat secara langsung dan tidak langsung dalam penghasilan tesis ini terutamanya Puan Zahniyah Binti Che Ishak.

SENARAI KANDUNGAN

PENGHARGAAN	ii
SENARAI KANDUNGAN	iii
SENARAI JADUAL	ix
SENARAI RAJAH	xi
SENARAI SINGKATAN PERKATAAN	xii
ABSTRAK	xiii
ABSTRACT	xvi
BAB 1 LATAR BELAKANG	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Perawat Keluarga.....	2
1.3 Kesan Strok terhadap Penghidapnya	4
1.4 Penglibatan Perawat Keluarga dalam Keperawatan Strok	6
1.5 Keperawatan Strok dan Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	9
1.6 Sistem Perkhidmatan Kesihatan Malaysia dan Keperawatan Strok.....	10
1.7 Signifikan Kajian	12
1.8 Struktur Tesis.....	14
BAB 2 SOROTAN KAJIAN PERPUSTAKAAN	16
2.1 Keperawatan Strok.....	16
2.2 Strategi Pencarian	17
2.3 Perawat Keluarga dan Keperawatan Strok	18
2.4 Strok.....	21
2.4.1 Strok mengikut Perspektif Perubatan Moden	21
2.4.1 (a) Definisi Strok.....	21
2.4.1 (b) Patofisiologi Strok	22
2.4.1 (c) Klasifikasi Strok	23
2.4.1 (d) Prevalens Strok di Dunia	26
2.4.1 (e) Prevalens Strok di Malaysia	28
2.4.1 (f) Faktor Risiko Strok.....	32
2.4.2 Strok mengikut Perspektif Islam.....	35
2.4.2 (a) Kejadian Strok	35
2.4.2 (b) Rawatan Strok.....	36

2.5	Kesan Strok terhadap Penghidapnya	38
2.5.1	Kesan Fizikal.....	39
2.5.2	Kesan Psikologi.....	42
2.5.3	Kesan Sosial	44
2.6	Bebanan Strok terhadap Perawat Keluarga	47
2.6.1	Bebanan Strok terhadap Fizikal Perawat keluarga.....	48
2.6.2	Bebanan Strok terhadap Psikososial Perawat Keluarga.....	51
2.7	Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	54
2.7.1	Definisi Kepuasan Hidup	55
2.7.2	Faktor yang mempengaruhi Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	62
2.7.2 (a)	Faktor Perawat Keluarga	63
2.7.2 (b)	Faktor Situasi Merawat.....	66
2.7.2 (c)	Faktor Persekitaran	67
2.8	Instrumen Kajian	69
2.8.1	Skala Hasil Keperawatan BAKAS ‘BCOS’	69
2.8.2	Indeks Barthel ‘Barthel’s Index’	72
2.8.3	<i>European Quality of Life</i> (Euroqol)	75
2.9	Sistem Perkhidmatan Kesihatan Malaysia.....	76
2.9.1	Pengurusan Strok di Hospital.....	78
2.9.2	Pengurusan Strok dalam Komuniti	81
2.9.3	Keberkesanan Perkhidmatan Kesihatan	84
2.10	Konsep Rehabilitasi dan Keperawatan Strok	88
2.10.1	Rehabilitasi sebagai Intervensi Kejururawatan.....	91
2.10.2	Rehabilitasi Strok di Rumah	95
2.11	Intervensi Pendidikan Kesihatan	102
2.12	Model Adaptasi Roy dan Keperawatan Strok	105
2.13	Kerangka Konsep Operasi Kajian	110
2.14	Kesimpulan.....	115
BAB 3 OBJEKTIF DAN DEFINISI TERMA KAJIAN.....		116
3.1	Matlamat Kajian	116
3.2	Objektif Am Kajian	116
3.3	Objektif Spesifik Kajian	117
3.4	Soalan Kajian.....	117
3.5	Hipotesis Kajian (H_0).....	118

3.6	Variabel Pemboleh Ubah	118
3.6.1	Variabel Pemboleh Ubah Bersandar	118
3.6.2	Variabel Pemboleh Ubah Tidak Bersandar	118
3.6.2 (a)	Variabel Perawat Keluarga	119
3.6.2 (b)	Variabel Situasi Merawat	119
3.6.2 (c)	Variabel Persekitaran	120
3.7	Definisi Terma Kajian	121
BAB 4 METODOLOGI KAJIAN.....		125
4.1	Pengenalan	125
4.2	Rekabentuk Kajian.....	125
4.3	Populasi dan Lokasi Kajian	126
4.3.1	Populasi Kajian	126
4.3.2	Latarbelakang Tempat Kajian	127
4.3.3	Justifikasi Lokasi Kajian	127
4.4	Responden Kajian	129
4.4.1	Perkiraan Bilangan Sampel	129
4.4.2	Prosedur Persampelan Responden	131
4.5	Instrumen Kajian	134
4.5.1	Pembinaan Modul Pendidikan Kesihatan	134
4.5.2	Kandungan Modul Pendidikan Kesihatan ‘RESPEK’	134
4.5.3	Kesahihan Kandungan Modul Pendidikan Kesihatan ‘RESPEK’	135
4.5.4	Instrumen Soal Selidik	136
4.5.4 (a)	Sosiodemografi Perawat Keluarga dan Pesakit strok	137
4.5.4 (ai)	Data Sosiodemografi Perawat Keluarga	138
4.5.4 (aii)	Data Sosiodemografi Pesakit strok	138
4.5.4 (aiii)	Data Situasi Sosioekonomi Keluarga.....	138
4.5.4 (aiv)	Data Maklumat Situasi Merawat di Rumah.....	139
4.5.4 (b)	Indeks Barthel (BI)	139
4.5.4 (c)	Skor Hasil Keperawatan Bakas (BCOS)	140
4.5.4 (d)	Skala European Quality of Life-5 Dimension (EQ 5D) dan Visual Analogue Scale (EQ-VAS)	141
4.5.4 (e)	Kesahihan Instrumen Soal Selidik.....	143
4.5.4 (ei)	Proses Terjemahan Instrumen BCOS	144
4.5.4 (eii)	Kesahihan Kandungan	144
4.5.4 (eiii)	Kesahihan Instrumen BCOS Versi Bahasa Malaysia	145

4.6	Kajian Rintis	150
4.7	Pelaksanaan Kajian	151
4.7.1	Fasa Kajian	152
4.7.1 (a)	Fasa Satu	152
4.7.1 (b)	Fasa Dua	154
4.7.1 (bi)	Kumpulan Intervensi	154
4.7.1 (bii)	Kumpulan tanpa Intervensi	155
4.7.2	Aktiviti Intervensi Pendidikan Kesihatan	156
4.7.3	Tujuan Intervensi Pendidikan Kesihatan.....	159
4.8	Pengumpulan Data.....	160
4.9	Analisis Data.....	161
4.10	Kepentingan Kajian	164
4.11	Kelulusan Etika.....	164
4.12	Kesimpulan.....	165
BAB 5 HASIL KAJIAN.....		167
5.1	Pengenalan.....	167
5.2	Taburan Perawat Keluarga mengikut Jajahan	167
5.3	Perbandingan Profil Sosio-demografi Perawat Keluarga antara Kumpulan ..	168
5.4	Kesan Lawatan Rumah terhadap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga.....	175
5.4.1	Keputusan Deskriptif (Frekuensi) setiap Item BCOS	175
5.4.2	Keputusan SPANOVA	179
5.5	Kemajuan Kesihatan Pesakit Strok Kali Pertama Yang Di Rawat Perawat Keluarga.....	190
5.5.1	Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal (Indeks Barthel) Pesakit Strok	191
5.5.1 (a)	Keputusan Deskriptif (Frekuensi).....	191
5.5.1 (b)	Keputusan SPANOVA	194
5.5.2	Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ VAS).....	204
5.5.2 (a)	Keputusan Deskriptif (Frekuensi).....	204
5.5.2 (b)	Keputusan SPANOVA	206
5.5.3	Persepsi Status Kesihatan 5 Dimensi Pesakit strok Kali Pertama (EQ-5D).....	216
5.5.3 (a)	Keputusan Deskriptif (Frekuensi).....	216
5.5.3 (b)	Keputusan SPANOVA	219
5.6	Variabel Peramal yang mempengaruhi Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga.....	230

5.6.1	Variabel Peramal bagi Faktor Perawat Keluarga	232
5.6.2	Variabel Peramal bagi Faktor Situasi Merawat.....	238
5.6.3	Variabel Peramal bagi Faktor Persekitaran	243
5.7	Kesimpulan	245
BAB 6 PERBINCANGAN		246
6.1	Pengenalan.....	246
6.2	Keberkesanan Modul Pendidikan Kesihatan 'RESPEK' Meningkatkan Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	248
6.3	Kemajuan Kesihatan Pesakit Strok.....	253
6.4	Variabel Peramal Spesifik yang mempengaruhi Kepuasan Hidup Perawat Keluarga mengikut Faktor	256
6.4.1	Faktor Perawat Keluarga.....	256
6.4.2	Faktor Situasi Merawat	262
6.4.3	Faktor Persekitaran.....	264
6.5	Kesimpulan	269
BAB 7 CADANGAN		271
7.1	Pengenalan.....	271
7.2	Keberkesanan Modul Pendidikan Kesihatan 'RESPEK' Meningkatkan Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	271
7.3	Kemajuan Kesihatan Pesakit Strok.....	278
7.4	Variabel Peramal	279
7.4.1 (a)	Kekurangan Staf Kesihatan Profesional	284
7.4.1 (b)	Skop Peranan	285
7.5	Sistem Rujukan.....	287
7.6	Kajian Masa Depan.....	289
7.7	Kekuatan dan Limitasi Kajian	292
7.7.1	Kekuatan Kajian	292
7.7.2	Limitasi Kajian.....	292
7.8	Kesimpulan	293
SENARAI RUJUKAN		294
SENARAI LAMPIRAN.....		361
LAMPIRAN 1	KELULUSAN ETIKA.....	361

LAMPIRAN 2	KELULUSAN ETIKA (LANJUT TEMPOH).....	362
LAMPIRAN 3	KELULUSAN KKM (NMRR)	363
LAMPIRAN 4	KEIZINAN MAKLUM.....	365
LAMPIRAN 5	CONTOH MODUL INTERVENSI PENDIDIKAN	369
LAMPIRAN 6	PENILAI VALIDITI KANDUNGAN MODUL	418
LAMPIRAN 7	INSTRUMEN KAJIAN	431
LAMPIRAN 8	KEBENARAN PENGGUNAAN INSTRUMEN KAJIAN	449
LAMPIRAN 9	PENTERJERMAH INSTRUMEN KAJIAN.....	464
LAMPIRAN 10	PENILAI VALIDITI KANDUNGAN BCOS	471
LAMPIRAN 11	SENARAI PEMBENTANGAN DAN PENERBITAN.....	505

SENARAI JADUAL

Jadual 1.1	Kemasukan Pesakit strok Berulang di Hospital USM.....	13
Jadual 2.1	Kemasukan Pesakit Strok di Hospital USM.....	31
Jadual 2.2	Kes Strok di Kelantan.....	31
Jadual 2.3	Variabel Peramal bagi Faktor Perawat Keluarga, Faktor Situasi Merawat dan Faktor Persekitaran	112
Jadual 3.1	Definisi Terma Konseptual dan Operasi Kajian.....	121
Jadual 4.1	Peratus Varians bagi Item BCOS	147
Jadual 4.2	Muatan Faktor bagi Setiap Item Dalam Komponen.....	149
Jadual 4.3	Kesahan Instrumen bagi Kajian Rintis (N = 40)	151
Jadual 4.4	Keperincian Sesi Ceramah di Rumah.....	158
Jadual 4.5	Keperincian Aktiviti Lawatan Rumah.....	159
Jadual 5.1	Taburan Perawat Keluarga mengikut Jajahan	168
Jadual 5.2	Perbandingan Profil Sosio-demografi Perawat Keluarga.....	171
Jadual 5.3	Perbandingan Profil Sosio-demografi Pesakit strok yang Dirawat	174
Jadual 5.4	Perbandingan Frekuensi (%) Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga antara Kumpulan mengikut Item BCOS	177
Jadual 5.5	Perbandingan Skor Min (SD) Tahap Kepuasan Hidup (BCOS) Perawat Keluarga Antara Kumpulan Mengikut Masa.....	182
Jadual 5.6	Perbandingan Perbezaan Skor Min Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga Mengikut Pasanga Masa	185
Jadual 5.7	Perbandingan Penyelarasan Min Skor Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga Dan Keputusan Ujian Kesan Antara Dalam Kumpulan	186
Jadual 5.8	Skor Min Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga Antara Kumpulan	187
Jadual 5.9	Perbandingan Skor Penyelarasan Min Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga Dan Keputusan Kesan Antara Kumpulan	189
Jadual 5.10	Perbandingan Frekuensi (%) Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit strok Kali Pertama antara Kumpulan mengikut Item	192
Jadual 5.11	Perbandingan Skor Min (SD) Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit.....	196
Jadual 5.12	Perbandingan Perbezaan Skor Min Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit Strok Kali Pertama Antara.....	198
Jadual 5.13	Perbandingan Penyelarasan Min Skor Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan	199
Jadual 5.14	Skor Min Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit Strok Kali Pertama	200

Jadual 5.15	Perbandingan Skor Penyelarasan Min Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan	202
Jadual 5.16	Perbandingan Frekuensi (%) Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ VAS) Pesakit Strok Kali Pertama antara Kumpulan	205
Jadual 5.17	Perbandingan Skor Min (SD) Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ	208
Jadual 5.18	Perbandingan Perbezaan Skor Min Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ VAS) Pesakit Strok Kali Pertama Antara Dalam Setiap	210
Jadual 5.19	Perbandingan Penyelarasan Min Skor Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ VAS) Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan	211
Jadual 5.20	Skor Min Persepsi Status Kesihatan Semasa Pesakit Strok Kali	212
Jadual 5.21	Perbandingan Skor Penyelarasan Min Persepsi Tahap Kesihatan Semasa (EQ VAS) Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan	214
Jadual 5.22	Persepsi Status Kesihatan Berdimensi (EQ 5D) Pesakit Strok Kali Pertama Antara Kumpulan	218
Jadual 5.23	Perbandingan Skor Min (SD) Persepsi Status Kesihatan Berdimensi (EQ-5D) Pesakit Strok Kali Pertama Antara Kumpulan Mengikut Masa	221
Jadual 5.24	Perbandingan Perbezaan Skor Min Persepsi Status Kesihatan Berdimensi (EQ5-D) Pesakit Strok Kali Pertama	223
Jadual 5.25	Perbandingan Penyelarasan Min Skor Persepsi Status Kesihatan Semasa (EQ5D) Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan Ujian Antara Dalam Kumpulan	224
Jadual 5.26	Skor Min Persepsi Status Kesihatan Berdimensi (EQ 5D) Pesakit Strok Kali Pertama Antara Kumpulan Mengikut Masa	225
Jadual 5.27	Perbandingan Skor Penyelarasan Min Persepsi Status Kesihatan Berdimensi (EQ 5D) Pesakit Strok Kali Pertama Dan Keputusan Kesan Antara Kumpulan	228
Jadual 5.28	Sumbangan Variabel Faktor Perawat Keluarga Terhadap Tahap Kepuasan Hidup Keluarga Antara Kumpulan	236
Jadual 5.29	Sumbangan Variabel Faktor Situasi Merawat terhadap Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga antara Kumpulan	241
Jadual 5.30	Sumbangan Variabel Faktor Persekitaran Keluarga terhadap Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga antara Kumpulan	244
Jadual 6.1	Kehadiran Temujanji Hospital	260

SENARAI RAJAH

Rajah 2.1	Klasifikasi Strok	24
Rajah 2.2	Dimensi Kepuasan Hidup.....	59
Rajah 2.3	Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	63
Rajah 2.4	Carta Alir Pengurusan Kes Strok di Hospital.....	80
Rajah 2.5	Carta Organisasi Kementerian Kesihatan Malaysia	82
Rajah 2.6	Perbandingan Sistem Perkhidmatan Kesihatan Malaysia antara <i>3-tier</i>	84
Rajah 2.7	Model Adaptasi Roy	108
Rajah 2.8	Kerangka Operasi dan Variabel kajian.....	114
Rajah 4.1	Peta Negeri Kelantan dan Jajahannya	128
Rajah 4.2	Carta Alir Prosedur Persampelan	133
Rajah 4.3	Plot <i>Scree</i> Instrument BCOS versi Bahasa Malaysia.....	148
Rajah 4.4	Carta Alir Pelaksanaan Kajian	153
Rajah 5.1	Graf Plot Skor Tahap Kepuasan Hidup Perawat Keluarga	190
Rajah 5.2	Graf Plot Tahap Kemampuan Fungsi Fizikal (BI) Penghidap Strok Kali.....	203
Rajah 5.3	Graf Plot Status Kesihatan (EQ VAS) Penghidap Strok Kali Pertama	215
Rajah 5.4	Graf Plot Persepsi Status Kesihatan (EQ 5D) Berdimensi Pesakit Strok	229

SENARAI SINGKATAN PERKATAAN

AHH	-	Aktiviti Hidup Harian
BCOS	-	Bakas's Caregiver Outcome Scale
BI	-	Barthel's Index
EQ-5D	-	EuroQol 5 Dimension
EQ VAS	-	EuroQol Visual Analogue Scale
ICF	-	The International Classification of Functioning, Disability and Health
KKM	-	Kementerian Kesihatan Malaysia
WHO	-	World Health Organisation
PKB	-	Pusat Kesihatan Besar
PKK	-	Pusat Kesihatan Kecil
KK	-	Klinik Kesihatan
KB	-	Klinik Bidan
KD	-	Klinik Desa
PKP	-	Perkhidmatan Kesihatan Primer
RESPEK	-	Rehabilitasi Strok untuk Perawat Keluarga
SD	-	'Standard deviation'
SLR	-	Simple Linear Regression
MLR	-	Multiple Linear Regression

**KESAN MODUL PENDIDIKAN KESIHATAN DALAM MENINGKATKAN
KEPUASAN HIDUP KALANGAN PERAWAT KELUARGA YANG
MERAJAT PESAKIT STROK KALI PERTAMA DI RUMAH**

ABSTRAK

Penglibatan ahli keluarga sebagai ‘perawat tidak berbayar’ memberikan kesan negatif kepada kesihatan psikologi, fizikal dan sosial perawat keluarga sama ada ketika pesakit strok berada di hospital atau di rumah. Objektif kajian ini adalah untuk menentukan kesan modul pendidikan kesihatan terhadap kepuasan hidup perawat keluarga, menilai kemajuan kesihatan pesakit strok kali pertama dan menentukan peramal yang mempengaruhi tahap kepuasan hidup perawat keluarga.

Kajian ini menggunakan rekabentuk kuasi-eksperimen pra dan pos intervensi dengan prosedur persampelan bertujuan. Kepuasan hidup perawat keluarga diukur menggunakan Skala Hasil Keperawatan Bakas (BCOS), sementara persepsi status kesihatan pesakit strok diukur dengan instrumen indeks Barthel (BI) dan EQ-5D. Kajian ini menggunakan ujian pengukuran berulang *Split Plot* ANOVA dua-hala (SPANOVA) dan ujian regresi pelbagai linear untuk menguji hipotesis. Syarat ujian SPANOVA dipenuhi apabila ujian Levene dan Box tidak signifikan ($p > .05$). Nilai Epsilon Huynh-Feldt telah digunakan apabila keputusan ujian ‘*Sphericity Mauchly*’ adalah signifikan [$p < .05$]. Kajian ini melibatkan seramai 52 perawat keluarga kumpulan intervensi, sementara 50 perawat keluarga merupakan kumpulan tanpa intervensi kepada pesakit strok kali pertama yang daftar masuk di dua buah hospital

tertiari di Kelantan.. Pengukuran data adalah pada masa praintervensi (hospital) dan posintervensi (1 bulan, 3 bulan dan 6 bulan).

Keputusan deskriptif kajian menunjukkan bahawa majoriti perawat keluarga adalah dalam kalangan umur antara 20 tahun hingga 60 tahun, perempuan, tidak berkerja dan isteri atau anak kepada pesakit strok kali pertama. Keputusan ujian SPANOVA menunjukkan wujud kesan interaksi signifikan antara pengukuran berulang masa dan kumpulan perawat keluarga [$F(2.45, 245.73) = 25.76, p < .001, \eta^2 = .21$] terhadap skor kepuasan hidup perawat keluarga. Keputusan kesan utama yang signifikan antara kumpulan perawat keluarga intervensi dan tanpa intervensi [$F(1, 100) = 65.980, p < .001, \eta^2 = .39$]. Keputusan kajian menunjukkan bahawa terdapat kesan interaksi antara pengukuran berulang masa dan kumpulan pesakit strok kali pertama [$F(2.09, 209.58) = 9.29, p < .001, \eta^2 = .85$] terhadap skor persepsi status kesihatan pesakit strok kali pertama dan kesan utama yang signifikan antara kumpulan pesakit strok kali pertama [$F(1, 100) = 23.20, p < .001, \eta^2 = .19$] dan. Kedua-dua keputusan menunjukkan wujud kesan saiz yang besar. Peramal kepuasan hidup perawat keluarga yang signifikan adalah kombinasi status kesihatan dan penyakit kronik perawat keluarga [$F(2, 49) = 34.807, p < .001$], umur pesakit strok (> 61 tahun) [$F(1, 50) = 9.436, p < .05$] dan kemampuan fungsi fizikal pesakit strok [$F(1, 50) = 9.363, p < .05$].

Keluarga bertanggungjawab ke atas ahli keluarga mereka yang mengalami strok di hospital atau di rumah kerana nilai sosial dan keagamaan. Modul pendidikan kesihatan yang berstruktur dengan manual kemahiran yang dibina dalam kajian ini terbukti mampu meningkatkan kualiti hidup perawat keluarga dan kemajuan

kesihatan pesakit strok kali pertama. Modul pendidikan kesihatan ini dicadangkan menjadi panduan kepada jururawat dan menjadi satu alat pengukur dalam penambahbaikan modul pendidikan kesihatan sediaada bagi kebaikan perawat keluarga, penghidap strok, kos hospital dan pusat rehabilitasi.

**EFFECTIVE OF HEALTH EDUCATION MODULE IN IMPROVING LIFE
SATISFACTION AMONG FAMILY CAREGIVERS' CARING FOR FIRST-
EVER STROKE SURVIVORS AT HOME**

ABSTRACT

The involvement of family member as “unpaid caregivers” negatively affected the caregivers’ psychological, physical and social health either while the stroke survivors are in hospitals or at home. The objective of this study was to determine the effect of the health education module on life satisfaction among family caregivers of first ever stroke survivors at home, health progress of first ever stroke patient and predictors of life satisfaction among family caregiver.

A quasi-experimental pre and post intervention design with purposive sampling was used in this study. Life satisfaction of family caregivers was measured using the Bakas Caregiving Outcome Scale (BCOS), whereas the health status perception of stroke patients was measured by Barthel’s Index (BI) and EQ-5D. A repeated measures Split Plot two-way ANOVA and multiple linear regression test was used to test the hypothesis. The assumption of SPANOVA test was met when the Levene’s and Box test are not significant ($p > .05$). Huynh-Feldt Epsilon value was used when Mauchly Sphericity test is significant [$p < .05$].

This research involved 52 family caregivers of intervention group, while 50 family caregivers were in the non intervention group of hospitalized first ever stroke patients from two tertiary hospitals in Kelantan. Data collection was at

preintervention visit (hospital) and post intervention home visits (1 month, 3 month and 6 month).

The findings showed that majority of the family caregivers are among the aged of 20 to 60 years old, female, unemployed and wife or children of the first-ever stroke patient. The SPANOVA findings showed that there was a significant interaction between repeated measure time and family caregiver groups [F (2.45, 245.73) = 25.76, $p < .001$, $\eta^2 = .21$] and main effect between the groups of family caregivers [F (1, 100) = 65.980, $p < .001$, $\eta^2 = .39$] on the family caregivers life satisfaction score. The findings also showed that there was a significant interaction between repeated measure time and first ever stroke patient groups [F (2.09, 209.58) = 9.29, $p < .000$, $\eta^2 = .85$] and main effect between groups of first ever stroke patient [F (1, 100) = 23.20, $p < .000$, $\eta^2 = .19$] on the score of health perception status of stroke patient. A large effect size was evident. Significant predictors of life satisfaction of family caregivers were combination of caregiver's health and presence of chronic diseases [F (2, 49) = 34.807, $p < .001$], stroke patient's age (> 61 years) [F (1, 50) = 9.436, $p < .05$] and physical function ability [F (1, 50) = 9.363, $p < .05$].

Families are responsible for their disabled sick family members in hospital or at home because of the social values and religion. A structured health educational module with skills manual developed in this study has proven to improve life satisfaction of the family caregivers and health status perception of the first-ever stroke patients. This health educational module is suggested to be a guidance for nurses and become a tool in the improvement of existing health education modules for the benefit of the family caregivers, stroke patients, and rehabilitation centers.

BAB 1

LATAR BELAKANG

1.1 Pendahuluan

Trend gaya hidup kini dan kecanggihan teknologi dan industri perubatan telah menjuruskan peningkatan penyakit kronik dan warga emas. Penyakit kronik berkaitan gaya hidup seperti strok, tekanan darah, diabetes, dan jantung telah meningkatkan bilangan penghidap atau penderita penyakit kronik ini dalam masyarakat. Penghidap penyakit kronik terutama strok amat memerlukan ahli keluarga sendiri mengurus dan merawat mereka di rumah akibat daripada kesan strok yang dialami.

Kajian berkaitan dengan kepuasan hidup ahli keluarga yang menjadi perawat tidak professional ini atau dikenali sebagai perawat keluarga dan pesakit strok di negara Barat aktif dijalankan bagi meningkatkan kualiti program pendidikan dan khidmat mereka. Walau bagaimanapun di Malaysia, kajian berkaitan kepuasan hidup perawat keluarga dan keperawatan strok sama ada di hospital atau rumah masih terbatas (Abdul Aziz et al., 2014; Che Rabiaah, 2010; Sabarisah, Uria & Ploenpit, 2010).

Kebanyakan kajian di Malaysia hanya tertumpu pada prevalans, insidens, faktor risiko strok dan kesan ubatan (Misajon et al., 2006; Neelamegam et al., 2013; Tan, Heng, Chua, & Chan, 2009; Wong et al., 2010). Kajian berkaitan dengan kepuasan hidup perawat keluarga perlu dilaksanakan bagi menambah dan

mengembangkan ilmu keperawatan strok di Malaysia. Seterusnya, hasil kajian akan menjadi satu panduan ke arah penambahbaikan perkhidmatan keperawatan berasaskan rumah sedia ada dengan yang lebih berstruktur, berkesan dan mahir.

1.2 Perawat Keluarga

Tradisinya di Malaysia dan kebanyakan negara di Asia Tenggara serta Asia Pasifik khusus seperti negara Thailand, Taiwan dan Korea, ahli keluarga bertindak sebagai perawat kepada warga emas dan ahli keluarga yang sakit di rumah. Di Malaysia khasnya, penglibatan ahli keluarga dalam membantu keperawatan ahli keluarga yang sakit bermula dari saat pesakit dimasukkan ke hospital sehingga mereka meneruskan keperawatan pesakit di rumah sendiri setelah pesakit discaj hospital. Penglibatan ahli keluarga sebagai perawat keluarga adalah lebih bersifat tuntutan agama, budaya dan nilai sosial seperti ikatan kekeluargaan yang menuntut keluarga bertanggungjawab mengurus ahli keluarga yang sakit di rumah sendiri. Penerusan keperawatan ini adalah lebih ketara jika ahli keluarga yang sakit adalah terdiri daripada ibu bapa, anak, pasangan hidup, adik-beradik atau sanak saudara terdekat yang berpenyakit kronik seperti strok dan tua.

Perawat keluarga telah menjadi fokus utama penjagaan kesihatan primer (*Primary Health Care*) beberapa tahun kebelakangan ini disebabkan peningkatan kadar warga tua, penyakit kronik (strok) dan penyakit degeneratif (Penyakit Alzheimer). Peningkatan keadaan ini memerlukan ahli keluarga terdekat merawat mereka dan secara tidak langsung perkara ini meningkatkan bilangan perawat keluarga dalam komuniti. Perawat keluarga ditafsirkan sebagai seseorang yang mengambil tanggungjawab mengurus dan merawat seseorang yang dikasihi dan

disayangi dalam kalangan ahli keluarga sendiri, teman atau kawan dengan tanpa bayaran (Bakas et al., 2009; Talley & Crews, 2007).

Lazimnya, hampir 60 hingga 80 peratus perawat keluarga adalah terdiri dalam kalangan perempuan. Pada era teknologi ini, peratusan golongan wanita berkerjaya semakin meningkat. Banyak kajian telah melaporkan golongan wanita sama ada berkerjaya atau suri rumah tangga secara automatik menjadi perawat keluarga kepada ahli keluarga yang sakit sambil mengurus ahli keluarga yang lain (Adams Del Zoppo, et al., 2007; Bakas, Li, Habermann, McLennon, & Weaver, 2011; Das et al., 2010). Situasi ini akan menjuruskan konflik peranan dan pekerjaan dalam kalangan wanita berkerjaya seperti hasil kerja yang tidak efektif (Bakas et al., 2011).

Kajian tempatan oleh Fatimang & Rahmah, (2011) yang dilakukan terhadap perawat keluarga yang merawat pesakit strok di Hospital Universiti Kebangsaan (HUKM) mendapati 64 peratus perawat keluarga adalah anak, 16 peratus adalah menantu, 15 peratus merupakan isteri dan 5 peratus adalah saudara terdekat pada pesakit strok. Persamaan laporan dengan kajian oleh Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz (2014) di Amerika Syarikat mendapati majoriti (94%) perawat keluarga kepada pesakit strok adalah merawat ibu dan bapa sendiri, ibu dan bapa mertua (62%), nenek dan datuk (17%), pasangan hidup (6%), saudara-mara terdekat (9%) dan selebihnya kawan karib (6%). Kajian ini mendapati 21 peratus perawat keluarga tinggal serumah bersama dengan pesakit strok.

Young et al (2014) juga melaporkan purata lingkungan umur perawat keluarga adalah antara 30 tahun hingga umur tua dimana 14% perawat keluarga strok adalah dibawah umur 35 tahun; 26% berumur antara 35 hingga 49; 46% berumur antara 50 hingga 64 tahun dan 13% berumur lebih daripada 65 tahun. Kajian ini juga mendapati purata umur perawat keluarga ialah 51 tahun.

Kependekan jangka masa tinggal di hospital, kekurangan staf profesional kesihatan seperti jururawat, kos rawatan hospital yang lebih mahal serta masalah psikososial dan ekonomi perawat keluarga sendiri memerlukan perawat keluarga berkorban dan berusaha untuk menjaga orang yang dicintai dan disayangi di rumah (Bakas et al., 2011; Ellis, Simpson, Bonilha, Mauldin, & Simpson, 2012; Kitson, Dow, Calabrese, Locock, & Athlin, 2013; Lutz, Young, Cox, Martz, & Creasy, 2011; Samsiah, Hamidah, & Ruth, 2007). Situasi ini meningkatkan peratusan bilangan pesakit strok dan perawat keluarga di komuniti.

1.3 Kesan Strok terhadap Penghidapnya

Strok adalah antara penyakit kronik yang menjadi pembunuh utama di dunia, termasuk Malaysia. Strok menjadi punca masalah fizikal, minda dan sosial serta kematian kepada penghidapnya. Punca dan kesan strok menyebabkan individu yang diserang strok dirawat di hospital sebagai kes kecemasan bagi mengelakkan kemudaratan kesihatan dan kematian. Lima belas tahun kebelakangan ini, peningkatan peratus strok ketara dalam kalangan individu berumur kurang daripada 55 tahun berbanding dengan yang berumur lebih daripada 55 tahun (Al-Khashan, Mishriky, Selim, El Sheikh, & BinSaeed, 2011; Burke & Venketasubramanian, 2006;

Fatimang & Rahmah, 2011; Norrving & Kissela, 2013; Takizawa, Shibata, Takagi, & Kobayashi, 2013).

Strok adalah lebih pada hilang upaya daripada maut, dan ia merupakan punca kedua hilang upaya jangka panjang di seluruh dunia. Kesan strok terhadap penghidapnya adalah lebih ketara terhadap kefungsiian fizikal berbanding dengan kesannya terhadap psikologi dan sosial (Graven, Sansonetti, Moloczij, Cadilhac, & Joubert, 2013; Levin, Kleim, & Wolf, 2009; Moskowitz, Lo, & Iadecola, 2010; Reed, Harrington, Duggan, & Wood, 2010; Satink et al., 2013). Strok mengakibatkan penghidapnya mengalami perubahan kemampuan fungsi utama seperti mobiliti terbatas, lumpuh separuh badan atau sepenuh badan, lemah-lesu dan masalah berkomunikasi seperti percakapan telor '*slurred*' (Campbell Burton et al., 2013; Kubina, Dubouloz, Davis, Kessler, & Egan, 2013; Satink et al., 2013; Strong, Mathers, & Bonita, 2007).

Sementara, kemudaratan perubahan emosi akan diterjemahkan dalam tingkah laku yang negatif antaranya seperti marah, murung, takut, mengasingkan diri dan mengabaikan anggota strok yang terlibat (Kruithof, Visser-Meily, & Post, 2012; Raju, Sarma, & Pandian, 2010; Sarkamo et al., 2008; Visser-Meily et al., 2006). Perubahan sosial pula lebih pada pengasingan diri, ketegangan hubungan kekeluargaan, ponteng kerja dan sebagainya (Hommel Trabucco-Miguel, Naegele, Gonnet, & Jailard, 2009; Kwok et al., 2006; Kwok, Pan, Lo, & Song, 2011; Langhorne, Coupar, & Pollock, 2009; Mandelzweig, Goldbourt, Boyko, & Tanne, 2006; Obembe, Mapayi, Johnson, Agunbiade, & Emechete, 2013).

Kesan strok yang ditanggung oleh pesakit strok adalah berjangka masa panjang. Proses pemulihan mungkin selama tiga hingga enam bulan atau berpanjangan melebihi daripada dua tahun selepas serangan strok (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011; Levin et al., 2009; Norrving & Kissela, 2013; Quinn, Langhorne, & Stott, 2011; Takizawa et al., 2013; White, Attia, Sturm, Carter, & Magin, 2014). Kesan yang dialami oleh pesakit strok amat membebankan dan mengecewakan penghidap sendiri, perawat keluarga dan ahli keluarga yang lain. Kesan strok ini membebankan perawat keluarga serta boleh mengganggu proses rehabilitasi.

1.4 Penglibatan Perawat Keluarga dalam Keperawatan Strok

Lazimnya, 35-45% pesakit strok kembali ke rumah dalam keadaan hilang upaya fizikal yang memerlukan bantuan sepenuhnya atau separa dalam melaksanakan aktiviti hidup harian asas (AHH) pada sepanjang tempoh enam bulan sehingga satu tahun pertama pos strok (Cameron, Cheung, Streiner, Coyte, & Stewart, 2011; Cameron et al., 2012; Clay et al., 2013; Grant, Glandon, Elliott, Giger, & Weaver, 2006; Haley et al., 2009; Ilse, Feys, De Wit, Putman, & De Weerd, 2008; King, Ainsworth, Ronen, & Hartke, 2010; Nurul Aini Aniza, & Hazlina, 2007; Raju Sarma, & Pandian, 2010). Aktiviti hidup harian (AHH) asas yang perlu dilakukan oleh perawat keluarga terhadap pesakit strok adalah seperti mandi, memakai baju, makan dan minum, eliminasi usus dan urinari, senaman ringan serta berambulasi.

Selain daripada mengurus AHH asas, perawat keluarga juga perlu mengurus aktiviti hidup harian lain seperti memantau pengambilan ubatan, temu janji doktor dan rehabilitasi, kewangan, membersih rumah, menyediakan makanan dan membeli-belah serta menangani gejala yang dialami oleh pesakit strok seperti perubahan tingkah laku dan emosi (Ilse et al., 2008; King, Ainsworth, et al., 2010; King, Hartke, & Houle, 2010). Hilang upaya fizikal dan keperluan membantu dalam AHH oleh pesakit strok ini bukan hanya membebankan pesakit strok itu sendiri, tetapi ia juga memberikan kesan terhadap keluarga dan sanak saudara pesakit strok serta institusi kesihatan.

Kembali ke rumah dari hospital adalah pengalaman yang amat trauma bagi pesakit strok kali pertama dan perawat keluarga. Situasi ini akan menjadi ketara jika sokongan semasa proses peralihan sebagai perawat keluarga sewaktu discaj hospital tidak mencukupi yang secara tidak langsung mempengaruhi pengurusan pesakit. Persediaan discaj hospital adalah amat penting dalam membantu perawat keluarga dan pesakit mengubah-suai kehidupan mereka mengikut tahap keupayaan untuk berubah dan keterukkan penyakit (Cameron et al., 2012; Draper & Brocklehurst, 2007; Fens et al., 2014; Levine, Halper, Peist, & Gould, 2010; Malfitano & Turner, 2013; Struwe, Baernholdt, Noerholm, & Lind, 2013; Turner et al., 2007; Visser-Meily et al., 2006; Wissel, Olver, & Sunnerhagen, 2013).

Kesignifikan masalah dan bebanan ini memuncak pada keperluan menilai kepuasan hidup perawat keluarga serta perkhidmatan sokongan yang boleh diberikan kepada perawat keluarga serta pesakit strok. Perkhidmatan sokongan seperti saranan Bahagian Penjagaan Kesihatan Primer, Malaysia adalah lawatan rumah oleh ahli

kesihatan dalam komuniti adalah amat penting bagi memantau dan memastikan kesinambungan kehidupan yang berkualiti kepada perawat keluarga dan pesakit strok sekembali ke rumah serta meminimumkan kemasukan berulang hospital (Abdullah, Aun, Mohamad, & Saim, 2013; Chee, 2008; Leng & Barraclough, 2007; Rasiah, Abdullah, & Tumin, 2011; Rosnah, Abdullah, & Lee, 2011; Yadav, H., Mei Chan, & Teik Lan, 2011).

Penglibatan ahli keluarga sebagai perawat tidak formal dan tidak berbayar ini semasa di hospital sehingga ke rumah perlu diberikan perhatian serius oleh semua pihak pembekal perkhidmatan kesihatan sama ada di hospital atau dalam komuniti. Keperawatan strok di rumah mungkin menjuruskan pada bebanan ekonomi, emosi dan psikososial pada perawat keluarga. Keberkesanan proses pemindahan peranan keperawatan daripada ahli kesihatan profesional kepada perawat tidak profesional seperti ahli keluarga akan menentukan penerusan keperawatan strok oleh perawat keluarga di rumah tidak membebankan.

Memandangkan situasi ini, majoriti negara Barat seperti Amerika Syarikat, Kanada dan Australia telah mewujudkan program penjagaan komuniti bagi membantu pesakit strok kali pertama dan perawat keluarga kekal tinggal dalam rumah sendiri dan keperawatan diselia oleh profesional kesihatan secara berkala (Draper & Brocklehurst, 2007; Pereira et al., 2014; Turner, Fleming, Ownsworth, & Cornwell, 2008). Walau bagaimanapun, di kebanyakan negara membangun termasuk Malaysia, pengurusan dan tanggungjawab perkhidmatan kesihatan di rumah masih tidak berupaya dipenuhi disebabkan kekurangan kakitangan kesihatan dan kepincangan pelaksanaan sumber perkhidmatan kesihatan (Abdul Aziz et al., 2014).

1.5 Keperawatan Strok dan Kepuasan Hidup Perawat Keluarga

Keperawatan strok telah memberikan bebanan kepada perawat keluarga semasa merawat pesakit strok di hospital atau rumah. Kepentingan persepsi dan pengalaman perawat keluarga telah diberikan perhatian yang meluas oleh para pengkaji barat. Majoriti kajian berkaitan keperawatan strok di rumah telah mendalami pengalaman dan aspek yang mempengaruhi kepuasan hidup perawat keluarga seperti perbezaan kebudayaan, persepsi dan sosio ekonomi melalui penyelidikan kuantitatif dan kualitatif (Baumann, Le Bihan, Chau, & Chau, 2014; Bishop et al., 2014; Hammarlund, Nilsson, Idvall, Rosas, & Hagell, 2014; Moons & Norekval, 2006). Pelbagai terminologi telah digunakan untuk menggambarkan kepuasan hidup (Foley et al., 2014; Moons & Norekval, 2006; Moons, Budts, & De Geest, 2006; Rodriguez-Sanchez et al., 2011). Antara terma yang digunakan adalah kesejahteraan subjektif (*subjective well-being*), kegembiraan (*happiness*) dan kebaikan hidup (*good life*). Kajian ini menggunakan terma kepuasan hidup bagi menggambarkan hasil kualiti hidup perawat keluarga semasa merawat pesakit strok kali pertama di rumah.

Peranan yang dipikul oleh perawat keluarga adalah lebih kepada memenuhi tuntutan tanggungjawab dan agama. Peranan ini membebankan perawat keluarga. Bebanan ini boleh menyumbang dan memungkinkan perubahan kemerosotan yang memuncak terhadap kesihatan fizikal, kognitif dan emosi perawat keluarga dan pesakit strok serta ahli keluarga yang tinggal bersama. Tempoh peranan sebagai perawat keluarga bergantung pada kadar pemulihan strok dan tahap kebergantungan pesakit strok dalam melaksanakan AHH asas sendiri (King, Ainsworth, et al., 2010; Opara & Jaracz, 2010). Tempoh pemulihan strok ini berbeza-beza dari semimumum 6

bulan sehingga lebih dari dua tahun (Janssen et al., 2014; Leach, Gall, Dewey, Macdonell, & Thrift, 2011; Pomeroy et al., 2014). Penderitaan yang dialami oleh perawat keluarga sentiasa disembunyikan dan tidak kedengaran. Perawat keluarga adalah lebih dikenalkan sebagai pesakit berselindung '*hidden patient*' atau pesakit sekunder '*secondary patient*'. Walaupun kini, banyak kajian barat telah dijalankan bagi memahami masalah dan keperluan perawat keluarga dalam memastikan kualiti hidup tetapi kajian seumpama ini masih lagi terhad di Malaysia.

Maka, kajian ini menggunakan pendekatan konsep model Adaptasi Roy bagi menentukan variabel-variabel yang mempengaruhi proses adaptasi perawat keluarga terhadap peranan mereka dalam keperawatan strok melalui pelaksanaan intervensi pendidikan kejururawatan. Fokus utama Model Adaptasi Roy adalah dengan mempercayai bahawa manusia mempunyai kekuatan bagi adaptasi diri dan bertindak balas pada ransangan/stimuli secara sedar, penuh perhatian, positif dan kreatif semasa keperawatan strok (Roy, 2011b). Keberkesanan adaptasi diri perawat keluarga semasa merawat pesakit strok mempengaruhi kualiti hidup mereka (Barone, Roy, & Frederickson, 2008; Clarke, Barone, Hanna, & Senesac, 2011; Roy, 2011b).

1.6 Sistem Perkhidmatan Kesihatan Malaysia dan Keperawatan Strok

Strok merupakan antara penyakit kronik yang memerlukan khidmat nasihat dan rawatan berkala yang berpanjangan. Lazimnya pesakit strok di seluruh dunia termasuk Malaysia terdiri daripada individu yang mengalami penyakit kronik berpunca daripada gaya hidup seperti diabetes, darah tinggi, kolesterol tinggi dan stres (Alzamora Sorribes et al., 2008; Kelishadi et al., 2008; Khuwaja & Kadir, 2010; Kim & Johnston, 2011; Martiniuk Lee, et al., 2006; Ramli & Taher, 2008; Schuetz et

al., 2013; von Sarnowski et al., 2013; Yang et al., 2008). Penyakit kronik bermaksud satu keadaan atau penyakit yang berpanjangan melebihi tiga bulan (Delaune & Ladner, 2006). Antara senarai penyakit kronik selain strok adalah seperti penyakit jantung, kanser, diabetes dan penyakit kronik respiratori seperti asma (Eguchi, Iso, Tanabe, Yatsuya, & Tamakoshi, 2014; Khatib et al., 2014; von Sarnowski et al., 2013). Lazimnya, individu atau penghidap penyakit kronik memerlukan rawatan dan khidmat nasihat berterusan sama ada di klinik atau di rumah (Beaglehole, Ebrahim, Reddy, Voute, & Leeder, 2008; Eguchi et al., 2014; Itzhaki & Koton, 2014; Mayosi et al., 2009; Strong et al., 2007; Strong, Mathers, Epping-Jordan, & Beaglehole, 2006).

Secara umumnya di Malaysia, perawat keluarga dan pesakit strok telah disediakan sumber perkhidmatan kesihatan yang terdiri daripada sektor awam, swasta dan organisasi bukan kerajaan (NGOs) (Aziz et al., 2008; Aziz et al., 2014; Murray, Kendall, Boyd, & Sheikh, 2012; Yadav, Mei Chan, & Teik Lan, 2011). Sektor ini telah menjadi nadi utama perkhidmatan kesihatan di Malaysia. Sistem perkhidmatan kesihatan kerajaan dan swasta bergerak secara dua sistem selari (parallel system) dan disokong oleh organisasi bukan kerajaan dan perubatan tradisional atau alternatif. Perkembangan sistem kesihatan dan penggunaan perkhidmatan kesihatan banyak dipengaruhi politik semasa, amalan budaya masyarakat dan sejarah perkembangan perkhidmatan kesihatan sebelum dan selepas kemerdekaan Malaysia (Aziz, Aziz, Sulong, & Aljunid, 2012; Aziz et al., 2008; Kementerian Kesihatan Malaysia, 2011; Yadav et al., 2011). Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) dalam laporan pelan strategik 2011-2015 *ICare for 1Malaysia* telah mengariskan antara penyumbang pada kemerosotan kualiti hidup perawat

keluarga dan penghidap penyakit kronik adalah pelaksanaan sumber sistem perkhidmatan kesihatan (KKM, 2011).

Kementerian Kesihatan Malaysia telah menyediakan kemudahan sumber perkhidmatan kesihatan diserata pelosok negara untuk penggunaannya. Namun faktor-faktor seperti amalan tradisi, kos hospitalisasi tinggi, ketidakcukupan staf kesihatan dan kepincangan pelaksanaan sumber kesihatan sedia ada menyebabkan pengguna ini tidak berupaya menggunakan sepenuhnya sumber perkhidmatan kesihatan sokongan yang disediakan oleh KKM. Rumusan kenyataan dari Pertubuhan Kesihatan Sedunia '*World Health Organization (WHO)*' menegaskan sistem perkhidmatan kesihatan yang baik yang tidak berpecah '*unfragmented*' mampu memberikan perkhidmatan yang berkualiti kepada warganya pada setiap kali diperlukan (Aziz et al., 2012; Aziz et al., 2014; Brown, Cueto, & Fee, 2006; Islam, OConnell, & Hawkins, 2014; Nordin et al., 2014; Stange, 2009; Walley et al., 2008).

1.7 Signifikan Kajian

Penyelidikan terhadap perawat keluarga dan pesakit strok telah dilakukan dengan aktif oleh penyelidik Barat. Hasil kajian mereka telah mendorong ke arah penambahbaikan strategi sokongan pendidikan kesihatan dan memperkasa perkhidmatan sokongan terhadap perawat keluarga dan pesakit strok kali pertama di hospital dan komuniti. Majoriti kajian berkaitan strok di Malaysia masih berfokuskan epidemiologi, faktor risiko, komplikasi dan rawatan (Letchuman et al., 2010; Maideen, Sidik, Rampal, & Mukhtar, 2014; Ong, Oung, Ong, & Tan, 2010; Patil, Sanjay Kumar, & Krishnan, 2014). Walaupun tanggungjawab merawat individu berkeadaan kronik seperti hilang upaya fizikal dan psikologi di rumah adalah amalan

lazim dalam kalangan ahli keluarga di Malaysia, namun maklumat dan hasil kajian berkaitan kepuasan hidup perawat keluarga dan program pemulihan strok masih terbatas. Kelohan dan rungutan ahli keluarga dan pesakit strok tenggelam dengan bebanan yang ditanggung oleh perawat keluarga, pihak hospital dan staf kesihatan. Situasi ini ialah satu realiti yang terselindung.

Retentan bebanan yang ditanggung oleh perawat keluarga ini, pesakit strok berakhir dengan hilang upaya fizikal berpanjangan, komplikasi dan kemasukan berulang ke hospital sebagaimana yang ditunjukkan oleh laporan statistik kemasukan kali pertama dan berulang strok di Hospital USM (Jabatan Rekod, 2014) pada Jadual 1.1. Bebanan mengurus yang ditanggung oleh perawat keluarga semasa merawat pesakit strok atau penyakit kronik lain mengakibatkan ketegangan emosi dan fizikal terhadap perawat keluarga dan pesakit strok. Penglibatan perawat keluarga dalam program rehabilitasi atau pendidikan akan meningkatkan kemahiran dan pengetahuan penjagaan harian serta secara tidak langsung menyumbang dalam aktiviti rehabilitasi pesakit strok kali pertama serta mengurangkan bebanan perawat keluarga (Al-Khashan et al., 2011; Bakas et al., 2009).

Jadual 1.1 Kemasukan Pesakit strok Berulang di Hospital USM

Tahun	Berulang
2010	57
2011	66
2012	87
2013	127
Januari-September 2014	108
Jumlah	445

Walaupun sumber rujukan daripada internet dan buku ilmiah berbahasa Inggeris boleh diperolehi, tetapi sepanjang pengetahuan dan pencarian maklumat oleh pengkaji berkaitan dengan modul keperawatan strok untuk perawat keluarga yang berstruktur berbahasa Malaysia yang disediakan oleh KKM, sektor swasta atau badan bukan kerajaan masih tidak ada. Kajian ini adalah penting dalam membantu mempromosikan kepuasan hidup dan mahir diri perawat keluarga yang merawat pesakit strok di rumah serta merapatkan jurang fokus penyelidikan berkaitan strok dan keperawatan strok di Malaysia. Matlamat dan hasil kajian dijangka dicapai melalui intervensi pendidikan kesihatan berstruktur untuk perawat keluarga yang merawat pesakit strok kali pertama dalam bahasa Malaysia dan mengikut acuan budaya Malaysia.

1.8 Struktur Tesis

Struktur tesis ini mempunyai tujuh bab. Bab 1 adalah pengenalan kepada keperawatan strok. Dalam bab ini mengandungi pengenalan dan rasional kajian, perawat keluarga dan keperawatan strok, sistem perkhidmatan kesihatan Malaysia dan keperawatan strok dan justifikasi dan signifikan kajian. Bab 2 membincangkan sorotan kajian kepustakaan dan strategi pencarian kajian. Kajian kepustakaan adalah berkaitan dengan perawat keluarga dan keperawatan strok, perihal strok, kesan strok terhadap pesakit strok, bebanan strok terhadap perawat keluarga, kualiti hidup perawat keluarga dan keperawatan strok dan sistem perkhidmatan kesihatan Malaysia dan keperawatan strok. Bab ini juga menjelaskan keperawatan strok dan rehabilitasi strok, intervensi pendidikan keperawatan strok serta menerangkan secara mendalam perkaitan keperawatan strok dengan model Adaptasi Roy. Pada Bab 2, kerangka konsep operasi kajian diperjelaskan. Bab 3 mencatatkan matlamat kajian,

objektif am dan spesifik kajian, soalan kajian, hipotesis kajian serta terma definisi dan operasi kajian.

Bab 4 menerangkan metodologi kajian yang merangkumi pengenalan terhadap bab, kelulusan etika, reka bentuk kajian, populasi kajian serta lokasi kajian termasuk menerangkan responden, instrumen, pelaksanaan dan aktiviti intervensi pendidikan kajian. Bab 4 ini juga menerangkan keadaan pengumpulan dan analisis data. Hasil kajian rintis, batasan dan kepentingan kajian juga diterangkan dalam bab ini. Seterusnya Bab 5 melaporkan keputusan analisis kajian mengikut pada objektif kajian. Bab 6 adalah perbincangan mendalam berkaitan dengan keputusan analisis kajian dengan kajian-kajian yang lepas mengikut faktor-faktor yang mempengaruhi kualiti hidup perawat keluarga. Akhirnya pada Bab 7 membincangkan cadangan dalam meningkatkan kualiti hidup perawat keluarga yang merawat pesakit strok kali pertama di rumah. Cadangan dibentangkan berdasarkan tiga aspek bagi membantu meningkatkan keberkesanan intervensi pendidikan kesihatan serta perkembangkan praktis kejururawatan.

BAB 2

SOROTAN KAJIAN PERPUSTAKAAN

2.1 Keperawatan Strok

Pada sekitar tahun 1980 an, kebangkitan fenomena merawat ahli keluarga di rumah telah kembali menjadi keperluan di negara barat akibat daripada kos hospital yang meningkat tinggi, kekurangan ahli kesihatan profesional seperti jururawat dan tempoh tinggal di hospital menjadi semakin pendek. Di Malaysia dan Asia Tenggara, merawat ahli keluarga yang sakit di rumah merupakan satu amalan budaya dan tanggungjawab terhadap ikatan kekeluargaan. Di negara barat isu kesejahteraan kesihatan perawat keluarga dan pesakit strok telah diberikan perhatian melalui penambahbaikan program rehabilitasi bagi mempromosi, mengekal atau mengembalikan tahap kesihatan optimum mereka. Di Malaysia, isu dan permasalahan perawat keluarga dan pesakit strok masih menjadi perkara yang terselindung dan tidak dibincangkan secara terbuka.

Maklumat dan hasil kajian intervensi pendidikan kesihatan strok di rumah diperolehi melalui internet dan buku ilmiah yang banyak merujuk kepada kajian barat. Kajian serupa masih amat terhad di Malaysia (Mohamed, Nelson, Wood, & Moss, 2014; Mohd Nordin, Aziz, Alkaff, Sulong, & Aljunid, 2012; Nor Azlin, Rizal, & Wei Bi, 2009; Nurul Aini Aniza, & Hazlina, 2007; Siti Khairina, Sakinah, & Che Rabiaah, 2013). Majoriti kajian berkaitan strok di Malaysia adalah berkaitan kadar insiden, prevalen, faktor risiko, mortaliti dan morbiditi pesakit strok (Manderson, Zaliha, & Rameezan Bar, 2012; Misajon et al., 2006; Nazifah et al., 2012). Kajian

tempatan berkaitan dengan pengukuran kualiti hidup kebanyakannya hanya tertumpu kepada pesakit strok, walau bagaimanapun masih terhad (Nurul Aini Aniza, & Hazlina, 2007; Ramli & Taher, 2008). Begitu juga pada masa sekarang kajian berkaitan dengan perawat keluarga di Malaysia adalah masih terhad terutama kajian berkaitan dengan sokongan intervensi pendidikan kesihatan dan kualiti hidup sama ada pada proses peralihan peranan sebagai perawat semasa di hospital ataupun di rumah (Sabarisah, Uria &, & Ploenpit, 2010; Samsiah et al., 2007).

2.2 Strategi Pencarian

Kesimpulan daripada pencarian sorotan kajian didapati kebanyakan artikel berkaitan pesakit strok dan perawat keluarga ditulis berdasarkan kajian dari negara barat. Kajian strok di negara Asia banyak dilakukan oleh penyelidik di negara Jepun, China, Korea, Taiwan dan Thailand. Kebanyakannya masih berkaitan dengan prevalens, faktor risiko dan kesan ubat. Kajian berkaitan dengan keperluan sokongan dan intervensi pendidikan kesihatan ahli kesihatan profesional seperti fisioterapis dalam rehabilitasi strok di rumah sedang meningkat tetapi kajian berkaitan perawat keluarga masih amat terbatas di Malaysia. Tiada artikel ditemui berkenaan kajian tempatan berkaitan dengan kesan pendidikan kesihatan pengurusan strok terhadap pesakit strok dan ahli keluarga sebagai perawat keluarga di hospital dan di rumah.

Sorotan kajian ini telah memberikan kesedaran dan pandangan penting terhadap keperluan sokongan ahli kesihatan terutama kejururawatan dalam pengurusan keperawatan pesakit strok dan ahli keluarga sebagai perawat keluarga di rumah. Melalui kajian kepustakaan ini juga telah memberikan kesedaran berkaitan kekurangan kajian tempatan berkaitan keperawatan strok di rumah termasuk negara ASEAN dan Asia Pasifik.

Sorotan kajian ini membincangkan secara mendalam berkaitan strok yang merangkumi prevalens strok di luar negara dan di Malaysia; definisi, insiden, faktor risiko, kesan strok, komplikasi dan rawatan strok. Kemudian diikuti dengan perbincangan berkaitan kesan strok terhadap kualiti hidup penghidapnya dan perawat keluarga. Rehabilitasi strok semasa fasa akut dan sub akut di hospital dan kesinambungan rehabilitasi sekembali di rumah. Seterusnya perbincangan mendalam berkaitan dengan konsep kualiti hidup dan implikasi bebanan keperawatan terhadap kualiti hidup perawat keluarga. Penjelasan dan perbincangan mendalam tentang pendekatan penggunaan teori kejururawatan Adaptasi Roy (*Roy Adaptation*) sebagai panduan kepada kerangka konsep operasi kajian.

2.3 Perawat Keluarga dan Keperawatan Strok

Penglibatan ahli keluarga dalam keperawatan strok sebagai perawat keluarga semasa di hospital atau rumah adalah lazim di Malaysia. Ahli keluarga bertanggungjawab dalam memenuhi keperluan pesakit strok, mengalakkan pesakit strok dalam meningkatkan keupayaan fungsi aktiviti hidup harian, meningkatkan keupayaan fungsi fizikal semasa proses rehabilitasi dan memastikan kesejahteraan jangka panjang pesakit strok. Perawat keluarga dilihat sebagai ‘jururawat’ yang berkerja tanpa bayaran. Peralihan peranan ini adalah akibat daripada faktor peningkatan kos hospitalisasi, kecanggihan teknologi perubatan, kekurangan staf kesihatan, kesingkatan tempoh berada di hospital serta peningkatan populasi warga tua (Boling, 2009; McCarthy & Lyons, 2014; Rittman, Boylstein, Hinojosa, Hinojosa, & Haun, 2007; Simeone, Savini, Cohen, Alvaro, & Vellone, 2014). Selain faktor yang disebut di atas, faktor tuntutan ikatan kekeluargaan dan keagamaan

memerlukan ahli keluarga bertanggungjawab merawat ahli keluarga yang sakit di rumah sendiri (Boling, 2009; Fens et al., 2014). Beberapa kajian di Malaysia (82%), Thailand (92%), Filipina (92%), Taiwan (83%), China (83%) dan Jepun (69%) melaporkan bahawa majoriti ahli keluarga yang sakit atau warga tua masih tinggal bersama anak, menantu dan saudara terdekat masih lagi diamalkan di negara ini (Fatimang & Rahmah, 2011; Kitisomprayoonkul, Sungkapo, Taveemanoon, & Chaiwanichsiri, 2010; Riasmini, Kamso, Sahar, & Prasetyo, 2013; Suh et al., 2005; Ueshima et al., 2008).

Banyak kajian melaporkan bahawa antara ciri sosiodemografi perawat keluarga yang mempunyai kesamaan adalah perawat keluarga terdiri dalam kalangan perempuan berbanding lelaki, dan majoriti adalah pasangan hidup, anak, atau menantu. Antara kajian yang melaporkan hampir 70% hingga 80% perawat keluarga bertaraf isteri (Franzen-Dahlin Larson, Murray, Wredling, & Billing, 2007; Larson et al., 2008; Shepperd et al., 2013; Stavrou, Ploumis, Zyga, & Kotrotsiou, 2014). Umur perawat keluarga adalah pelbagai dan laporan kajian mendapati purata umur perawat keluarga adalah antara 35 tahun hingga 65 tahun (Cameron & Gignac, 2008; Cameron, Stewart, Streiner, Coyte, & Cheung, 2014; Cameron, Tsoi, & Marsella, 2008; Jessup & Bakas, 2014; Luijckx, Vroomen, Stewart, & De Keyser, 2007; McCarthy & Lyons, 2014). Kajian tempatan mendapati umur perawat keluarga adalah antara 18 tahun hingga 65 tahun dengan min umur adalah 40 hingga 55 tahun (Abdul Aziz et al., 2014; Alavi, Sail, Idris, Samah, & Chan, 2011; Mohd Nordin et al., 2012; Sabarisah et al., 2010; Samsiah et al., 2007).

Terdapat perbezaan laporan kajian berkaitan tahap pendidikan atau tahun persekolahan perawat keluarga antara kajian negara Barat dan Asia. Kebanyakan laporan kajian negara Barat mendapati peratus perawat keluarga bersekolah sehingga peringkat kolej dan tertiar adalah tinggi (80% - 90%) (Cameron et al., 2012; Haley, Roth, Howard, & Safford, 2010; Lui, Ross, & Thompson, 2005; Mierlo & Heugten, 2014; Simeone et al., 2014) berbanding laporan kajian negara Asia yang kebanyakan perawat keluarga berpendidikan sekolah peringkat rendah dan menengah (Ghosal, Burman, Singh, & Das, 2014; Kim, 2014; Kuptniratsaikul, Kovindha, Suethanapornkul, Manimmanakorn, & Archongka, 2009; Kwok et al., 2011; Park, 2008; Suh et al., 2005; Wong et al., 2010).

Kajian intervensi oleh Oupra, Griffiths, Pryor, & Mott, (2010) di Thailand mendapati majoriti perawat keluarga yang merawat strok di lokasi luar bandar ialah perempuan, purata berumur 44 tahun, lebih 50% berkerja sebagai petani dan 70% bersekolah rendah berbanding hanya 8% sehingga ke peringkat kolej. Sementara beberapa kajian berkaitan kehadiran perawat keluarga bersama dengan pesakit strok di klinik rehabilitasi mendapati majoriti perawat keluarga adalah perempuan, sebanyak 20 % hingga 50 % tidak bersekolah, 40 % hingga 50 % bersekolah rendah, 75 % hingga 85 % tidak berkerja dan pendapatan isi rumah adalah dibawah US Dollar 2000 (Brinda & Rajkumar, 2014; Joo, George, Fang, & Wang, 2014; Stavrou et al., 2014; Suh et al., 2005).

Kajian tempatan oleh Fatimang & Rahmah, (2011) berkaitan dengan persepsi bebanan perawat keluarga wanita merawat pesakit strok berumur tua di Pusat Perubatan Universiti Malaya (PPUM) pada tahun 2007 mendapati ciri

sosiodemografi responden adalah min umur 48.7, beretnik cina (38.5%), berkahwin (70.8%) dan berpendidikan sekolah menengah (47.8%) dan 38.5% tiada pendapatan bulanan tetap. Persamaan dengan kajian tempatan oleh Sabarisah et al, (2010) juga mendapati majoriti perawat keluarga berstatus sosio-pendidikan rendah, 74.4% bertahap pendidikan menengah dan rendah dan sementara 11.8% tidak bersekolah serta 68.6% tidak berkerja.

2.4 Strok

Strok di Malaysia mempunyai dua pandangan atau perspektif iaitu perspektif perubatan moden dan perspektif Islam. Kedua-dua perspektif ini banyak mempengaruhi penerimaan masyarakat terhadap kaedah rawatan dan pemulihannya. Bahagian ini akan menjelaskan kedua-dua perspektif ini.

2.4.1 Strok mengikut Perspektif Perubatan Moden

2.4.1 (a) Definisi Strok

Definisi strok oleh Pertubuhan Kesihatan Sedunia '*World Health Organization* (WHO)' telah diperkenalkan semenjak tahun 1970 (Huma, Prescottb, & Truelsena, 2007; Sacco et al., 2013). Walaupun terdapat pencanggahan pendapat, definisi strok oleh WHO telah digunakan secara meluas oleh majoriti penyelidik seluruh dunia (Amarenco, Bogousslavsky, Caplan, Donnan, & Hennerici, 2009; Hachinski et al., 2010; Hallstrom, Jonsson, Nerbrand, Norrving, & Lindgren, 2008; Reeves, Parker, Fonarow, Smith, & Schwamm, 2010; Sacco et al., 2013; WHO, 2005):

“as a rapid onset of clinical signs of a focal or global disturbance of cerebral function, lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent nonvascular cause”

Terjemahan definisi strok dalam bahasa Malaysia ialah:

”sebagai satu serangan yang berlaku tiba-tiba dan cepat tanda klinikal gangguan fungsi serebrum fokal atau global, berkekalan melebihi 24 jam atau boleh menjurus kepada kematian, tanpa ketara penyebab takvaskular”

'Global' adalah merujuk kepada pendarahan subaraknoid tanpa mengambil kira *'transient ischemic attack (TIA)'*, pendarahan subdural, pendarahan epidural, keracunan dan simptom akibat daripada trauma sebagai strok (Amarenco et al., 2009; Huma et al., 2007).

2.4.1 (b) Patofisiologi Strok

Strok atau *'cerebrovascular accident (CVA)'* juga dikenali sebagai angin ahmar di Malaysia. Strok berlaku apabila salur darah yang membawa oksigen dan nutrien ke otak mengalami kesumbatan oleh darah beku atau salur darah pecah (Dans et al., 2011). Apabila salah satu berlaku, sebahagian otak tidak menerima bekalan oksigen dan nutrien yang mencukupi mengakibatkan sel otak akan mati (Pomeroy et al., 2014; Schellinger et al., 2012; Trialists' Collaboration, 2007). Kajian mendapati strok yang disebabkan iskemik adalah sebanyak 87%, strok pendarahan intraserebral adalah sebanyak 10% dan 3% disebabkan strok pendarahan subaraknoid (Evenson, Foraker, Morris, & Rosamond, 2009; Lange et al., 2014; Romero et al., 2014;

Shoamanesh et al., 2014). Ekoran daripada serangan ini menyebabkan satu atau lebih anggota bahagian tubuh badan tidak boleh digerakkan, kesukaran memahami atau membentuk perkataan, atau gangguan melihat sebahagian medan penglihatan.

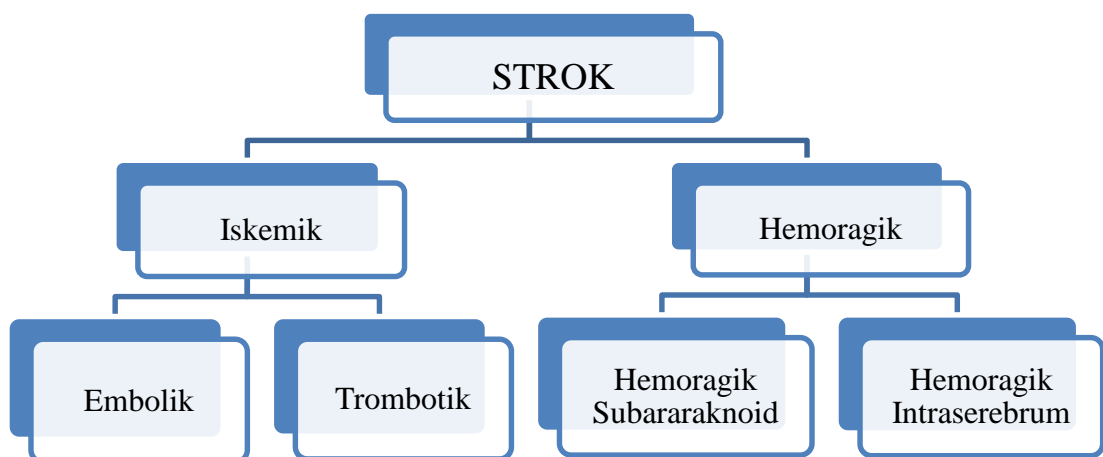
Strok yang juga dikenali sebagai serangan otak merupakan antara kes kecemasan medikal utama (Adams Jr, 2009; Crocco et al., 2007; Lindsberg et al., 2006; Lorenzano et al., 2014; Salih & Myint, 2006; Schwamm et al., 2009). Walaupun begitu, ia tidak didiagnos serta dirawat sebagai kes kecemasan oleh kebanyakan pengamal perubatan (Leira, Hess, Torner, & Adams Jr, 2008; Ozark & Jauch, 2014; Swain, Turner, Tyrrell, & Rudd, 2008). Lazimnya, serangan jantung dan trauma lebih diberikan perhatian sebagai kes kecemasan berbanding kes strok (Jauch et al., 2013b; Liu et al., 2007).

2.4.1 (c) Klasifikasi Strok

Perdebatan tentang pengklasifan strok masih belum menemui titik persetujuan. Contohnya klasifikasi strok yang meluas digunakan mengikut “Stroke Data Bank Classification”, Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST)” (Ay et al., 2007; Kuspinar & Mayo, 2013) dan “Oxfordshire Community Stroke Project” (OCSP) (Amarenco et al., 2009). Perbezaan pengklasifan strok adalah penting untuk memudahkan rawatan dan rehabilitasi strok mengikut proses penyakit, mekanisme etiologinya dan profil faktor risiko (Barker-Collo et al., 2012; Nam et al., 2012).

Klasifikasi TOAST membahagikan strok pada dua sub klasifikasi iaitu hemoragik serebrum dan iskemia serebrum (Amarenco et al., 2009; Ay et al., 2007; S. W. Han et al., 2006; Marnane et al., 2010), sementara “Oxfordshire Community Stroke project” (OCSP) membahagikan strok pada empat jenis iaitu “total anterior circulation infarction” (TACI), “partial anterior circulation infarction” (PACI), “lacunar infarction” (O’Donnell et al., 2010) dan “posterior anterior infarction” (POCI) (Di Carlo et al., 2006; Gao & Wang, 2011; Patel, McKevitt, Lawrence, Rudd, & Wolfe, 2007).

Klasifikasi strok oleh WHO masih diguna pakai secara meluas ialah strok iskemia dan strok hemoragik (Arsava et al., 2010; Kim & Kim, 2014; Rosenbaum et al., 2007; Wang et al., 2008; Wijdicks et al., 2014; Won, Kim, Lee, & Chu, 2007). Strok iskemia disubklasifikasikan kepada embolik dan trombotik sementara strok hemoragik disubklasifikasikan kepada hemoragik subaraknoid dan hemoragik intraserebrum sebagaimana Rajah 2.1.



Rajah 2.1 Klasifikasi Strok