

PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MOBILISASI KLIEN PASCA STROKE DI RUMAH BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILISASI DI KELURAHAN SADANGSERANG WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUTER KOTA BANDUNG

¹Indrio David Pratama Putra, ²Kuslan Sunandar, ³Tati Suheti

Abstrak

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Bruner & Sudarth, 2002). Pada penyakit stroke terdapat salah satu kecacatan yaitu gangguan mobilisasi. Melakukan gangguan mobilisasi harus dibantu oleh keluarga, dimana keluarga harus memiliki pengetahuan tentang kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke. Selain keluarga mempunyai pengetahuan tentang kemampuan pemenuh kebutuhan mobilisasi, keluarga juga harus mampu melakukan tindakan mobilisasi klien pascastroke di rumah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan pengetahuan keluarga tentang mobilisasi klien pascastroke di rumah dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter. Desain *cross-sectional* dengan jumlah sampel 46 orang. Teknik pengumpulan datanya menggunakan angket untuk mengumpulkan data pengetahuan dan observasi menggunakan *checklist* untuk mengumpulkan data kemampuan keluarga dalam kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke di rumah. Ada hubungan bermakna antara pengetahuan keluarga tentang mobilisasi klien pascastroke di rumah dengan kemampuan kebutuhan mobilisasi di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter dengan *nilai p-value* sebesar $0,001 < (0,05)$. Saran untuk Puskesmas agar lebih sering melakukan kunjungan rumah pada keluarga yang mempunyai klien pascastroke dan melatih keluarga dalam merawat klien pascastroke di rumah.

Kata kunci : Pengetahuan keluarga, Kemampuan dan Mobilisasi klien pasca stroke

Abstract

Stroke or cerebrovascular injury (CVA) is the loss of brain function caused by the cessation of blood supply gets brain (Bruner & Sudarth, 2002). In stroke there is one disability that is interference mobilization. Conduct disorders mobilization should be assisted by the family, where family members must have knowledge of the client's ability to mobilize the needs of stroke. In addition to having knowledge of the family meet the needs of mobilization, the family must also be able to take action mobilization stroke clients at home. This study aims to determine the family relationships of knowledge about the mobilization of stroke clients at home with the capability needs of mobilization in Puskesmas Puter Sadangserang. Cross-sectional design with a sample of 46 people. Techniques used in data collection questionnaire to collect data using a checklist of knowledge and observation to collect data on the ability of families in the capability needs of stroke clients mobilization at home. There was significant correlation between family knowledge about the mobilization of clients home with the ability of mobilization requirements. Puskesmas Puter Sadangserang with p-value of $0.001 < (0.05)$. Suggestions for Puskesmas for frequen home visits to families who have a stroke client and trainning the family in caring for stroke clients at home.

Keywords: Family Knowledge, ability and Mobilization client pascastroke

PENDAHULUAN

Stroke merupakan penyebab kecacatan nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia dari penyakit jantung dan kanker. Dengan dua pertiga stroke sekarang terjadi di negara-negara yang sedang berkembang. Secara global, pada saat tertentu sekitar 80 juta orang menderita akibat stroke. Terdapat sekitar 13 juta korban stroke tiap tahun, dimana dalam 12 bulan terdapat sekitar 4,4 juta di antaranya meninggal. Terdapat sekitar 250 juta anggota keluarga yang menderita stroke yang bertahan hidup (Feigin, 2006).

Kasus stroke meningkat di negara maju seperti AS, Inggris, Australia, New Zealand, Canada dan Asia dimana kegemukan dan pola makanan telah mewabah. Berdasarkan data statistik di Amerika, setiap tahun terjadi 750.000 kasus stroke. Dari data tersebut menunjukkan bahwa setiap 45 menit yang terkena serangan stroke.

Berdasarkan data American Heart Association (AHA) dan WHO pada 2009, 7,2 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung koroner. Sementara 5,7 juta meninggal karena stroke (<http://www.strokeyoung.com/2009/08/stroke-pembunuh-nomor-3-di-dunia.html>, 2009).

Data menunjukkan bahwa lebih dari 60% penderita stroke di dunia hidup di Negara berkembang seperti India, Sri langka, Turki, Uruguay. Peningkatan

kejadian stroke di beberapa negara berkembang di Asia Tenggara (Indonesia, Philippines, Thailand, dan Vietnam) akibat pengaruh perubahan gaya hidup, dan perubahan pada pola makanan (www.strokebethesda.com, 2008).

Dari Laporan RISKESDAS 2007 terdapat kasus stroke di Indonesia wilayah perkotaan di 33 provinsi dan 440 kabupaten sebanyak 258.366 sampel rumah tangga perkotaan dan 987.205 sampel anggota rumah tangga untuk pengukuran berbagai variabel kesehatan masyarakat, hasilnya adalah penyakit stroke merupakan pembunuh utama di kalangan penduduk perkotaan. Stroke di Indonesia yang tertinggi dijumpai di Nanggroe Aceh Darusalam (16,6% atau 16.6 per 1.000 penduduk) dan terendah di Papua (3,8% atau 3,8 per 1.000 penduduk). Pada tahun 2007 Jawa Barat mempunyai penduduk dengan jumlah 41.483.729 jiwa. Menurut DINKES Jawa Barat menyatakan terdapat kematian stroke tidak menyebutkan pendarahan atau infark pada usia >45 tahun terdapat (35,28%), sedangkan di Kota Bandung jumlah kematian stroke pada usia >45 tahun terdapat (2.336 penduduk).

Hasil wawancara terhadap 10 orang keluarga yang merawat pasien *pascastroke* Kel. Sadangserang. Dari 10 keluarga yang diwawancara, 3 orang mengetahui terjadinya *stroke* secara umum, 5 orang

mengetahui terjadi, tanda dan gejala *stroke*, dan 2 orang mengetahui terjadi, tanda dan gejala, serta mobilisasi *stroke*. Dari 2 orang yang mengetahui tentang *mobilisasi* ternyata keduanya hanya mampu melakukan 30% dari seluruh tahap *mobilisasi*. Hal ini menyatakan bahwa peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan *mobilisasi* sangat kurang.

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat. Peran adalah sesuatu yang menunjukkan kepada beberapa set perilaku yang kurang lebih bersifat homogeny (sejenis) yang diidentifikasi dan diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi tertentu (Friedman, 1998 dalam Setiawati, 2007). Dapat dikatakan bahwa peran merupakan sesuatu yang diharapkan akan dilakukan seseorang yang kemudian akan memberikan pemenuhan kebutuhan. Pemenuhan kebutuhan harus memiliki dasar pengetahuan untuk memberikan kebutuhan dalam keluarga. Dimana untuk memenuhi kebutuhan pada pasien *pascastroke* perawat harus mengajarkan kepada keluarga atau yang merawat pasien tersebut. Perawat dapat menggunakan model keperawatan Dorothea Orem dengan konsep “*self care*” (Dorothea Orem, 1980 dalam Setiawati, 2007).

Self Care adalah penampilan dari aktifitas individu mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan.

Self care yang dilakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu. Untuk melakukan *self care* maka individu harus mempunyai kemampuan dalam *self care* atau disebut *self care care agency*. *Self care agency* dipengaruhi oleh *conditioning factor*. Yang termasuk *conditioning factor* : usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, orientasi sosial kultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, gaya hidup dalam lingkungan.

Melalui pendekatan model konseptual Dorothea Orem (1980 dalam Setiawati, 2007), perawat akan memfasilitasi kebutuhan klien sesuai tingkat ketergantungan salah satu perawat sebagai pendidik, dimana pada awal serangan klien akan masuk dalam tingkat ketergantungan *total care* dan memerlukan bantuan secara penuh dari perawat, diharapkan dengan bantuan tersebut klien secara bertahap akan mampu mencapai fungsi *self care* kembali sesuai dengan tingkat kemampuan klien. Tujuan akhir dari keadaan ini adalah perawatan mampu memfasilitasi dan membawa klien untuk mulai menyadari tentang keterbatasan sehingga pada akhirnya secara bertahap akan kembali memiliki fungsi *self care* secara optimal. Dimana untuk merawat pada pasien *pacsastroke*, yang harus diutamakan adalah peran keluarga dalam

memenuhi kebutuhan perawatan *pascastroke* supaya pasien bisa melakukan secara mandiri, untuk memenuhi kebutuhan keperawatan harus punya pengetahuan cukup supaya bisa melakukan rehabilitas *pascastroke*. Dimana peran perawat sebagai pendidik harus memberikan pengetahuan kepada keluarga yang merawat pasien *pascastroke* dengan menggunakan model orem “*self care*”.

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu dari manusia, yang sekedar menjawab “what”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam, dan sebagainya. Pengetahuan juga merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2003, hlm. 121).

Fenomena di atas merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan kurangnya peran keluarga terhadap pemenuhan kebutuhan perawatan *pascastroke*. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk mengambil judul mengenai “Hubungan pengetahuan keluarga tentang mobilisasi klien *pascastroke* di rumah dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter Kota Bandung”.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasional, dengan desain *crosssectional*, subjek penelitian hanya pengukuran sekali dan pengukuran dilakukan dengan mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang mobilisasi klien *pascastroke* di rumah. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat klien *pascastroke* di rumah yang berjumlah 46 keluarga.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah “*total Sampling*” 46 orang. Sampel yang dimaksud adalah orang yang merawat klien *pascastroke* yaitu bisa ayah, ibu atau anak dari klien *pascastroke*. Pada penelitian ini sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi sebagai berikut : bisa membaca, menulis, mempunyai klien *pascastroke*, klien dalam posisi terbaring/tidur ditempat tidur, bukan dari keluarga orang kesehatan atau yang berpendidikan kesehatan. Analisis univariat berupa distribusi frekuensi dan persentase dengan kategori ordinal. Analisis bivariat dengan memakai uji *Chi Square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian mengenai pengetahuan keluarga akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi, sebagai berikut :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kategori Pengetahuan Keluarga Dalam Kemampuan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Klien Pascastroke Di Rumah Di Kel. Sadangserang Wilayah Kerja Puskesmas Puter Kota Bandung

Pengetahuan Keluarga	Kemampuan Keluarga Mobilisasi Klien Pascastroke			
	Mampu		Tidak Mampu	
	n	%	n	%
Baik	8	21,60	29	76,30
Cukup	0	0	3	100,00
Kurang	0	0	6	100,00
Jumlah	8	21,60	38	78,40

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kategori Kemampuan Keluarga Dalam Kemampuan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Klien Pascastroke Di Rumah Kel. Sadangserang Wilayah Kerja Puskesmas Puter Kota Bandung

No.	Kategori Pengetahuan Keluarga	Frekuensi	%
1	Baik	37	80,40
2	Cukup	3	6,50
3	Kurang	6	13,10
	Jumlah	46	100,00

Pada tabel 1 dapat dilihat bahwa hampir seluruhnya responden (80,40%) pengetahuan yang baik mengenai kemampuan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke di rumah, Sedangkan pada tabel 2. dapat dilihat bahwa hampir seluruhnya responden (78,40%) tidak mampu kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke.

Tabel 3. Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Kemampuan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Klien Pascastroke Di Rumah Kelurahan Sadangserang Wilayah Kerja Puskesmas Puter Kota Bandung

No.	Kategori Kemampuan Kebutuhan Mobilisasi	Frekuensi	%
1	Mampu	8	21,60
2	Tidak Mampu	38	78,40
	Jumlah	46	100,00

Berdasarkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden, memiliki pengetahuan keluarga yang baik tentang mobilisasi klien pasca stroke di rumah. Hal ini sangat baik, karena dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam kemampuan pemenuhan kebutuhan *mobilisasi*. Hampir seluruh responden berpendidikan SMA/ sederajat, selain itu juga keluarga banyak mengetahui dari informasi petugas kesehatan, media televisi dan buku. Pengetahuan keluarga sangat baik karena mendapatkan informasi tentang kemampuan pemenuhan kebutuhan *mobilisasi* klien pascastroke. Hasil studi pendahuluan juga terdapat keluarga banyak mengeluh masalah menerima kenyataan pada klien pascastroke yang di alami oleh keluarga.

Banyak keluarga yang masih sulit untuk menerima kenyataan. Mereka malu dengan keadaan klien yang kena stroke, bahkan kadang-kadang timbul keadaan yang irrasional. Biasanya keluarga cenderung kurang mempunyai kemauan dalam mencari informasi atau tindakan yang berkaitan dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke. Baik itu dengan cara pendekatan diskusi maupun program konseling.

Gunarsa dan Gunarsa (1997) dalam Handayani (2005) menyatakan bahwa

“keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami kecacatan anggota tubuh atau mengalami pascastroke perlu sikap menerima keadaan diri dan keluarganya”. Bagi individu penyandanganya sendiri keberadaan dalam masyarakat tidak jarang menimbulkan ejekan, hinaan dari orang-orang di sekitar yang akan mengakibatkan timbulnya rasa sedih, tidak aman, minder, dan frustrasi.

Wall (1993) berpendapat bahwa “fenomena dalam masyarakat masih banyak keluarga khususnya orang yang merawatnya pascastroke, karena malu mempunyai klien pascastroke, dan kurang kemandirian”. Mereka cenderung menarik diri, acuh tak acuh mudah tersinggung dan mempunyai waktu perhatian lebih pendek, (Cullman, 1985 dalam Handayani, 2005).

Keluarga yang memiliki klien pascastroke harus memiliki kemampuan, pengetahuan, kesabaran, dan bimbingan yang spesifik. Terkadang baiknya pengetahuan keluarga tentang masalah yang dialami klien pascastroke belum tentu melakukan tindakan-tindakan kepada pasien itu sendiri

Diketahui bahwa hampir seluruhnya responden menunjukkan kemampuan keluarga yang tidak mampu. Hal ini konsisten dengan pengetahuan sebagian besar telah baik sehingga belum tentu mampu mendorong klien pascastroke tersebut untuk lebih mandiri. Peran keluarga sebagian besar responden pekerja

ibu rumah tangga. Peran keluarga sebagian besar responden berumur >45 tahun. Hasil studi pendahuluan kebanyakan keluarga mengatakan belum mampu memberikan kebutuhan mobilisasi klien pascastroke dengan alasan males, tidak ada waktu melakukan mobilisasi, sudah capek dikarenakan klien sudah tua dan sudah lama merawat klien. Dari hasil diatas bisa disimpulkan bahwa pengetahuan sangat baik tapi belum tentu bisa melakukan tindakan mobilisasi dengan adanya faktor umur, pekerjaan, dan psikologis.

Untuk dapat mandiri klien membutuhkan kesempatan, kesabaran, dukungan dan dorongan dari keluarga khususnya mobilisasi serta lingkungan sekitarnya, agar dapat mencapai otonomi atas diri sendiri. Kemampuan pada klien berawal dari keluarga didalam keluarga, keluarga yang berperan dalam mengasuh, membimbing, membantu dan mengarahkan klien untuk menjadi mandiri. Yohanes Babari (2002) dalam www.e_psikologi.com, (2002) membagi ciri-ciri kemandirian dalam lima jenis, yaitu : percaya diri, mampu bekerja sendiri, kesabaran, menguasai keahlian dan ketrampilan yang sesuai dengan kerjanya, menghargai waktu, serta bertanggung jawab.

Beberapa tindakan yang perlu diajarkan kepada klien pascastroke agar dapat hidup mandiri antara lain: menggerakkan sendi jari dan ibu jari tangan,

menggerakkan siku, menggerakkan lengan, menggerakkan pergelangan tangan, menggerakkan lutut dan tungkai, menggerakkan pergelangan kaki, menggerakkan sendi bahu, menggerakkan tungkai.

Hubungan antara pengetahuan keluarga dengan kemampuan keluarga dalam kemampuan memenuhi kebutuhan mobilisasi klien pascastroke diperoleh $p\text{-value} = 0,001 (< = 0,05)$. Hal tersebut membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel bebas yaitu hubungan antara pengetahuan keluarga tentang mobilisasi klien pascastroke di rumah dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan mobilisasi di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter Kota Bandung.

Bisono (2003) mengatakan bahwa “keluarga yang mempunyai pascastroke memerlukan kesabaran dalam membimbing klien tersebut, Selain itu juga diperlukan pemahaman yang mendalam mengenai mobilisasi”, Dengan kesabaran dan pemahaman mengenai mobilisasi, keluarga dapat membantu klien memiliki kepercayaan diri sehingga klien mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Seharusnya keluarga yang memiliki klien pascastroke harus memiliki kemampuan, pengetahuan, untuk dapat menunjang tingkat kemampuan klien. Para keluarga harus mengetahui masalah-masalah yang terjadi pada klien,

menentukan tindakan-tindakan yang harus dilakukan untuk menunjang perkembangan klien, mampu mengaplikasikan apa yang mereka ketahui tentang masalah tersebut khususnya dalam mobilisasi.

Ketika peneliti menanyakan tentang kemampuan klien, kebanyakan keluarga menjawab bahwa klien kurang mandiri karena tidak punya waktu untuk melakukan tindakan mobilisasi. Akan tetapi, tindakan tersebut pada awalnya harus dibantu oleh keluarga terlebih dahulu. Padahal seharusnya klien dapat dilatih melakukan tindakan-tindakan sendiri, menggerakkan sendi jari dan ibu jari tangan, menggerakkan siku, menggerakkan lengan, menggerakkan pergelangan tangan, menggerakkan lutut dan tungkai, menggerakkan pergelangan kaki, menggerakkan sendi bahu, menggerakkan tungkai. Tindakan-tindakan ini dapat dilakukan bila latihan yang terus menerus dan memberikan contoh terlebih dahulu. Memang diperlukan kesabaran dalam melatih klien pascastroke untuk dapat hidup mandiri. Namun tindakan ini tidaklah mustahil bila dilakukan terus menerus.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Pengetahuan keluarga tentang *mobilisasi* klien *pascastroke* di rumah di kel. Sadangserang wilayah kerja

Puskesmas Puter Kota Bandung yaitu 37 orang (80,40 %) kategori baik.

2. Kemampuan keluarga dalam kemampuan memenuhi kebutuhan *mobilisasi* klien *pascastroke* di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter Kota Bandung yaitu 38 orang (78,40%) kategori tidak mampu.
3. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan keluarga tentang *mobilisasi* klien *pascastroke* di rumah dengan kemampuan pemenuhan kebutuhan *mobilisasi* di kel. Sadangserang wilayah kerja Puskesmas Puter yang berarti (signifikan) dengan nilai $p < 0,001$.

Saran

1. Petugas kesehatan lebih sering melakukan kunjungan rumah pada keluarga yang mempunyai klien *pascastroke* sambil melatih keluarga dalam merawat klien *pascastroke* di rumah.
2. Sedangkan untuk kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan *mobilisasi* bisa menanyakan kepada keluarga yang pernah mengalami klien *pascastroke*, dan kepada petugas kesehatan, agar kemampuan keluarga bisa melakukan tindakan *mobilisasi*.

1. Dosen Poltekkes Kemenkes Bandung
2. Dosen Poltekkes Kemenkes Bandung
3. Dosen Poltekkes Kemenkes Bandung
Email: kuslan_sunandar@yahoo.com

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Ramli, Pamoentjak. 2001. *Kamus Kedokteran*. Jakarta : Djambatan.
- Ahmadi, 2009. *Psikologi Umum*. Jakarta : Rineka Cipta
- Al Rasyid & Lyna Soertidewi. 2007. *Unit Stroke: Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: FKUI.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineke Cipta.
- _____. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineke Cipta.
- Azwar, S. (2005). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- _____. (2010). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan Indonesia. (2007). *Derajat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Depkes RI.
- _____. (2005). *Derajat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Jawa Barat. (2007). *Profil Kesehatan Tahun 2006*. Bandung : Dinkes Kota Jawa Barat.
- _____. Kota Bandung. (2007). *Profil Kesehatan Jawa Barat Tahun 2007*. Bandung : Dinkes Kota Bandung.
- Effendy, N., 1998, *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Friedman, M (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Guyton, Arthur C. (1997) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Arthur C. Guyton, John E. Hall; editor Bahasa Indonesia : Irawati Setiawan- ed 9- Jakarta: EGC.
- Hoeman, P. (2000). *Rehabilitation Nursing: Process and Application*. Second Edition. Mosby Year Book, Inc, St. Louis, USA.
- Kozier. (1995). *Fundamental of Nursing*. 5th ed. Addison Wisley.

- Machio D. (2008). *Stroke Rehabilitation* 2002. Diakses pada <http://www.strokebethesda.com/>.
- Mansjoer, dkk, 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3, Jilid 2, Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineke Cipta.
- _____. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineke Cipta.
- Puskesmas Puter. (2010). *Laporan Tahun 2009 Puskesmas Puter 2009*. Bandung : Puskesmas Puter.
- _____. (2010). *Laporan Tahun 2010 Puskesmas Puter 2010*. Bandung : Puskesmas Puter.
- STIKes Dharma Husada. (2010). *Pedoman Penyusunan Skripsi*. Bandung : STIKes Dharma Husada.
- Setiadi. (2006). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiawati. (2007). *Asuhan keperawatan keluarga*. Edisi ke 2. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta.
- _____. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sumartiningsih, M.dkk. (2007). *Belajar Mudah SPSS Untuk Penelitian Kesehatan*. Bandung : Dewa Ruchi.
- Supriadi. (2009). *Keperawatan Keluarga*. Bandung.
- Valery, F. (2006) *Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta: Buana Ilmu Populer.