



SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOLABORASI FASE REHABILITASI PASIEN *PASCA STROKE* DENGAN *CAREGIVER* DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

OLEH:

**ANDRE (C2114201049)
DWI ANUGRAH (C2114201059)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**



SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOLABORASI FASE REHABILITASI PASIE*N* PASCA *STROKE* DENGAN CAREGIVER DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar**

**OLEH:
ANDRE (C2114201049)
DWI ANUGRAH (C2114201059)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Kami yang bertanda tangan dibawah ini,

1. Andre (C2114201049)
2. Dwi Anugrah (C2114201059)

Menyatakan dengan sungguh bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil karya orang lain.

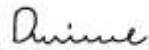
Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak lain.

Makassar, Januari 2025

Yang Menyatakan



Andre
NIM: C2114201049



Dwi Anugrah
NIM: C2114201059

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN

Skripsi ini diajukan oleh:

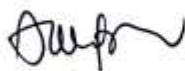
Nama : 1. Andre (NIM: C2114201049)
2. Dwi Anugrah (NIM: C2114201059)
Program Studi : Sarjana Keperawatan
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase
Rehabilitasi Pasien *Pasca Stroke* Dengan *CareGiver*
di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah disetujui oleh Dewan Pembimbing dan dinyatakan diterima
sebagai bagian persyaratan untuk mengikuti ujian Skripsi.

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : Kamis, 23 Januari 2025

Dewan Pembimbing

Pembimbing 1



Fransiska, Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB., Ph.D
NIDN: 0913098201

Pembimbing 2



Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep
NIDN: 0904078805

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : 1. Andre (NIM: C2014201049)
2. Dwi Anugrah (NIM: C2114201059)
Program Studi : Sarjana Keperawatan
Judul Skripsi : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase
Rehabilitasi Pasien *Pasca Stroke* Dengan *CareGiver*
di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan Dewan Pembimbing dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D
Pembimbing 2 : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep
Penguji 1 : Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep

(Dwi) ✓
(Dwi)
(Serlina)
(Fransisco)

Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : Kamis, 23 Januari 2025

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar


Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep., Ns, M.Kes
NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Kami yang bertanda tangan dibawah ini,

1. Andre (C2114201049)
2. Dwi Anugrah (C2114201059)

Menyatakan bahwa menyetujui dan memberikan wewenang sepenuhnya kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat, dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

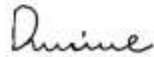
Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak lain.

Makassar, Januari 2025

Yang Menyatakan



Andre
NIM: C2114201049



Dwi Anugrah
NIM: C2114201059

**FAKTOR-FAKTOR KOLABORASI YANG MEMPENGARUHI FASE
REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DENGAN
CAREGIVER DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

(Dibimbing oleh Ibu Fransiska Anita dan Ibu Yunita Carolina Satti)

**Andre (C2114201049)
Dwi Anugrah (C2114201059)**

ABSTRAK

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang membutuhkan fase rehabilitasi untuk pemulihan. Pasien pasca stroke sangat bergantung pada *caregiver* untuk merawat dan mendukung proses rehabilitasi mereka. Kolaborasi antara pasien pasca stroke dan *caregiver* sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan dan pemulihan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi dalam fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*. Penelitian ini menggunakan desain *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Sampel diambil menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan pendekatan *accidental sampling*, melibatkan 40 responden *caregiver* pasien pasca stroke. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner, dan analisis data dilakukan dengan uji statistik *Chi-Square* pada tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan *caregiver* memiliki hubungan signifikan dengan kolaborasi ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Selain itu, dukungan keluarga juga memiliki hubungan signifikan dengan kolaborasi *caregiver* pada fase rehabilitasi pasien pasca stroke ($p = 0,000$, $\alpha = 0,05$). Pengetahuan dan dukungan keluarga *caregiver* kepada pasien pasca stroke merupakan peran penting dalam mendukung kolaborasi yang efektif selama fase rehabilitasi. Agar dapat melakukan latihan fisik seoptimal mungkin untuk mencapai neuroplastisitas.

Kata Kunci : *Caregiver*, dukungan keluarga, pengetahuan,
kolaborasi, rehabilitasi pasca stroke
Referensi : 2019 – 2024

**COLLABORATION FACTORS AFFECTING THE REHABILITATION
PHASE OF POST-STROKE PATIENTS WITH CAREGIVERS AT
STELLA MARIS HOSPITAL
MAKASSAR**

(Supervised by Fransiska Anita and Yunita Carolina Satti)

**Andre (C2114201049)
Dwi Anugrah (C2114201059)**

ABSTRACT

Stroke is a leading cause of disability, requiring a rehabilitation phase for recovery. Post-stroke patients heavily rely on caregivers for care and support throughout their rehabilitation process. Collaboration between post-stroke patients and caregivers is crucial to improving the quality of care and patient recovery. This study aims to identify the factors influencing collaboration during the rehabilitation phase between post-stroke patients and caregivers. This research employs an analytical observational design with a cross-sectional study approach. The sample was selected using a non-probability sampling technique with an accidental sampling approach, involving 40 caregiver respondents of post-stroke patients. Data were collected using a questionnaire, and data analysis was performed using the Chi-Square statistical test at a significance level of $\alpha = 0.05$. The results indicate that the caregiver's level of knowledge has a significant relationship with collaboration ($p = 0.000$, $\alpha = 0.05$). Additionally, family support also has a significant relationship with caregiver collaboration during the rehabilitation phase of post-stroke patients ($p = 0.000$, $\alpha = 0.05$). Caregivers' knowledge and family support play a crucial role in fostering effective collaboration throughout the rehabilitation phase, enabling optimal physical exercise to achieve neuroplasticity.

Keywords : Caregiver, family support, knowledge, collaboration,
post-stroke rehabilitation
References : 2019 – 2024

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan pertolongan-Nya, sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Dengan *Caregiver*”

Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal yang disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulisan sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama menyusun skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, dan bimbingan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar sekaligus pembimbing I yang telah membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana dan Prasarana.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Mery Sambo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Wirmando, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat STIK Stella Maris Makassar.
7. Yunita Gabriela Madu, Ns., M.Kep selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar.

8. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi ini.
9. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., Ph.D selaku penguji I yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan skripsi ini.
10. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan skripsi ini.
11. Teristimewa kedua orang tua dari peneliti yaitu Andre (Bapak Agustinus Buttu Masarrang dan Ibu Ita) , dan Dwi Anugrah (Bapak Hendrik dan Ibu Angelina Erna Kappu), serta keluarga, teman-teman, dan sanak saudara yang telah memberikan dukungan, motivasi, semangat, nasihat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan dan kerja keras sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini.
12. Kepada teman-teman seperjuangan mahasiswa/i angkatan 2021 Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar serta sahabat-sahabat yang tidak pernah berhenti untuk memberikan dukungan dalam penyusunan skripsi ini. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dan semoga bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

Makassar, Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH.....	xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Khusus Tentang Stroke	8
1. Pengertian	8
2. Etiologi	8
3. Klasifikasi	9
4. Faktor Resiko.....	10
5. Patofisiologi	12
6. Manifestasi Klinis	13
7. Penatalaksanaan Medis.....	14
8. Komplikasi	17
9. Fase Stroke	20
10. Cara mencegah stroke berulang.....	21
B. Tinjauan Umum Rehabilitasi Pasca Stroke	23
1. Pengertian Rehabilitasi	23
2. Tujuan Rehabilitasi	25
3. Jenis-Jenis Rehabilitasi	26
4. Jenis Latihan pasien pasca stroke pada fase rehabilitasi	27
5. Mengubah posisi pasien stroke (miring, duduk, berdiri).....	28
6. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi	30
C. Tinjauan Umum Tentang Kolaborasi/Kerjasama	32
1. Pengertian	32
2. Tujuan Kolaborasi.....	32
3. Pentingnya Kolaborasi dalam Rehabilitasi Pasca Stroke.....	33
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi.....	34
D. Tinjauan Khusus Tentang <i>Caregiver</i>	36
1. Pengertian <i>Caregiver</i>	36

2. Jenis Jenis <i>Caregiver</i>	37
3. Peran <i>Caregiver</i>	39
E. Tingkat Pengetahuan	41
1. Pengertian Pengetahuan	41
2. Tingkat Pengetahuan.....	43
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	44
4. Kriteria Tingkat Pengetahuan	46
F. Dukungan Keluarga	47
1. Definisi Keluarga.....	47
2. Fungsi Keluarga.....	47
3. Definisi Dukungan Keluarga	48
4. Sumber Dukungan Keluarga.....	49
5. Bentuk Dukungan Keluarga Pada Pasien Stroke	50
6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga Pasien Stroke	52
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
A. Kerangka Konseptual.....	55
B. Hipotesis Penelitian.....	56
C. Definisi Operasional	57
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	59
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	59
C. Populasi dan Sampel	59
D. Instrumen Penelitian	60
E. Pengumpulan Data dan Prosedur Penelitian	63
F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	63
G. Etika Penelitian	64
H. Analisis Data	65
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	67
B. Pembahasan	72
BAB VI PENUTUP	
A. Kesimpulan	83
B. Saran.....	84
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	54
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.....	55
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan keluarga Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar	56
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kolaborasi Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.....	57
Tabel 5.4	Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasce Stroke dengan <i>Caregiver</i> di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar	58
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasce Stroke dengan <i>Caregiver</i> di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.....	59

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	54
-------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	Surat Permohonan Data Awal
Lampiran 3	Surat Etik Penelitian
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian
Lampiran 5	Surat Keterangan Penelitian
Lampiran 6	Surat Keterangan Turnitin
Lampiran 7	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 8	Lembar <i>Informed Consent</i>
Lampiran 9	Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 10	Master Table
Lampiran 11	Output SPSS
Lampiran 12	Lembar Konsultasi
Lampiran 13	Lembar Dokumentasi

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

<	: Kurang dari
>	: Lebih dari
≤	: Kurang dari sama dengan
WSO	: <i>World Stroke Organization</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RisKesDas	: Riset Kesehatan Dasar
Fenomena	: Peristiwa, keadaan, atau fakta yang dapat diamati dan dipelajari
Neuroplastisitas	: Kemampuan otak untuk beradaptasi dan berubah, baik dalam struktur maupun fungsinya
Fisioterapi	: Layanan Kesehatan yang bertujuan untuk memulihkan, mengembangkan, dan memelihara fungsi dan gerak tubuh
Rehabilitasi	: Proses pemulihan atau perbaikan fisik, mental, sosial, dan vokasional
Kolaborasi	: proses bekerja sama untuk menyelesaikan masalah atau mencapai tujuan bersama
Stroke hemoragik	: Kondisi darurat medis yang terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah dan berdarah
Stroke Iskemik	: Stroke Akibat Adanya Gumpalan Darah Yang Menyumbat Pembuluh Darah Otak
<i>Cedera cerebrovascular accident (CVA)</i>	: Gangguan neurologis yang terjadi ketika suplai darah ke otak terganggu, baik karena penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah
<i>Arteriovenous malformations (AVM)</i>	: Jalinan pembuluh darah abnormal yang menyebabkan masalah pada hubungan antara arteri dan vena
Low-density lipoprotein (LDL)	Jenis kolesterol yang dikenal sebagai kolesterol jahat
Non Traumatik	: Cedera Otak
Angiogenesis	: Pertumbuhan Pembuluh Darah

Trombosis otak	: Kondisi langka yang terjadi ketika gumpalan darah (trombus) menyumbat pembuluh darah di otak
Emboli	: Penyumbatan arteri yang disebabkan oleh benda asing, seperti gumpalan darah, kolesterol atau gelembung udara
Edema otak	: Pembengkakan jaringan otak yang sering terjadi setelah stroke hemoragik
<i>Intracranial pressure (ICP)</i>	: Tekanan didalam otak dan jaringan sekitarnya
Afasia	: Gangguan bahasa yang disebabkan oleh kerusakan pada area otak yang mengontrol Bahasa, dapat mempersulit proses rehabilitasi Bahasa dan komunikasi
Pengasuh keluarga (<i>Family caregiver</i>)	: Anggota keluarga yang secara sukarela mengambil tanggung jawab merawat kerabat yang membutuhkan bantuan
Pengasuh profesional (<i>Professional Caregiver</i>)	: Individu yang telah mendapatkan pelatihan khusus dan bekerja sebagai tenaga perawatan dengan menerima bayaran
Pengasuh Informal (<i>Informal Caregiver</i>)	: Anggota komunitas yang secara sukarela memberikan bantuan perawatan tanpa pelatihan formal atau kompensasi
Pengasuh Utama (<i>Primary Caregiver</i>)	: Orang yang mengambil tanggung jawab penuh atas perawatan sehari-hari seseorang yang membutuhkan
Pengasuh Sekunder (<i>Secondary Caregiver</i>)	: Individu yang mendukung pengasuh utama dalam mengambil alih beberapa tugas atau tanggung jawab perawatan
Pengasuh Relawan (<i>Volunteer Caregiver</i>)	: Individu yang memberikan perawatan menerima kompensasi finansial
Pengasuh tunggal (<i>Live-in Caregiver</i>)	: Mereka yang tinggal di rumah penerima perawatan dan memberikan perawatan dan bantuan selama 24 jam sehari
Pengasuh Respite (<i>Respite Caregiver</i>)	: Individu yang memberikan perawatan sementara untuk memungkinkan pengasuh utama beristirahat
Pengasuh Spesialis (<i>Specialized Caregiver</i>)	: Individu yang memiliki pelatihan khusus untuk merawat individu dengan kondisi Kesehatan tertentu, seperti

	demensia, penyakit Alzheimer, atau disabilitas perkembangan
Depresi	: Gangguan suasana hati yang menyebabkan seseorang merasa sangat sedih dan kehilangan minat pada hal-hal yang disukai
<i>Recombinant Tissue Plasminogen Activator (R-IPA)</i>	: Obat yang digunakan untuk mengatasi penyumbatan pembuluh darah akibat bekuan darah
Antiplatelet	: Kelompok obat untuk mencegah pembentukan gumpalan darah sehingga darah mampu mengalir dengan lancar
dipyridamole	: Obat yang digunakan untuk menghambat pembentukan gumpalan darah, terutama pada penderita stroke
Antikoagulan	: Obat yang mencegah penggumpalan darah dalam aliran darah.
Clopidogrel	: Obat golongan antiplatelet yang dapat mencegah pembentukan trombus
Cilostazol	: Obat untuk gejala-gejala iskemia
Piracetam	: Obat yang digunakan untuk mengatasi kondisi mental
Manitol	: Diuretik osmotik yang digunakan untuk menurunkan tekanan intrakranial dan intraokular tinggi
<i>Adenosin difosfat</i>	: Molekul biologis yang berperan penting dalam metabolisme energi seluler
<i>Transient Ischaemic Attack (TIA)</i>	: Serangan yang diakibatkan oleh gangguan pasokan darah ke otak
<i>Food and Drug administration (FDA)</i>	: Badan yang bertugas mengawasi keamanan dan kemanjuran produk makanan, obat-obatan, dan kosmetik
<i>Ventrikulostomi eksternal</i>	: Prosedur bedah saraf yang dilakukan untuk mengurangi tekanan intrakranial
<i>Cerebrospinal Fluid (CSF)</i>	: Cairan bening yang mengisi rongga otak dan sumsum tulang belakang
Computed Tomography scan (CT-scan)	: Prosedur pemeriksaan medis yang menggunakan kombinasi sinar-X dan sistem komputer khusus untuk menghasilkan gambar organ, tulang, dan jaringan lunak didalam tubuh

Magnetic Resonance Imaging (MRI)	: Pemeriksaan medis yang menggunakan gelombang radio dan medan magnet untuk menghasilkan gambar organ dan jaringan tubuh
<i>Caregiver</i>	: Orang yang memberikan perawatan dan dukungan kepada orang lain yang membutuhkan
Sinaptogenes	: Proses Sistem Saraf Pusat Dari Organisme
<i>Family Caregiver</i>	: Pengasuh Keluarga
Arteriosklerosis	: Pengerasan Pembuluh Darah Akibat Penumpukan Plak di Dinding Arteri
<i>Alkohol</i>	: Karbon Dengan Gugus Fungsi-OH
Global	: Seluruh Dunia
Hemoragik	: Pecahnya Pembuluh Darah Otak
<i>Health Care Function</i>	: Fungsi Pelayanan Kesehatan
Eliminasi	: Pembuangan Sisa Metabolisme Tubuh
<i>Tranfering</i>	: Menstransfer
<i>Toileting</i>	: Kemampuan Mengontrol Bak Dan Bab
Kognitif	: Aktivitas Mental
Mobilitas	: Kemampuan Seseorang Untuk Bergerak Bebas
<i>Editing</i>	: Pemeriksaan Data
<i>Coding</i>	: Pemberian Kode
<i>Processing</i>	: Proses Data
<i>Cleaning</i>	: Pembersihan Data
<i>Tabulating</i>	: Membuat Tabulasi
<i>Informed Consent</i>	: Lembar Persetujuan
<i>Anonymity</i>	: Tanpa Nama
<i>Confidentiality</i>	: Kerahasiaan
<i>Non Maleficence</i>	: Tidak Menimbulkan Bahaya/Cedera Fisik Dan Fisiologi
<i>Cross sectional study</i>	: Desain Pengukuran Variabel Secara Bersama
Bivariat	: Analisis Untuk Menjelaskan
Univariat	: Untuk Mendeskripsikan Karakteristik Variabel
Independen	: Variabel Bebas

Ordinal	: Skala Peringkat
<i>Non probability sampling</i>	: Teknik Pengambilan Sampel Yang Tidak Memberi Peluang Atau Kesempatan Yang Sama Bagisetiap Unsur Atau Anggota Populasi
Dependen	: Variabel Terkait
<i>Chi-Square</i>	: Menguji Hubungan Atau Pengaruh Data

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu penyakit yang sering menimbulkan dampak jangka panjang pada individu, terutama dalam hal mobilitas dan kemandirian (Brown, 2023). Stroke dapat menyebabkan kerusakan pada otak yang muncul secara mendadak pada saat pembuluh darah yang membawa oksigen serta nutrisi ke otak pecah atau tersumbat, sehingga mengakibatkan kematian sel-sel otak karena tidak mendapatkan sirkulasi darah yang memadai (Widian, 2023). Stroke dapat berdampak pada banyak aspek kehidupan pasien, seperti kecacatan ringan maupun berat. Kondisi tersebut menyebabkan terganggunya aktivitas sehingga ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, perubahan pada emosi, perilaku, dan kognitif (Putri, 2023).

Menurut laporan *World Stroke Organization* (WSO) pada tahun 2022, prevalensi stroke secara global menunjukkan angka yang mengkhawatirkan. WSO melaporkan bahwa lebih dari 12,2 juta orang akan mengalami stroke. Hal ini setara dengan 1 dari 4 orang berusia di atas 25 tahun. Lebih lanjut, Diperkirakan lebih dari 101 juta orang yang hidup saat ini akan mengalami stroke dalam masa hidup mereka. Data ini menggambarkan besarnya tantangan kesehatan global yang ditimbulkan oleh stroke dan menekankan pentingnya upaya pencegahan serta penanganan yang efektif (Nurshiyam, 2020).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2018, menunjukkan peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari 7,0% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018 (Kemenkes, 2023) Beberapa provinsi mencatat angka kejadian yang cukup tinggi, dengan Kalimantan Utara

mencatatkan jumlah kasus tertinggi sebesar 14,7% pada kedua periode tersebut. Sumatera Utara melaporkan sekitar 10,2% pada tahun 2013, sementara Sulawesi Selatan mengalami peningkatan signifikan dari sekitar 7,8% pada tahun 2013 menjadi 10,7% pada tahun 2018. Data ini menggambarkan kenaikan prevalensi stroke yang mencolok di Indonesia dari tahun ke tahun, dengan beberapa provinsi menunjukkan angka kejadian yang mengkhawatirkan. Data ini menekankan pentingnya upaya pencegahan dan penanganan stroke yang lebih intensif di tingkat nasional maupun daerah.

Penyakit stroke merupakan penyebab utama kecatatan diseluruh dunia, saat ini kecenderungan penyakit stroke dapat menyerang pada usia muda antara usia 20-44 tahun. Terjadinya stroke pada usia muda menyebabkan beberapa masalah dalam kualitas hidup yaitu terjadi cacat fisik, depresi, gangguan kognitif dan hilangnya produktifitas (Feigin et al., 2022)

Untuk mencegah kecacatan, pasien pasca stroke melewati fase rehabilitasi, fase ini sangat penting dalam pemulihan kecacatan dan memerlukan bantuan keluarga, karena kecacatan menimbulkan berbagai dampak dalam kehidupan pasien pasca stroke seperti, kesulitan beraktivitas, kesulitan bicara, gangguan berpikir, dan penurunan daya ingat dan hal ini berdampak pada fisik dan psikologis, seperti perasaan rendah diri dan ketergantungan, juga memengaruhi kondisi pasien dan kualitas hidupnya sehingga pasien pasca stroke membutuhkan dukungan ekstra untuk pulih secara optimal (Winstein et al., 2023).

Oleh karena itu, pasien pasca stroke sangat membutuhkan *caregiver* untuk merawat dan mendukung proses pemulihan mereka. Lebih dari itu, kolaborasi yang erat antara pasien dan *caregiver* menjadi kunci keberhasilan fase rehabilitasi. Kolaborasi ini memastikan bahwa latihan-latihan yang dilakukan selama fase rehabilitasi dapat terlaksana

secara optimal. Tujuan utamanya adalah untuk mencapai neuroplastisitas yang diharapkan, yaitu perbaikan kondisi pasien yang umumnya terjadi pada 3-6 bulan pertama pasca stroke. Dengan adanya kolaborasi yang efektif, potensi pemulihan pasien dapat dimaksimalkan dalam periode kritis ini (Duncan, 2022).

Berbagai upaya dapat dilakukan untuk menciptakan kolaborasi yang efektif antara pasien dan *caregiver*. Salah satu faktor kunci adalah pengetahuan *caregiver* tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah selama fase rehabilitasi. Penelitian oleh Jones (2022) menunjukkan bahwa *caregiver* dengan pemahaman yang lebih baik tentang kondisi stroke dan teknik rehabilitasi dapat memberikan dukungan yang lebih efektif kepada pasien. Pengetahuan yang memadai mengenai latihan fisik dan proses rehabilitasi juga dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap kemampuan *caregiver*. Hasilnya, latihan dapat dilakukan dengan lebih optimal, meningkatkan peluang tercapainya tujuan fase rehabilitasi dalam mengurangi kecacatan. Manfaat yang dapat diperoleh meliputi peningkatan kekuatan otot pada hemiparesis/hemiplegia dan perbaikan fungsi lainnya (Zorowitz, 2022).

Selain pengetahuan, upaya lain yang dapat dilakukan untuk menciptakan kolaborasi pasien dengan *caregiver* ialah dukungan keluarga. Dukungan keluarga pada pasien stroke adalah bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga untuk membantu pasien dalam proses pemulihan dan rehabilitasi. Dukungan ini mencakup aspek emosional, fisik, dan sosial, seperti memberikan dorongan semangat, membantu dengan kegiatan sehari-hari, memastikan pasien mendapatkan perawatan medis yang diperlukan, dan menjaga hubungan sosial. Dukungan keluarga yang aktif dan terlibat dapat mempercepat proses pemulihan, mengurangi kecemasan dan depresi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan. Sistem dukungan keluarga ini

berupa bantuan berorientasi tugas sering kali diberikan oleh keluarga besar, teman, dan tetangga.

Dukungan keluarga pada pasien pasca stroke merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien dan menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang. Hal ini dikarenakan keluarga sebagai suatu sistem yang terdiri dari anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, serta perhatian yang secara harmonis menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi penyembuhan dan pemulihan pasien. Jika tidak ada dukungan dari keluarga, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan semakin kecil. Dukungan keluarga tersebut juga akan mempengaruhi pasien pasca stroke dalam menjalani tindakan rehabilitasi medik. Dukungan keluarga pada pasien pasca stroke dibutuhkan karena dapat membantu pasien dalam fase rehabilitasi secara optimal sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke. Oleh karena itu, peran atau dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien stroke menjalani rehabilitasi agar berjalan sesuai dengan rencana pengobatan (Martini, 2021).

Pada tahun 2023, Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar mencatat 329 pasien pasca stroke yang menjalani perawatan rawat jalan. Angka ini mencerminkan besarnya upaya yang dilakukan oleh pasien dan keluarga mereka dalam fase rehabilitasi. Tingginya jumlah kunjungan ini menunjukkan komitmen kuat untuk mengurangi tingkat kecacatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke. Data ini juga menggarisbawahi pentingnya layanan rehabilitasi yang berkelanjutan dan peran aktif keluarga dalam mendukung proses pemulihan pasien.

Berdasarkan fenomena yang ditemukan oleh Meta, (2021), ketika pengetahuan ada dan dukungan keluarga yang baik, maka tercipta kerjasama antara pasien dan keluarga sehingga latihan dapat berjalan baik dan terbukti dari terjadinya peningkatan kekuatan otot pada pasien yang hemiparesis dan mempercepat proses pemulihan. Ketika pengetahuan tidak dimiliki keluarga, maka pasien cenderung tidak percaya pada kemampuan keluarga dalam melatih sehingga pasien malas latihan dan cenderung cepat marah dan berdampak terjadinya nyeri bahu pada bulan ke-4 pasca stroke. Begitu juga ketika dukungan keluarga yang kurang menyebabkan pasien pasca stroke merasa tidak berdaya sehingga mempengaruhi pelaksanaan program latihan baik di rumah maupun ke rumah sakit atau layanan kesehatan lainnya.

Selain itu, hasil wawancara peneliti pada lima orang *caregiver* atau anggota keluarga di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar mengungkapkan bahwa mereka mengalami berbagai tantangan dalam kolaborasi dengan pasien pasca stroke selama fase rehabilitasi. Tantangan ini mencakup kurangnya pengetahuan tentang prosedur rehabilitasi, komunikasi yang tidak efektif, serta dukungan emosional yang minim. Fenomena ini menunjukkan bahwa kolaborasi yang tidak optimal antara *caregiver* dan pasien dapat menghambat proses rehabilitasi dan mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan di atas, maka peneliti tertarik dan termotivasi untuk melakukan penelitian dengan judul, "Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan *Caregiver* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Rumusan Masalah

Stroke adalah penyakit serius yang dapat menyebabkan dampak jangka panjang pada mobilitas dan kemandirian individu. Dampak stroke meliputi kecacatan, gangguan aktivitas sehari-hari, perubahan emosi, perilaku, dan kognitif sehingga membutuhkan fase rehabilitasi yang merupakan bagian penting dalam pemulihan pasca stroke. Oleh karena itu sangat memerlukan dukungan keluarga dan *caregiver* agar tercipta kolaborasi dalam pelaksanaan latihan fisik selama fase rehabilitasi. Kolaborasi antar pasien dan *caregiver* dalam fase rehabilitasi dipengaruhi oleh faktor pengetahuan dan dukungan keluarga. Pengetahuan yang memadai tentang kondisi stroke dan proses rehabilitasi dapat meningkatkan efektivitas dukungan *caregiver*. Selain itu, dukungan keluarga yang baik mampu meningkatkan kolaborasi pasien dengan *caregiver*. Maka dari itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan faktor-faktor yang memengaruhi kolaborasi fase rehabilitasi pasien *pasca stroke* dengan *caregiver* ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan *caregiver* pada fase rehabilitasi pasca stroke.
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada fase rehabilitasi pasca stroke.
- c. Mengidentifikasi kolaborasi *caregiver* dengan pasien pasca stroke.
- d. Menganalisa hubungan pengetahuan dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*.

- e. Menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan dan pengetahuan tambahan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver* di ruangan fisioterapi

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Caregiver

Penelitian ini diharapkan dijadikan media belajar dan pengetahuan untuk *caregiver* dalam melakukan kolaborasi/ kerjasama fase rehabilitasi pada pasien *pasca stroke*.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan landasan dalam memberikan pelayanan kesehatan berkaitan dengan kolaborasi fase rehabilitasi tentang media belajar dan pengetahuan antara pasien *pasca stroke* dan *caregiver*.

c. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan mampu dijadikan sebagai referensi dalam mengenal faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi dengan fase rehabilitasi pasien pasca stroke.

d. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber literatur dan referensi dalam melakukan penelitian yang berkaitan di masa depan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Khusus Tentang Stroke

1. Pengertian

Stroke atau cedera *cerebrovascular accident (CVA)* adalah gangguan neurologis yang terjadi ketika suplai darah ke otak terganggu, baik karena penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah. Stroke iskemik terjadi akibat penyumbatan arteri oleh trombus atau embolus, sedangkan stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan pendarahan di otak (Kim & Caplan, 2019).

Stroke adalah gangguan saraf otak yang disebabkan oleh kerusakan pembuluh darah di otak, yang terjadi dalam tempo sekitar 24 jam atau 10 lebih. Berdasarkan berbagai pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang dapat menyebabkan kelumpuhan bahkan kematian (Liabeth, 2022).

2. Etiologi

Menurut Muliati, (2019), Ada beberapa kondisi di bawah ini yang dapat menyebabkan terjadinya stroke, antara lain:

a. Trombosis Otak

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang tersumbat sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak, yang dapat menyebabkan edema dan kemacetan di area sekitarnya. Trombosis sering terjadi pada orang lanjut usia yang sedang tidur atau terjaga. Hal ini mungkin disebabkan oleh penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah, yang dapat menyebabkan iskemia serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk 48 jam setelah trombosis.

b. Emboli

Emboli otak adalah penyumbatan pembuluh darah di otak akibat penggumpalan darah, lemak dan udara. Biasanya, emboli disebabkan oleh bekuan darah di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli terjadi dengan cepat dan gejala muncul dalam waktu 10 hingga 30 detik.

c. Hemoragik

Perdarahan intraserebral meliputi perdarahan pada ruang subarachnoid atau di dalam jaringan otak itu sendiri. Perdarahan ini bisa terjadi akibat aterosklerosis dan hipertensi. Pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan darah masuk ke parenkim otak, yang dapat menyebabkan tekanan, perpindahan, dan pemisahan jaringan otak di sekitarnya, menyebabkan otak membengkak dan jaringan otak terkompresi, menyebabkan infark serebral, edema, dan kemungkinan infark serebral terjadi di seluruh otak dan terjadi herniasi.

3. Klasifikasi

Menurut Nurjaman, (2023), stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika satu atau lebih pembuluh darah di otak melemah lalu pecah sehingga menyebabkan pendarahan di sekitar otak. Pada umumnya stroke hemoragik didahului oleh hipertensi. Tekanan darah tinggi merupakan faktor risiko potensial terjadinya stroke karena dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah di otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan menyebabkan pendarahan otak.

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik, juga dikenal sebagai stroke iskemik, terjadi akibat tersumbatnya pembuluh darah di otak oleh

kolesterol atau zat lemak lainnya sehingga menyebabkan terganggunya pasokan oksigen ke otak. Stroke iskemik merupakan stroke yang terjadi akibat matinya jaringan otak sehingga mengganggu aliran darah ke suatu area otak, sehingga kemungkinan menyebabkan penyumbatan pembuluh darah di otak, leher otak, atau rahim. Patologi utama stroke iskemik adalah aterosklerosis arteri besar dan stroke lakunar.

4. Faktor Resiko

Menurut Maida et al. (2020) faktor Resiko dari penyakit stroke yaitu:

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko non stroke yang potensial. Hipertensi dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah maupun penyempitan diameter pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah dari otak pecah, dan terjadi perdarahan di otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel akan mengalami kematian hal ini menyebabkan stroke hemoragik.

b. Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah kondisi yang dapat menyebabkan gangguan pada sistem pembuluh darah, mengakibatkan terjadinya perubahan pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati), serta pembentukan plak aterosklerotik (aterosklerosis). Hal ini dapat menyebabkan pembentukan gumpalan darah yang kemudian dapat menyumbat pembuluh darah, sehingga mengakibatkan penurunan aliran darah ke otak, maka dapat terjadi stroke non hemoragik.

c. Penyakit jantung

Fibrilasi atrium misalnya, dapat mengakibatkan penurunan kadar oksigen dalam darah, menghambat perfusi ke otak, dan akhirnya menyebabkan stroke non hemoragik.

d. Kebiasaan merokok

Merokok merupakan kebiasaan sekaligus gaya hidup yang berdampak buruk bagi kesehatan. Rokok menyebabkan berkurangnya jumlah oksigen dalam darah yang menyebabkan jantung bekerja keras, hal ini memudahkan terbentuknya gumpalan darah. Gumpalan darah ini akan menghambat aliran darah ke otak sehingga menyebabkan stroke, sehingga menyebabkan stroke non hemoragik

e. Alkohol

Jika seseorang mengkonsumsi alkohol secara berlebihan maka akan meningkatkan resiko terkena stroke hemoragik. Pada banyak kasus hal tersebut cenderung merupakan akibat dari dampak negatif alkohol. Terutama pada organ hati. Pasalnya, hati berfungsi untuk membuat protein yang diperlukan untuk mencegah perdarahan spontan. Sebagian besar kasus stroke karena asupan alkohol yang berlebihan sering terjadi karena kombinasi dari tekanan darah tinggi dan terganggunya proses mekanisme pembekuan darah, sehingga menyebabkan stroke hemoragik

f. Kolesterol tinggi

Kolesterol tinggi dapat menyebabkan berbagai masalah kardiovaskular melalui beberapa mekanisme. kolesterol tinggi menyebabkan aterosklerosis, yaitu penumpukan plak di arteri yang dapat mengurangi aliran darah dan menyebabkan serangan jantung atau stroke, plak yang pecah dapat membentuk bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah, kolesterol tinggi

berkontribusi pada hipertensi dengan menyempitkan arteri, kolesterol Low-density lipoprotein (LDL) yang tinggi dapat memicu peradangan pada dinding arteri, kolesterol tinggi dapat menyebabkan disfungsi endotel, yang mengganggu regulasi aliran darah dan tekanan darah hal ini menyebabkan stroke non hemoragik yang kemudian akan menyebabkan stroke hemoragik.

g. Kelainan pada pembuluh darah

Kelainan pada pembuluh darah dapat menyebabkan hemoragik stroke melalui beberapa mekanisme. Aneurisma otak dan *Arteriovenous malformations* (AVM) membuat pembuluh darah lebih rentan pecah. Angiopati amiloid serebral, yang melibatkan penumpukan protein amiloid di dinding pembuluh darah, serta hipertensi kronis, dapat merusak dinding pembuluh darah, meningkatkan risiko pecahnya pembuluh darah kecil. Vaskulitis menyebabkan peradangan dan kerusakan pada pembuluh darah, sementara gangguan pembekuan darah juga dapat membuat pembuluh darah lebih rentan terhadap perdarahan atau stroke hemoragik.

5. Patofisiologi

Menurut Dirnagl et al., (2019) Patofisiologi stroke melibatkan berbagai mekanisme yang dapat mengakibatkan kerusakan pada otak akibat gangguan aliran darah. Stroke dapat terjadi dalam dua bentuk utama: iskemik dan hemoragik.

a. Hemoragik stroke

Hemoragik stroke terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan darah mengalir ke dalam jaringan otak. Hal ini dapat disebabkan oleh tekanan darah tinggi, trauma kepala, atau *Arteriovenous malformations* (AVM). Hemoragik stroke dapat dibagi menjadi dua jenis utama yaitu perdarahan intraserebral, dimana pembuluh darah di dalam otak pecah, dan

perdarahan subarachnoid, dimana pembuluh darah dipermukaan otak pecah.

b. Non Hemoragik stroke (Stroke iskemik)

Non-hemoragik stroke, atau iskemik stroke, terjadi ketika aliran darah ke otak terganggu, biasanya karena bekuan darah atau emboli yang menyumbat pembuluh darah otak. Iskemik stroke merupakan jenis stroke yang paling umum dan dapat menyebabkan kematian sel-sel otak akibat kekurangan oksigen dan nutrisi. Beberapa faktor risiko yang berkontribusi pada iskemik stroke meliputi aterosklerosis, fibrilasi atrium, hipertensi, dan diabetes.

6. Manifestasi Klinis

a. FAST

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2019, untuk mengenali tanda-tanda peringatan stroke yang terdiri dari:

- 1) **F** = (face), wajah mati rasa atau kelemahan wajah terutama satu sisi.
- 2) **A** = (arm), lengan mati rasa atau kelemahan lengan satu sisi tubuh
- 3) **S** = (speech) , bicara cadel atau kesulitan berbicara dan memahami
- 4) **T** = (time), saatnya untuk menelpon layanan gawat darurat jika hal-hal tersebut terjadi tiba-tiba atau disertai dengan hilang penglihatan, hilang keseimbangan disertai pusing atau memburuknya sakit kepala dengan penyebab yang tidak diketahui terjadi secara tiba-tiba dan berat.

b. SeGeRa ke RS

Menurut Kemenkes RI (2020), alat penilaian sederhana untuk stroke adalah “SEGERA KE RUMAH SAKIT”, dengan istilah SeGeRa Ke Rs artinya:

- 1) **Se** adalah senyum tidak simetris (mencong ke satu sisi), tersedak, sulit menelan air minum secara tiba-tiba.
- 2) **Ge** adalah gerak separuh anggota tubuh melemah secara tiba-tiba.
- 3) **Ra** adalah bicara pelo/ tiba-tiba tidak dapat bicara/tidak mengerti kata-kata/ bicara tidak nyambung.
- 4) **Ke** adalah kebas atau baal, atau kesemutan separuh tubuh.
- 5) **R** adalah rabun, pandangan satu mata kabur dan dapat terjadi secara tiba-tiba.
- 6) **S** adalah sakit kepala hebat yang dapat terjadi secara tiba-tiba dan tidak pernah dirasakan sebelumnya, gangguan fungsi keseimbangan, seperti terasa berputar, Gerakan sulit dikoordinasi (tremor/gemetar, sempoyongan).

7. Penatalaksanaan Medis

Tujuan pengobatan adalah mengembalikan aliran darah ke jaringan otak yang mengalami infark dan mencegah stroke berulang, menurut Diah Mutiasari (2019) terapi yang digunakan sebagai berikut:

a. Farmakologi NHS

1) *Recombinant Tissue Plasminogen Activator* (R-IPA)

Pemberian rt-Pa (recombinant tissue plasminogen activator) intravena yang cepat kepada pasien merupakan pengobatan yang tepat dan merupakan pusat pengelolaan awal stroke iskemik.

2) Antiplatelet

Obat antiplatelet yang disetujui *Food and Drug administration* (FDA) kombinasi (aspirin, dipyridamole, clopidogrel). Untuk mencegah cedera vascular pada pasien stroke atau *Transient ischeamic Attack* (TIA).

3) Dipyridamole

Dipyridamole sendiri atau dalam kombinasi dengan aspirin dapat mengurangi penyakit serebvaskular iskemik, kombinasi non-fatal, infark miokard non-fatal dan stroke berulang pada pasien dengan riwayat kematian vaskular dibandingkan dengan aspirin saja.

4) Antikoagulan

Antikoagulan merupakan obat yang berperan dalam menurunkan polimerisasi fibrin dan pembentukan trombus pada koagulasi, tidak seperti agen trombolitik dan defibrinogen.

5) Clopidogrel

Clopidogrel secara ireversibel memblokir reseptor *Adenosin difosfat* (ADP) pada trombosit sehingga mencegah kaskade yang mengarah keaktivasi reseptor GP IIb/IIIa. Dalam studi CAPRIE (Clopidogrel versus Aspirin in Patient at Risk of Ischaemic Events) pasien menerima 75 mg clopidogrel vs. 325 mg aspirin dan serebvaskular.

6) Cilostazol

Cilostazol dalam 36 uji coba terkontrol secara acak yang melibatkan 82.144 pasien, cilostazol secara signifikan lebih efektif dari pada aspirin dan clopidogrel saja dalam pencegahan jangka panjang dari kejadian vaskular utama pada pasien stroke dan *Transient Ischaemic Attack* (TIA). Cilostazol memiliki risiko perdarahan lebih rendah dibandingkan dengan aspirin dosis rendah (75-162 mg setiap hari) aspirin yang mengandung dipyridamole (50mg setiap hari) dan clopidogrel.

7) Piracetam

Piracetam memiliki sifat neuroprotektif dan antitrombotik yang dapat mengurangi kematian dan kecacatan pada pasien dengan stroke akut. Piracetam telah terbukti memiliki efek menguntungkan ringan pada pasien afasia pasca stroke.

b. Stroke Hemoragik

1) Manitol

Manitol adalah agen osmotik yang bekerja dengan menarik cairan dari sel-sel dan jaringan otak ke dalam aliran darah, yang pada gilirannya meningkatkan volume urin dan mengurangi cairan ekstraseluler. Penggunaan manitol dimulai dengan bolus dosis tinggi yang diikuti dengan dosis pemeliharaan berdasarkan respon klinis dan hasil monitoring ICP. Selama pemberian manitol, pemantauan ketat terhadap tekanan darah, keseimbangan cairan, dan elektrolit sangat penting untuk menghindari komplikasi seperti hiperosmolalitas yang dapat menyebabkan dehidrasi seluler dan gagal ginjal.

Efek manitol dapat terlihat dalam beberapa menit hingga beberapa jam, membantu mengurangi pembengkakan otak dan menurunkan tekanan intrakranial dengan cepat. Namun, manitol juga memiliki efek samping seperti dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, dan potensi gagal ginjal, yang memerlukan pemantauan ketat untuk memastikan penggunaan yang aman dan efektif.

2) Pembedahan

Pembedahan merupakan metode lain yang efektif untuk mengurangi tekanan intrakranial dengan mengatasi langsung penyebab peningkatannya. Dekompresi kraniotomi

dilakukan dengan mengangkat sebagian tulang tengkorak untuk memberikan ruang tambahan bagi jaringan otak yang bengkak dan mengurangi tekanan.

Ventrikulostomi eksternal (EVD) digunakan untuk mengalirkan cairan *Cerebrospinal Fluid* (CSF) yang berlebihan, membantu mengendalikan tekanan dengan cara yang terukur dan real-time. Kraniektomi hemikranial, yang melibatkan pengangkatan sebagian besar tulang tengkorak di satu sisi kepala, memberikan lebih banyak ruang bagi otak yang membengkak, mengurangi risiko herniasi. Pasca operasi, pasien harus dipantau secara ketat di unit perawatan intensif (ICU) dengan pencitraan berulang untuk menilai efektivitas intervensi dan deteksi dini komplikasi seperti infeksi atau perdarahan berulang.

8. Komplikasi

Menurut Kelly et al., (2020) Komplikasi stroke Hemoragik & Non Hemoragik Stroke antara lain:

a. Komplikasi Stroke Hemoragik

1) Hidrocephalus

Pada stroke hemoragik, darah yang mengalir ke ruang otak dapat menghambat aliran normal cairan *Cerebrospinal Fluid* (CSF), menyebabkan penumpukan cairan ini dalam ventrikel otak, yang dikenal sebagai hidrocephalus. Kondisi ini meningkatkan tekanan intrakranial dan dapat memperburuk gejala neurologis seperti sakit kepala parah, mual, muntah, dan perubahan kesadaran. Penanganan hidrocephalus sering memerlukan intervensi bedah, seperti pemasangan shunt untuk mengalirkan CSF berlebih dan mengurangi tekanan dalam otak.

2) Edema Otak

Edema otak adalah pembengkakan jaringan otak yang sering terjadi setelah stroke hemoragik. Perdarahan menyebabkan kerusakan pada sawar darah-otak, yang memungkinkan cairan keluar dari pembuluh darah ke dalam jaringan otak, mengakibatkan pembengkakan. Edema otak meningkatkan tekanan intrakranial dan dapat mengurangi aliran darah ke area yang lebih jauh dari lokasi perdarahan, menyebabkan kerusakan iskemik sekunder.

3) Peningkatan tekanan intrakranial

Peningkatan tekanan *Intracranial Pressure* (ICP) adalah komplikasi serius dari stroke hemoragik yang terjadi ketika darah yang mengalir ke otak menyebabkan penumpukan volume di dalam tengkorak, ruang tertutup dengan kapasitas terbatas. Perdarahan dapat langsung meningkatkan volume intrakranial melalui pembentukan hematoma, sementara edema otak yang dihasilkan dari respon inflamasi terhadap perdarahan menambah peningkatan volume lebih lanjut. Tekanan yang meningkat ini mengganggu sirkulasi darah normal di otak, mengurangi perfusi dan menyebabkan kerusakan iskemik sekunder pada jaringan otak yang tidak terlibat langsung dalam perdarahan. Gejala peningkatan ICP meliputi sakit kepala hebat, mual, muntah, penurunan kesadaran, dan perubahan respons pupil.

b. Komplikasi Stroke Non-Hemoragik (Iskemik)

1) Infark Otak

Infark otak adalah kerusakan jaringan otak yang terjadi akibat kurangnya pasokan darah selama stroke iskemik. Kekurangan oksigen dan nutrisi menyebabkan kematian sel-sel otak di area yang terkena, menghasilkan defisit neurologis

seperti kelemahan otot, gangguan sensorik, dan masalah bicara. Luas dan lokasi infark menentukan tingkat keparahan gejala dan mempengaruhi pemulihan. Terapi trombolitik atau intervensi endovaskular yang cepat dapat membantu meminimalkan kerusakan permanen.

2) Transformasi Hemoragik

Transformasi hemoragik adalah komplikasi dimana area infark iskemik berubah menjadi hemoragik, biasanya sebagai hasil dari terapi trombolitik yang diberikan untuk melarutkan bekuan darah. Risiko transformasi hemoragik meningkat dengan ukuran infark dan kondisi pasien yang mendasari, seperti hipertensi. Meskipun transformasi hemoragik dapat memperburuk kerusakan otak, terapi antikoagulan yang hati-hati dapat mengurangi risiko ini.

3) Edema Serebri

Edema serebri adalah pembengkakan otak yang sering terjadi setelah stroke iskemik, dimana aliran darah ke bagian otak terganggu, menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi di area tersebut. Kondisi ini mengakibatkan kerusakan sel-sel otak dan memicu respons inflamasi yang menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah, sehingga cairan keluar ke jaringan otak dan menyebabkan pembengkakan.

9. Fase Stroke

Menurut Brewer et al., (2019) terdapat 2 fase pada stroke yaitu:

a. Fase Akut

Fase akut stroke adalah tahap awal setelah terjadinya stroke, yang biasanya berlangsung selama beberapa hari hingga beberapa minggu. Fokus utama dalam fase ini adalah

menstabilkan kondisi pasien dan mencegah kerusakan lebih lanjut.

Proses evaluasi dan diagnostik mencakup pencitraan otak, seperti CT scan atau MRI, untuk menentukan jenis dan lokasi stroke, serta pemeriksaan darah dan jantung untuk mengidentifikasi faktor risiko dan kondisi yang mungkin menyertai.

Pada tahap stabilisasi, tindakan yang dilakukan meliputi menjaga jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi, serta pengelolaan tekanan darah yang ketat untuk mencegah komplikasi. Selain itu, pencegahan komplikasi dilakukan untuk mencegah pneumonia aspirasi, trombosis vena dalam (DVT), dan dekubitus, serta pengelolaan kadar glukosa darah dan menjaga suhu tubuh normal. Manajemen gejala juga penting dalam fase ini, termasuk penanganan nyeri dan kejang serta rehabilitasi awal seperti fisioterapi untuk mencegah kontraktur dan menjaga mobilitas dasar.

b. Fase Rehabilitasi

Fase rehabilitasi dimulai setelah kondisi pasien stabil, dengan tujuan memulihkan fungsi yang hilang, meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi ketergantungan. Penilaian kebutuhan rehabilitasi dilakukan untuk mengevaluasi kemampuan fisik, kognitif, emosional, dan sosial pasien, yang kemudian digunakan untuk menyusun rencana rehabilitasi yang sesuai.

Fisioterapi menjadi bagian penting dalam rehabilitasi dengan latihan yang dirancang untuk meningkatkan kekuatan, keseimbangan, dan koordinasi pasien. Terapi okupasi membantu memulihkan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, sementara terapi bicara dan bahasa fokus pada memulihkan

kemampuan berbicara, memahami bahasa, membaca, dan menulis, serta mengatasi disfagia.

Dukungan psikologis sangat penting untuk mengatasi depresi, kecemasan, dan perubahan emosi yang sering terjadi setelah stroke, serta memberikan dukungan bagi keluarga dan pengasuh. Pencegahan sekunder juga diterapkan dengan mengelola faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, hiperlipidemia, dan kebiasaan merokok, serta memberikan edukasi tentang gaya hidup sehat dan kepatuhan terhadap pengobatan. Akhirnya, reintegrasi sosial membantu pasien kembali bekerja atau berpartisipasi dalam kegiatan sosial, dengan dukungan untuk memperoleh akses ke layanan komunitas dan dukungan keluarga.

10. Cara Mencegah Stroke berulang

Menurut Ekawati et al., (2021) Pencegahan stroke berulang adalah langkah penting untuk mengurangi risiko terjadinya stroke kedua. Ada beberapa pendekatan yang bisa diambil untuk mencegah stroke berulang, yang melibatkan pengobatan medis, perubahan gaya hidup, dan pengelolaan faktor risiko yang mendasari.

a. Kontrol Tekanan Darah

Tekanan darah tinggi (hipertensi) adalah salah satu faktor risiko utama stroke. Untuk mencegah stroke berulang:

- 1) Minum obat antihipertensi sesuai resep dokter.
- 2) Pantau tekanan darah secara rutin dan pastikan berada di bawah 140/90 mmHg atau sesuai anjuran dokter.
- 3) Diet rendah garam (kurang dari 2.300 mg garam per hari, atau lebih rendah jika direkomendasikan).
- 4) Aktivitas fisik seperti berjalan kaki, berenang, atau aktivitas aerobik ringan.

b. Kontrol Gula Darah pada Penderita Diabetes

Penderita diabetes berisiko tinggi mengalami stroke.

Pencegahan melibatkan:

- 1) Mengontrol kadar gula darah melalui diet yang tepat dan obat-obatan seperti insulin atau antidiabetik oral.
- 2) Pola makan yang sehat, termasuk menghindari makanan tinggi gula dan karbohidrat sederhana.
- 3) Pantau HbA1c secara rutin untuk memastikan kontrol jangka panjang gula darah.

c. Pengelolaan Kolesterol

Kolesterol tinggi dapat menyebabkan aterosklerosis (penumpukan plak di pembuluh darah), yang meningkatkan risiko stroke. Pencegahannya:

- 1) Mengonsumsi obat statin atau obat penurun kolesterol lainnya sesuai resep dokter.
- 2) Diet rendah lemak jenuh dan tinggi serat, termasuk buah, sayur, biji-bijian, dan lemak sehat (seperti minyak zaitun).
- 3) Olahraga untuk meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL).

d. Penggunaan Obat Antiplatelet atau Antikoagulan

Jika stroke disebabkan oleh penggumpalan darah (stroke iskemik), obat pengencer darah mungkin diresepkan. Ini termasuk:

- 1) Aspirin atau obat antiplatelet lain seperti clopidogrel untuk mencegah pembentukan gumpalan darah.
- 2) Antikoagulan seperti warfarin atau rivaroxaban, terutama jika pasien memiliki fibrilasi atrium atau kelainan jantung lainnya.

e. Berhenti Merokok

Merokok meningkatkan risiko stroke berulang dengan merusak pembuluh darah dan meningkatkan pembentukan plak. Langkah-langkah:

- 1) Berhenti merokok sepenuhnya. Ada berbagai metode, termasuk terapi penggantian nikotin, obat, atau konseling.
 - 2) Hindari paparan asap rokok dari perokok pasif.
- f. Menjaga Berat Badan Ideal
- Obesitas atau kelebihan berat badan dapat meningkatkan risiko stroke. Pencegahan stroke berulang mencakup:
- 1) Diet seimbang yang rendah kalori jika diperlukan.
 - 2) Aktivitas fisik rutin

B. Tinjauan Umum Rehabilitasi Pasca Stroke

1. Pengertian Rehabilitasi

a. Rehabilitasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), rehabilitasi adalah suatu proses pemulihan atau perbaikan anggota tubuh yang mengalami cacat dan sebagainya atas individu supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat dalam masyarakat (Kemendikbud Republik Indonesia, 2018). Definisi lain menyebut bahwa rehabilitasi adalah suatu usaha yang dilakukan untuk mengoptimalkan fungsi tubuh dan mengurangi kecacatan tubuh pada suatu individu sehingga individu dapat berinteraksi di lingkungannya dengan kondisi sehat (World Health Organization, 2021). Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa rehabilitasi adalah proses usaha pemulihan individu yang mengalami kecacatan sehingga individu mampu beraktivitas di lingkungan sekitarnya (Zaini Miftach, 2021).

b. Rehabilitasi pasca stroke

Rehabilitasi pasca stroke adalah proses yang berpusat pada pasien dan dilakukan dengan tujuan memaksimalkan kemandirian fungsional pasien yang menderita berbagai kecacatan akibat stroke. Tujuan utama rehabilitasi pasca stroke

adalah untuk membantu pasien stroke untuk kembali ke fungsi pramorbidnya atau fungsi normal sebelum terkena stroke baik dalam lingkungan keluarga, lingkungan masyarakat atau bahkan lingkungan kerja (Fauzia et al., 2022).

c. Neuroplastisitas

Neuroplastisitas adalah istilah ilmiah yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan otak untuk berubah dan beradaptasi. Ini adalah kombinasi dari dua kata: "neuro," yang berarti berhubungan dengan otak dan sistem saraf, dan "plastisitas," yang berarti kemampuan untuk berubah atau membentuk sesuai dengan lingkungan atau pengalaman. Dengan demikian, neuroplastisitas mengacu pada kemampuan otak manusia untuk berubah dalam struktur, fungsi, dan konektivitas neuron sebagai respons terhadap pengalaman, pembelajaran, atau perubahan lingkungan (Andayani, 2023).

2. Tujuan Rehabilitasi

Tujuan utama rehabilitasi adalah membantu individu mencapai potensi fungsional maksimal mereka setelah mengalami cedera, penyakit, atau kondisi medis tertentu. Rehabilitasi bertujuan untuk mengembalikan atau meningkatkan kemampuan fisik agar pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan lebih mudah melalui peningkatan mobilitas, kekuatan, dan koordinasi (WHO, 2011). Selain itu, program rehabilitasi dirancang untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengurangi rasa sakit dan ketidaknyamanan, meningkatkan kesejahteraan emosional, dan memungkinkan partisipasi yang lebih aktif dalam kehidupan sosial dan pekerjaan (Stucki, 2020).

Rehabilitasi juga berfokus pada memaksimalkan kemandirian pasien, membantu mereka menjalani hidup dengan sedikit atau tanpa bantuan orang lain. Program ini bertujuan mengurangi dampak

disabilitas secara fisik maupun psikososial melalui intervensi terstruktur dan berkelanjutan, termasuk terapi fisik, okupasi, serta dukungan psikologis (WHO, 2011). Selain itu, rehabilitasi meningkatkan kemampuan adaptasi individu terhadap keterbatasan mereka melalui pembelajaran keterampilan baru atau penyesuaian lingkungan untuk memfasilitasi kemampuan mereka (Stucki, 2020).

Adapun tujuan rehabilitasi medik bagi penderita pasca stroke adalah memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu. Kemudian readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktifitas sosial dan dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari. Rehabilitasi pasca stroke yang dimulai sedini mungkin (cepat dan tepat) dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal, serta menghindari kekakuan sendi (kontraktur) yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan apa-apa setelah pasien terkena stroke (Langhorne et al., 2020).

3. Jenis-Jenis Rehabilitasi

Menurut Patikas et al., (2019) Rehabilitasi mencakup berbagai jenis yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan spesifik individu berdasarkan kondisi medis mereka.

- a. Rehabilitasi fisik bertujuan untuk memulihkan fungsi fisik setelah cedera atau operasi, serta mengelola kondisi kronis melalui terapi fisik yang meningkatkan mobilitas, kekuatan, dan keseimbangan.
- b. Rehabilitasi okupasi berfokus pada membantu individu meningkatkan kemampuan dalam kegiatan sehari-hari dan pekerjaan, dengan terapis okupasi yang bekerja untuk meningkatkan keterampilan motorik halus dan kemampuan kognitif pasien.
- c. Rehabilitasi kognitif dirancang untuk meningkatkan fungsi kognitif seperti memori, perhatian, dan pemecahan masalah bagi mereka

yang mengalami gangguan kognitif akibat cedera otak atau kondisi neurologis lainnya.

- d. Rehabilitasi psikososial bertujuan untuk membantu individu mengatasi dampak psikologis dan sosial dari kondisi kesehatan mereka melalui konseling dan dukungan kelompok.
- e. Rehabilitasi vokasional membantu individu dengan disabilitas atau kondisi kesehatan tertentu untuk kembali bekerja atau menemukan pekerjaan baru yang sesuai, mencakup pelatihan keterampilan dan penyesuaian tempat kerja.
- f. Rehabilitasi Dalam Keluarga

Rehabilitasi dalam keluarga merupakan layanan rehabilitasi yang dilakukan oleh orangtua terhadap anaknya yang mengalami gangguan. Terlebih dahulu, orang tua dilatih oleh tenaga profesional tentang bagaimana memberikan layanan kepada anak atau keluarganya yang membutuhkan layanan khusus. Orang tua yang telah dilatih melakukannya sendiri kepada anaknya dengan bimbingan tenaga profesional. Orang tua diharapkan dapat memberikan layanan di rumah Karena akan dilakukan evaluasi bersama dan tindak lanjut layanan yang harus diberikan.

Rehabilitasi terdiri dari dua kategori, rehabilitasi medis dan rehabilitasi non-medis:

1) Rehabilitasi Medis

Disebut pengobatan medis adalah perawatan yang diberikan oleh dokter di klinik, rumah sakit, atau puskesmas.

2) Rehabilitasi Non – Medis

Rehabilitasi non-medis adalah pengobatan dan penyembuhan penyakit mental, spiritual, moral, atau fisik tanpa menggunakan alat dan bahan medis. Dengan kata lain,

itu adalah pengobatan dan penyembuhan tanpa menggunakan cara medis.

4. Jenis Latihan Pasien Pasca Stroke Pada Fase Rehabilitasi

Menurut Anita, Fransiska dkk, (2021), jenis latihan pada pasien stroke, yaitu:

- a. Menggerakkan sendi peluru
 - 1) Fleksi/ menekuk lengan
 - 2) Ekstensi/ Meluruskan lengan
 - 3) Hiperekstensi/ Menekuk ke belakang
 - 4) Abduksi/ Pergerakan tulang menjauhi garis tengah tubuh
 - 5) Aduksi/ Pergerakan tulang menuju garis tengah tubuh
- b. Menggerakkan sendi engsel
 - 1) Fleksi/ Menekuk siku
 - 2) Ekstensi/ Meluruskan siku
 - 3) Hiperekstensi/ Menekuk ke belakang
- c. Pergelangan tangan/ sendi kondoloid
 - 1) Fleksi/ Gerakan jari ke arah dalam lengan bawah
 - 2) Ekstensi/ Luruskan tangan
 - 3) Hiperekstensi/ Menekuk jari tangan ke belakang sejauh mungkin
 - 4) Supinasi/ Menengadah
 - 5) Pronasi/ Menelungkupkan tangan
- d. Tangan dan Jari
 - 1) Fleksi/ Kepalan pada setiap tangan
 - 2) Ekstensi/ Luruskan jari-jari tangan
 - 3) Hiperekstensi/ Menekuk jari-jari ke belakang
 - 4) Abduksi/ Regangkan jari-jari tangan
 - 5) Aduksi/ Rapatkan jari-jari tangan

- e. Ibu jari/ Sendi Pelana
 - 1) Fleksi/ Ibu jari menyilang permukaan telapak tangan ke arah jari kelingking
 - 2) Ekstensi/ Ibu jari menjauhi tangan
 - 3) Abduksi/ Gerakan setiap ibu jari ke arah literal
 - 4) Aduksi/ Gerakan setiap ibu jari kembali ke tangan
 - 5) Oposisi
- f. Tungkai dan sendi engsel
 - 1) Plantar Fleksi/ arahkan jari kaki ke arah bawah
 - 2) Dorsofleksi/ arahkan jari kaki ke arah atas

5. Mengubah Posisi Pasien Stroke (Miring, Duduk, Berdiri)

- a. Menggeser pasien ke samping tempat tidur
 - 1) Mintalah pasien menopang tangan yang lemah dengan tangan yang sehat.
 - 2) Mintalah pasien untuk mengangkat kepala, lalu geser pasien menjauh dari penolong. Bantu pasien bergeser dengan memegang kedua bahu pasien.
 - 3) Mintalah pasien menggeser tungkai bawah dengan bantuan kedua tangan penolong.
- b. Memiringkan Pasien
 - 1) Anjurkan pasien mengangkat kepala. Lalu bantu pasien untuk miring dengan memegang sisi tubuh yang sehat secara bersamaan.
 - 2) Tekuk kaki yang sehat, bila perlu dengan memegang kaki.
 - 3) Pertahankan tubuh pasien saat memiringkan dari belakang ke samping.
- c. Mengubah Posisi Miring ke Duduk di Samping Tempat Tidur
 - 1) Gunakan satu tangan untuk merangkul tungkai dan menarik kaki turun dari tempat tidur. Gunakan tangan lainnya untuk merangkul leher dan bahu dari arah yang lemah.

- 2) Bantu pasien duduk di tempat tidur.
 - 3) Latih keseimbangan duduk pasien dengan cara meminta pasien menekan tempat tidur dengan menggunakan tangan yang sehat.
 - 4) Tuntun tubuh pasien ke arah kanan dan kiri sampai pasien tampak memiliki keseimbangan dalam posisi duduk.
- d. Memindahkan Pasien ke Kursi Roda
- 1) Mintalah pasien meletakkan tangan yang sehat di bahu penolong. Mintalah pasien menundukkan kepala ke arah bahu perawat.
 - 2) Jepit kaki pasien yang lemah.
 - 3) Letakkan tangan pada scapula dan tangan lainnya pada panggul pasien.
 - 4) Bantu pasien berdiri perlahan dan arahkan menuju kursi roda.
- e. Melatih Pasien Berjalan
- 1) Berdirilah di samping pasien pada sisi yang lemah, jika pada level 7. Mulai lakukan latihan berjalan.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Rehabilitasi

Menurut Kartika, (2020) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Rehabilitasi yaitu:

a. Usia

Usia merupakan faktor penting dalam rehabilitasi karena mempengaruhi respons tubuh terhadap terapi dan kemampuan untuk memulihkan fungsi yang terganggu. Biasanya, individu yang lebih muda memiliki lebih banyak cadangan fisik dan mental untuk pulih secara lebih baik.

b. Jenis Kelamin

Ada perbedaan dalam hasil rehabilitasi antara pria dan wanita. Misalnya, pada beberapa kondisi, wanita cenderung memiliki hasil yang lebih baik dalam hal kualitas hidup, sementara

pada kasus lain, pria mungkin lebih responsif terhadap terapi tertentu.

c. Pendidikan dan Pekerjaan

Tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan dapat mempengaruhi aksesibilitas dan partisipasi dalam program rehabilitasi. Individu dengan pendidikan tinggi mungkin memiliki pemahaman yang lebih baik tentang manfaat rehabilitasi dan dapat lebih aktif dalam mengambil bagian dalam program tersebut.

d. Depresi

Kesehatan mental, terutama depresi, sering kali menjadi masalah yang perlu ditangani dalam rehabilitasi. Depresi dapat mengurangi motivasi dan kemampuan untuk berpartisipasi dalam sesi rehabilitasi, yang pada gilirannya dapat memperlambat proses pemulihan.

e. Motivasi dan Dukungan Keluarga

Tingkat motivasi pasien untuk pulih dan dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga dan teman-teman sangat penting dalam kesuksesan rehabilitasi. Motivasi yang tinggi dapat meningkatkan ketaatan terhadap program rehabilitasi, sedangkan dukungan keluarga dapat memberikan dorongan emosional dan praktis.

f. Afasia

Afasia adalah gangguan bahasa yang disebabkan oleh kerusakan pada area otak yang mengontrol bahasa, dapat mempersulit proses rehabilitasi bahasa dan komunikasi. Terapi khusus dan pendekatan yang disesuaikan diperlukan untuk membantu pasien memulihkan kemampuan berkomunikasi

g. Penyakit Komorbid

Keberadaan penyakit lain selain kondisi utama yang memerlukan rehabilitasi dapat mempersulit proses rehabilitasi. Penanganan komorbiditas secara holistik penting untuk memastikan pemulihan yang optimal.

h. Waktu Memulai Rehabilitasi

Waktu awal memulai program rehabilitasi setelah timbulnya kondisi yang memerlukan rehabilitasi dapat mempengaruhi tingkat pemulihan. Semakin cepat intervensi dimulai, semakin baik prospek pemulihan dan perbaikan fungsi. Pemahaman mendalam tentang faktor-faktor ini membantu para profesional kesehatan merancang program rehabilitasi yang sesuai dan efektif untuk setiap pasien.

C. Tinjauan Umum Tentang Kolaborasi/Kerjasama

1. Pengertian

Secara umum, kolaborasi adalah adanya pola dan bentuk hubungan yang dilakukan antar individu ataupun organisasi yang berkeinginan untuk saling berbagi, saling berpartisipasi secara penuh, dan saling menyetujui atau bersepakat untuk melakukan tindakan bersama dengan cara berbagi informasi, berbagi sumber daya, berbagi manfaat, dan berbagi tanggung jawab dalam pengambilan keputusan bersama untuk menggapai sebuah cita-cita untuk mencapai tujuan bersama ataupun untuk menyelesaikan berbagai masalah yang dihadapi oleh mereka yang berkolaborasi (Sarifudin et al., 2023).

Kolaborasi adalah suatu proses interaksi yang kompleks dan beragam, yang melibatkan beberapa orang untuk bekerja sama dengan menggabungkan pemikiran secara berkesinambungan dalam menyikapi suatu hal dimana setiap pihak yang terlibat saling ketergantungan di dalamnya (Ramdani et al., 2020).

2. Tujuan Kolaborasi

Menurut Thistlethwaite, (2012) Ada beberapa tujuan kolaborasi yaitu:

- a. Meningkatkan Kualitas Perawatan yaitu kolaborasi antar profesional kesehatan dapat meningkatkan kualitas perawatan pasien melalui penggabungan pengetahuan dan keahlian yang beragam.
- b. Efisiensi dan Efektivitas yaitu memastikan penggunaan sumber daya secara efisien dan memberikan perawatan yang lebih efektif.
- c. Mengurangi Kesalahan Medis yaitu memperbaiki komunikasi antar anggota tim kesehatan untuk mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien.
- d. Perawatan Pasien yang Terintegrasi yaitu memberikan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi dengan mengintegrasikan berbagai aspek dari kesehatan pasien.
- e. Peningkatan Kepuasan Pasien yaitu meningkatkan kepuasan pasien melalui perawatan yang lebih holistik dan responsif terhadap kebutuhan mereka.

3. Pentingnya Kolaborasi dalam Rehabilitasi Pasca Stroke

Kolaborasi yang efektif antara berbagai profesional kesehatan sangat penting dalam proses rehabilitasi, memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang holistik dan terkoordinasi, yang dapat meningkatkan hasil pemulihan. Rehabilitasi sering kali memerlukan keterlibatan berbagai profesional kesehatan seperti dokter, fisioterapis, terapis okupasi, psikolog, dan pekerja sosial, memungkinkan perawatan yang komprehensif dengan setiap profesional memberikan kontribusi keahlian khusus mereka (Larsen, 2019).

Koordinasi yang baik antara tim rehabilitasi membantu memastikan semua aspek perawatan pasien dipertimbangkan dan tidak ada intervensi yang bertentangan, serta menghindari duplikasi usaha dan memastikan perawatan diberikan secara efisien dan tepat waktu (Margalina, 2019).

Selain perawatan medis dan fisik, rehabilitasi juga sering memerlukan dukungan psikososial untuk membantu pasien mengatasi stres emosional dan sosial yang terkait dengan kondisi mereka, dengan kolaborasi antara psikolog, pekerja sosial, dan terapis lainnya yang sangat penting untuk memberikan dukungan yang diperlukan bagi pasien dan keluarga mereka (Larsen, 2019).

Kolaborasi memungkinkan tim rehabilitasi mengembangkan rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan unik setiap pasien, menetapkan tujuan yang realistis dan strategi intervensi yang efektif, yang dapat ditinjau dan disesuaikan secara berkala berdasarkan kemajuan pasien (Vasilica, 2019). Selain itu, kolaborasi dalam rehabilitasi juga mencakup pendidikan dan pelatihan pasien serta keluarga mereka tentang kondisi mereka, perawatan yang diperlukan, dan cara-cara untuk mendukung proses pemulihan, membantu pasien menjadi lebih mandiri dan aktif dalam manajemen kondisi mereka (Larsen, 2019).

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi

Menurut Palareti et al., (2019) Faktor-Faktor yang mempengaruhi kolaborasi antara lain:

a. Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang efektif antara tim medis, pasien, dan *caregiver* adalah kunci dalam kolaborasi rehabilitasi pasca stroke. Memastikan bahwa semua pihak memiliki pemahaman yang sama tentang rencana perawatan, tujuan rehabilitasi, dan evaluasi progres pasien sangat penting. Komunikasi yang

terbuka juga membantu mengidentifikasi perubahan kondisi pasien dengan cepat, memfasilitasi penyesuaian rencana perawatan yang tepat waktu, dan mencegah miskomunikasi yang bisa mempengaruhi hasil rehabilitasi.

b. Pendidikan dan Pengetahuan

Tingkat pendidikan dan pengetahuan *caregiver* tentang stroke, serta keterampilan dalam teknik perawatan yang diperlukan, berpengaruh langsung pada kolaborasi dengan tim medis. Dengan pemahaman yang baik tentang kondisi pasien dan proses rehabilitasi, *caregiver* dapat memberikan perawatan yang lebih terinformasi dan terkoordinasi, serta berpartisipasi secara aktif dalam pengambilan keputusan perawatan.

c. Dukungan Emosional

Keterlibatan emosional *caregiver* tidak hanya mendukung pasien secara psikologis, tetapi juga mempengaruhi motivasi pasien dalam mengikuti program rehabilitasi. Dukungan emosional yang positif dapat membangun hubungan percaya diri antara pasien dan *caregiver*, mendorong pasien untuk terlibat lebih aktif dalam proses pemulihan mereka.

d. Keterlibatan Pasien

Partisipasi aktif pasien dalam rencana perawatan dan rehabilitasi mereka sendiri sangat penting. Pasien yang terlibat aktif cenderung lebih disiplin dalam mengikuti program rehabilitasi, mematuhi instruksi medis, dan mencapai hasil yang lebih baik dalam jangka panjang.

e. Koordinasi Perawatan

Koordinasi yang baik antara tim perawatan medis dan *caregiver* membantu memastikan bahwa semua aspek perawatan, termasuk terapi fisik, terapi wicara, dan terapi okupasi, berjalan secara terintegrasi. Koordinasi yang efektif

meminimalkan potensi kesalahan dalam perawatan, meningkatkan efisiensi waktu, dan memastikan perawatan yang konsisten dan holistik bagi pasien.

f. Faktor Ekonomi

Kemampuan *caregiver* untuk mengakses layanan kesehatan dan mendukung kebutuhan finansial pasien juga mempengaruhi kolaborasi dalam rehabilitasi pasca stroke. Masalah ekonomi dapat menjadi hambatan bagi aksesibilitas perawatan yang tepat waktu dan komprehensif, serta penggunaan peralatan rehabilitasi yang diperlukan untuk pemulihan optimal pasien.

g. Dukungan Sosial dan Komunitas

Dukungan dari keluarga, teman, dan komunitas memainkan peran penting dalam mendukung *caregiver* dan pasien selama proses rehabilitasi. Lingkungan sosial yang positif tidak hanya memberikan dukungan emosional tambahan, tetapi juga mendorong keterlibatan aktif dalam kegiatan rehabilitasi, meningkatkan motivasi, dan mempercepat pemulihan.

D. Tinjauan Khusus Tentang *Caregiver*

1. Pengertian *Caregiver*

Caregiver adalah seseorang yang membantu orang-orang cacat yang membutuhkan pertolongan karena penyakit dan keterbatasannya (Julianti, 2021).

Pengasuh adalah penyedia layanan kesehatan untuk anak-anak, orang dewasa, dan orang lanjut usia dengan disabilitas fisik atau psikologis kronis. *Caregiver* yang mempunyai hubungan kekerabatan dengan orang yang menerima pertolongan sering disebut dengan *family caregiver* (Monteith & Ford-Gilboe, 2019).

Gangguan stroke sebagian (partial stroke) membuat keterlibatan terhadap keluarga untuk melakukan perawatan kepada pasien stroke, seperti membantu Aktivitas Kehidupan Sehari-hari memberi dukungan untuk mengurangi emosional pasien dan dalam menjalani rehabilitasi sehingga diperlukan adanya *family caregiver* (Caro et al., 2019).

Family caregiver merupakan orang yang selalu mendampingi, menemani, dan akan disamping pasien selama 24 jam, perannya ini untuk membantu pengobatan serta penyembuhan baik pada segi psikologis, emosi, sosial, fisik serta spiritual (Naylor et al., 2019).

2. Jenis-Jenis *Caregiver*

Menurut (Schulz & Martire, 2019) Jenis-jenis *Caregiver* antara lain:

a. Pengasuh keluarga (*Family Caregiver*)

Pengasuh keluarga adalah anggota keluarga yang secara sukarela mengambil tanggung jawab merawat kerabat yang membutuhkan bantuan. Mereka mungkin merawat orang tua lanjut usia, pasangan yang sakit, atau anak dengan kebutuhan khusus. Pengasuh keluarga sering kali harus menyeimbangkan peran ini dengan tanggung jawab pribadi dan pekerjaan mereka sendiri, sehingga memerlukan dukungan emosional dan praktis dari anggota keluarga lainnya atau komunitas.

b. Pengasuh profesional (*Professional Caregiver*)

Pengasuh profesional adalah individu yang telah mendapatkan pelatihan khusus dan bekerja sebagai tenaga perawatan dengan menerima bayaran. Mereka bisa bekerja di berbagai lingkungan seperti rumah pribadi, rumah sakit, atau panti jompo. Pengasuh profesional biasanya memiliki sertifikasi atau kualifikasi tertentu yang memungkinkan mereka untuk melakukan tugas-tugas medis dasar dan perawatan sehari-hari.

c. Pengasuh Informal (*Informal Caregiver*)

Pengasuh informal biasanya terdiri dari teman, tetangga, atau anggota komunitas yang secara sukarela memberikan bantuan perawatan tanpa pelatihan formal atau kompensasi. Mereka sering membantu dalam tugas-tugas harian seperti belanja, membersihkan rumah, atau menemani ke janji medis. Meskipun tidak memiliki pelatihan khusus, kehadiran dan dukungan mereka sangat berharga bagi penerima perawatan.

d. Pengasuh utama (*Primary Caregiver*)

Pengasuh utama adalah orang yang mengambil tanggung jawab penuh atas perawatan sehari-hari seseorang yang membutuhkan. Mereka mengatur segala sesuatu mulai dari manajemen obat-obatan, janji temu medis, hingga aktivitas sehari-hari seperti makan dan kebersihan diri.

e. Pengasuh sekunder (*Secondary Caregiver*)

Pengasuh sekunder adalah individu yang mendukung pengasuh utama dengan mengambil alih beberapa tugas atau tanggung jawab perawatan. Mereka memberikan bantuan tambahan yang memungkinkan pengasuh utama untuk beristirahat atau fokus pada aspek lain dari kehidupan mereka.

f. Pengasuh relawan (*Volunteer Caregiver*)

Pengasuh relawan adalah individu yang memberikan perawatan tanpa menerima kompensasi finansial. Mereka biasanya bekerja melalui organisasi nirlaba, kelompok keagamaan, atau komunitas untuk membantu mereka yang membutuhkan. Meskipun mereka tidak dibayar, kontribusi mereka sangat berharga karena mereka membantu meringankan beban bagi keluarga dan pengasuh utama.

g. Pengasuh tinggal (*Live-in Caregiver*)

Pengasuh tinggal adalah mereka yang tinggal di rumah penerima perawatan dan memberikan bantuan selama 24 jam sehari. Pengaturan ini umum bagi individu yang membutuhkan pengawasan atau bantuan terus-menerus, seperti lansia dengan demensia atau individu dengan disabilitas berat.

h. Pengasuh respite (*Respite Caregiver*)

Pengasuh respite adalah individu yang memberikan perawatan sementara untuk memungkinkan pengasuh utama beristirahat. Peran ini sangat penting untuk mencegah kelelahan dan memberi pengasuh utama kesempatan untuk merawat diri mereka sendiri. Respite care dapat diberikan di rumah penerima perawatan, di fasilitas khusus, atau melalui program komunitas.

i. Pengasuh spesialis (*Specialized Caregiver*)

Pengasuh spesialis memiliki pelatihan khusus untuk merawat individu dengan kondisi kesehatan tertentu, seperti demensia, penyakit Alzheimer, atau disabilitas perkembangan. Mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menangani kebutuhan unik yang berkaitan dengan kondisi tersebut

3. Peran *Caregiver*

Menurut Pinguart & Sorensen, (2019). peran *caregiver* antara lain:

a. Memberikan Dukungan Fisik

Sebagai *caregiver*, peran utama adalah memberikan dukungan fisik kepada penerima perawatan. Ini mencakup membantu dengan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, dan makan. Selain itu, mereka juga bertanggung jawab untuk memastikan mobilitas yang aman dan memberikan

perawatan medis dasar seperti pengaturan obat-obatan dan pemantauan kondisi kesehatan secara rutin.

b. Memberikan Dukungan Emosional

Dalam perannya sebagai *caregiver*, penting untuk menyediakan dukungan emosional yang mendalam bagi penerima perawatan. Ini meliputi memberikan pendampingan secara moral, mendengarkan dengan penuh perhatian, dan menciptakan lingkungan yang aman untuk berbagi perasaan dan pengalaman. Dukungan emosional ini tidak hanya membantu mengurangi stres dan kecemasan penerima perawatan, tetapi juga membangun ikatan emosional yang kuat antara *caregiver* dan penerima perawatan, memberikan mereka rasa kepercayaan dan dukungan yang berkelanjutan.

c. Mengelola Kesehatan dan Perawatan Medis

Sebagai pengelola perawatan medis, *caregiver* bertanggung jawab untuk mengoordinasikan semua aspek perawatan kesehatan penerima perawatan. Mereka menjadwalkan dan menghadiri janji temu medis, mengurus resep obat-obatan, dan memastikan penerima perawatan mengikuti instruksi medis dengan tepat. Selain itu, mereka berperan sebagai perantara antara penerima perawatan dan tim medis, memastikan bahwa semua informasi kesehatan yang relevan dipertukarkan dan dipahami dengan baik oleh semua pihak terlibat.

d. Menjaga Kebersihan dan Keamanan

Salah satu tugas penting *caregiver* adalah menjaga lingkungan penerima perawatan tetap bersih, aman, dan bebas dari bahaya. Mereka melakukan tugas-tugas seperti membersihkan rumah, mengelola limbah medis, dan menata ulang ruang agar sesuai dengan kebutuhan penerima perawatan.

Selain itu, mereka memastikan bahwa semua peralatan medis digunakan dengan aman dan efektif, serta menyediakan bantuan dengan kebersihan pribadi untuk menjaga kesehatan dan kenyamanan sehari-hari.

e. Memberikan Dukungan Finansial dan Administratif

Sebagai pengurus administratif, *caregiver* membantu mengelola urusan keuangan penerima perawatan, termasuk membayar tagihan, mengatur asuransi kesehatan, dan mengelola dokumen penting lainnya. Mereka juga bertindak sebagai advokat penerima perawatan dalam mengurus masalah hukum atau administratif yang terkait dengan kebutuhan perawatan mereka.

f. Memberikan Edukasi dan Informasi

Sebagai sumber informasi utama, *caregiver* berperan dalam memberikan edukasi tentang kondisi kesehatan penerima perawatan, perawatan yang diperlukan, dan sumber daya yang tersedia. Mereka menyediakan penjelasan yang jelas dan dukungan untuk membantu penerima perawatan dan keluarga mereka memahami kondisi medis serta membuat keputusan perawatan yang informasi.

g. Memberikan Dukungan Sosial

Salah satu aspek penting dari peran *caregiver* adalah menyediakan dukungan sosial yang diperlukan untuk menjaga kesejahteraan sosial dan emosional penerima perawatan. Mereka membantu menjaga hubungan sosial penerima perawatan dengan orang lain, mengatur kunjungan dari keluarga dan teman, serta memfasilitasi partisipasi dalam kegiatan sosial atau komunitas. Dengan memfasilitasi hubungan sosial yang sehat, *caregiver* membantu mengurangi isolasi sosial dan meningkatkan kualitas hidup penerima perawatan.

E. Tingkat Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan atau Knowledge merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Pancaindra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatann (Ridwan et al., 2021).

Pada umumnya, pengetahuan sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, yang diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seorang yang pendidikan rendah mutlak pengetahuannya juga rendah. Hal ini mengingatkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak dipengaruhi oleh pendidikan formal saja, akan tetapi diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (Revita et al., 2023).

Dengan demikian, pengetahuan seorang *caregiver* tentang perawatan pasien stroke juga sangat berpengaruh terhadap kemampuan mereka dalam memberikan perawatan yang efektif. *Caregiver* yang telah menerima edukasi dan pelatihan khusus tentang stroke dan perawatannya lebih mampu memberikan perawatan yang berkualitas. Pelatihan ini biasanya mencakup

pengetahuan tentang kondisi medis, teknik-teknik perawatan, penggunaan alat bantu, serta cara menangani komplikasi yang mungkin timbul. Pemahaman yang baik tentang gejala-gejala stroke dan potensi komplikasi memungkinkan *caregiver* untuk lebih cepat merespons dan mengambil tindakan yang tepat. Selain itu, akses terhadap informasi yang tepat dan terkini mengenai stroke sangat penting bagi *caregiver*.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Novita Sari, (2020) Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan antara lain:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini yaitu mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai sesuatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode dan prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian - penilaian itu berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan menurut (Alves & Pinheiro, 2022) yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan diluar sekolah (baik formal maupun non formal), berlangsung seumur hidup. Pendidikan merupakan sebuah proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah orang tersebut menerima informasi.

b. Informasi

Informasi/media massa merupakan sesuatu yang dapat diketahui, namun ada pula yang menekankan informasi sebagai transfer pengetahuan. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (immediate impact) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan tanpa melalui penalaran baik atau buruk, akan menambah pengetahuan walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk

kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan merupakan segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional, serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin bertambah pula daya tangkap dan pola pikir sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan untuk menyesuaikan diri menuju usia tua. Pada usia ini kemampuan intelektual,

pemecahan masalah, dan kemampuan verbal hampir tidak ada penurunan.

4. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut (Laili et al., 2021) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan dengan skala yang bersifat kuantitatif, yaitu:

- a. Pengetahuan baik : 76% - 100%
- b. Pengetahuan cukup : 56% - 75%
- c. Pengetahuan kurang : < 56%

F. Dukungan Keluarga

1. Defenisi Keluarga

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) keluarga digambarkan sebagai unit terkecil dalam populasi, yang terdiri dari berbagai macam orang. Istri dan anak, atau ayah dan anak (duda), atau ibu dan anak (janda), membentuk kelompok pertemanan. Ketika seorang anak perlu mengikuti kegiatan kehidupan sehari-hari yang wajib, seperti bersekolah di kota lain atau tinggal di tambak atau wisma, mayoritas masyarakat tinggal dalam satu rumah dan/atau lokasi serupa lainnya.

Menurut Wardah Nuroniyah, (2023) Keluarga adalah sekelompok kecil orang yang tinggal di satu tempat dan selalu berhubungan karena perkawinan, darah, kelahiran, atau faktor lainnya. kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih. Setiap anggota kelompok pasti akan memiliki tugas dan perspektif mereka sendiri yang unik.

Berdasarkan tinjauan teori diatas penulis menyimpulkan bahwa keluarga adalah bagian unit terkecil dari masarakat. Keluarga ialah sekumpulan dua orang yang terdiri dari suami istri dan anak-anaknya yang secara sah dihubungkan dalam ikatan pernikahan

untuk hidup bersama. Dengan setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing.

2. Fungsi Keluarga

Ada beberapa fungsi keluarga menurut (Musyarofah, 2021) adalah sebagai berikut:

a. Fungsi Afektif dan Koping

Fungsi afektif yaitu dimana dalam suatu rumah tangga saling mengasuh dan memberikan cinta, fungsi emosional sangat berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Penuh emosi dan kemampuan beradaptasi dimana keluarga dengan penuh semangat menghibur individu, membantu dalam pengembangan kepribadian dan mendukungnya di saat-saat sulit.

b. Fungsi Sosialisasi

Sebagai sebuah kolektif, kelompok ini menegaskan kepercayaan, kesetiaan, kesetaraan, dan sistem timbal balik sambil memberikan saran dan dukungan untuk menyelesaikan masalah apapun.

c. Fungsi Reproduksi

keluarga berperan memperbanyak garis keturunan dengan Dalam hal ini fungsi ekonomi pada keluarga yaitu untuk memenuhi segala kebutuhan finansial seluruh anggota keluarga misalnya untuk pemenuhan kebutuhan pangan, sandang, dan papan.

d. Fungsi Pemeliharaan

Kesehatan Keluarga juga memegang peranan penting dalam pelaksanaan praktik kesehatan, yaitu dengan mengurus masalah kesehatan atau anggota keluarga, pada saat sakit maka kemampuan keluarga dalam memberikan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi kesehatan keluarga.

3. Defenisi Dukungan keluarga

Istilah dukungan keluarga mengacu pada seperangkat hubungan interpersonal yang mencakup aspek informasi, emosional, fungsional, dan evaluatif. Dengan demikian, dukungan keluarga adalah jenis hubungan interpersonal yang mencakup sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota kelompok, yang memastikan bahwa setiap anggota merasa dihargai. Dalam sebuah kelompok, mereka yang mendukung cenderung memiliki keadaan yang lebih baik dari mereka yang tidak mendukung dan tidak memiliki keadaan yang sama (Friedman, 2013).

Menurut Isnaeni (2018) Dukungan keluarga adalah suatu pemberian yang dapat diberikan kepada anggota kelompok lain dalam bentuk barang, informasi, saran, dan nasehat yang dapat membuat penerimanya merasa dihargai, dihormati, dan dihargai secara adil. Ekosistem ini terdiri dari kekompakan kelompok, tindakan, dan advokasi yang berfokus pada pasien. Mereka yang ada di dalam kelompok memahami bahwa mereka yang mendukung selalu berusaha keras untuk memberikan setiap kebutuhan yang diperlukan.

Berdasarkan teori diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa dukungan keluarga ialah suatu bentuk perhatian yang diberikan oleh keluarga untuk anggota keluarga lainnya. Dukungan yang diberi seperti dalam bentuk dukungan materi maupun yang lainnya sehingga anggota keluarga yang menerima dukungan merasa diperhatikan. Setiap anggota keluarga diharapkan dapat selalu berinteraksi dan selalu membantu ketika anggota lainnya mengalami kesulitan agar menciptakan suatu keluarga yang harmonis.

4. Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga adalah sumber dukungan sosial bagi keluarga, yang dapat berupa dukungan sosial dalam keluarga, misalnya dukungan pasangan dan dukungan anak cucu, maupun dalam memenuhi kebutuhan, misalnya memasak (menyiapkan makanan) atau dukungan sosial non-keluarga, seperti kerabat, dan dukungan pendapatan non-keluarga dan dukungan keluarga (Friedman, 2013).

Menurut surharyanto (2019) Sumber dukungan keluarga adalah sumber dukungan sosial bagi keluarga, yang dapat berupa dukungan sosial dalam keluarga, misalnya dukungan pasangan dan dukungan anak cucu, maupun dalam memenuhi kebutuhan, misalnya memasak (menyiapkan makanan) atau dukungan sosial non-keluarga, seperti kerabat, dan dukungan pendapatan non-keluarga dan dukungan keluarga

5. Bentuk Dukungan Keluarga Pada Pasien Stroke

Menurut Fiscarina et al., (2023) membagi bentuk dukungan keluarga menjadi empat dukungan yakni sebagai berikut:

a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan pemberian tempat yang aman dan tentram bagi keluarga agar beristirahat dan memulihkan diri serta berdampak pada pengendalian emosi. Perspektif emosional dihubungkan kembali, menghadirkan kehangatan, kepercayaan, perhatian, penyelarasan, dan mendengarkan sebagai kerangka kerja. Punggung yang antusias mencakup ekspresi cinta, perhatian, dukungan, kehangatan pribadi, penghargaan, atau dukungan yang antusias.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah ketika seorang anggota keluarga memberikan bantuan yang positif dan praktis, seperti kebutuhan finansial, makanan, minuman, dan istirahat.

c. Dukungan Informasional

Dukungan informasional berarti kelompok berperan sebagai sumber informasi, memberikan penjelasan berupa bimbingan, anjuran, dan pengetahuan yang berguna dalam mengungkap suatu masalah untuk diketahui. Bagian ini memberikan bantuan berupa saran, masukan, saran, arahan, dan informasi lainnya.

d. Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Apresiasi atau dukungan evaluasi, dimana keluarga berfungsi sebagai pemandu dan penengah dalam penyelesaian setiap masalah, sebagai sumber dan keabsahan identitas anggota keluarga, seperti menawarkan dukungan, penghargaan, dan perhatian.

Adapun dukungan keluarga menurut Indrayani (2013) membagi dukungan keluarga menjadi 3 jenis, yaitu:

1) Dukungan Fisiologis

Dukungan fisiologis adalah dalam bentuk bantuan dalam latihan dasar sehari-hari, seperti mencuci, merencanakan makanan, memperhatikan makanan, ke toilet, memberikan tempat atau ruangan khusus, merawat seseorang ketika mereka lemah, membantu dalam latihan fisik setuju untuk kapasitas seperti akrobatik, membuat lingkungan yang kondusif, aman.

2) Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis menawarkan setiap keluarga perawatan dan kasih sayang individu, memberikan rasa

aman, mengakui keragaman, dan menyatukan mereka secara harmonis. Selain itu, menarik kesimpulan atau melakukan debat, mencurahkan waktu untuk diskusi untuk menjaga komunikasi yang efektif dengan nada suara yang jelas, dan sebagainya.

3) Dukungan Sosial

Orang menerima dukungan sosial dengan mendorong partisipasi dalam aktivitas mental seperti presentasi, pertemuan sosial dan pengorganisasian, serta kemampuan untuk memilih layanan kesehatan berdasarkan preferensi mereka, menjaga hubungan dengan orang lain, dan mengikuti norma yang berlaku.

6. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga pada Pasien Stroke

Menurut Zhang et al., (2022) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi dukungan keluarga yakni sebagai berikut:

a. Faktor Sosio-Demografis

Usia anggota keluarga yang memberikan dukungan bisa sangat mempengaruhi kualitas dan kuantitas bantuan yang mereka dapat berikan. Sebagai contoh, anggota keluarga yang lebih tua mungkin mengalami keterbatasan fisik yang membatasi kemampuan mereka untuk memberikan bantuan fisik yang diperlukan. Selain itu, gender juga berperan, dimana penelitian menunjukkan bahwa perempuan cenderung lebih banyak terlibat dalam peran sebagai *caregiver* dibandingkan laki-laki. Tingkat pendidikan keluarga juga berpengaruh karena keluarga yang lebih terdidik cenderung memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kondisi stroke dan kebutuhan rehabilitasi, yang berdampak pada kualitas dukungan yang diberikan.

b. Faktor Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga sangat mempengaruhi kemampuan mereka untuk memberikan dukungan optimal kepada pasien stroke. Keluarga dengan kondisi ekonomi yang baik biasanya memiliki akses yang lebih baik ke fasilitas medis yang berkualitas dan mampu menyewa bantuan profesional jika diperlukan. Di sisi lain, kewajiban pekerjaan anggota keluarga juga bisa menjadi penghalang dalam memberikan dukungan penuh, karena tuntutan pekerjaan dapat mengurangi waktu dan energi yang bisa dicurahkan untuk merawat pasien.

c. Faktor Psikologis

Kesehatan mental anggota keluarga memainkan peran penting dalam kemampuan mereka memberikan dukungan. Anggota keluarga yang mengalami stres atau kecemasan mungkin kurang efektif dalam memberikan dukungan kepada pasien stroke. Selain itu, tingkat motivasi dan komitmen mereka terhadap peran sebagai *caregiver* juga sangat berpengaruh. Anggota keluarga yang memiliki motivasi tinggi dan komitmen kuat cenderung lebih efektif dalam memberikan dukungan yang dibutuhkan oleh pasien stroke.

d. Faktor Relasional

Kualitas hubungan antara pasien dan anggota keluarga sangat mempengaruhi tingkat dukungan yang diberikan. Hubungan yang harmonis dan kuat antara pasien dan keluarganya cenderung menghasilkan dukungan yang lebih baik dan efektif. Selain itu, dukungan dari jaringan sosial yang lebih luas, termasuk teman dan komunitas, juga sangat membantu. Dukungan ini dapat meringankan beban keluarga inti dan menyediakan bantuan tambahan yang dibutuhkan dalam proses pemulihan pasien.

e. Faktor Pengetahuan dan Keterampilan

Pengetahuan keluarga tentang stroke dan proses rehabilitasi sangat mempengaruhi efektivitas dukungan yang mereka berikan. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kondisi pasien cenderung lebih mampu memberikan dukungan yang tepat dan memadai. Selain itu, pelatihan khusus dalam caregiving dapat meningkatkan keterampilan keluarga dalam merawat pasien, memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dan berkualitas.

f. Faktor Lingkungan

Akses ke layanan kesehatan yang memadai sangat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mendukung pasien stroke. Keluarga yang memiliki akses ke fasilitas kesehatan yang baik dan layanan rehabilitasi yang memadai dapat memberikan dukungan yang lebih efektif kepada pasien. Selain itu, adanya sumber daya komunitas dan kelompok pendukung untuk pasien stroke dan keluarganya juga sangat membantu. Sumber daya ini dapat memperkuat dukungan keluarga dan meningkatkan hasil rehabilitasi pasien.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

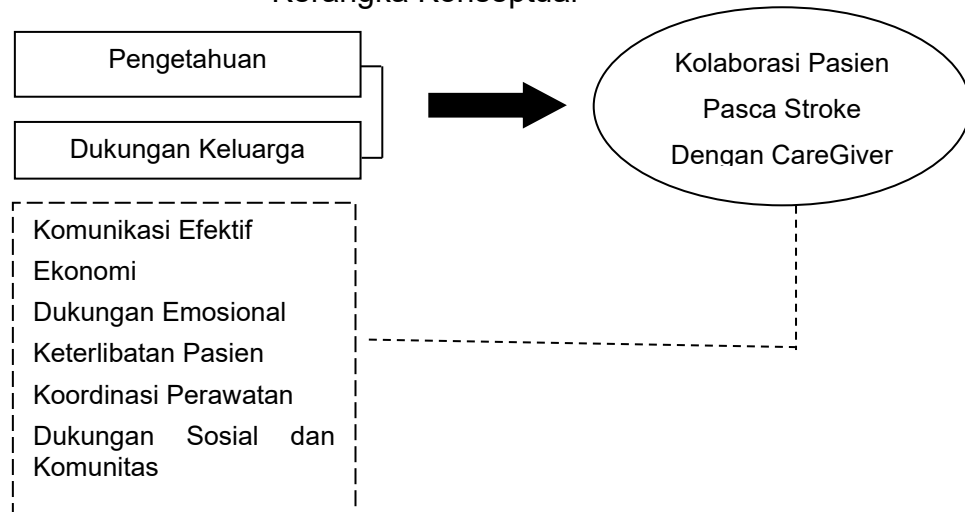
Kolaborasi merupakan suatu bentuk kerjasama antar individu dalam mencapai suatu tujuan. Pada pasien dengan pasca stroke akan melakukan rehabilitasi melalui kolaborasi dengan *caregiver*. Dalam kolaborasi tersebut, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi diantaranya pengetahuan dan Dukungan Keluarga.

Tingkat pendidikan dan pengetahuan *caregiver* tentang stroke, serta keterampilan dalam teknik perawatan yang diperlukan, berpengaruh langsung pada kolaborasi dengan tim medis. Dengan pemahaman yang baik tentang kondisi pasien dan proses rehabilitasi, *caregiver* dapat memberikan perawatan yang lebih terinformasi dan terkoordinasi. Selain itu, kemampuan *caregiver* untuk mengakses layanan kesehatan dan mendukung kebutuhan finansial pasien juga mempengaruhi kolaborasi dalam rehabilitasi pasca stroke.

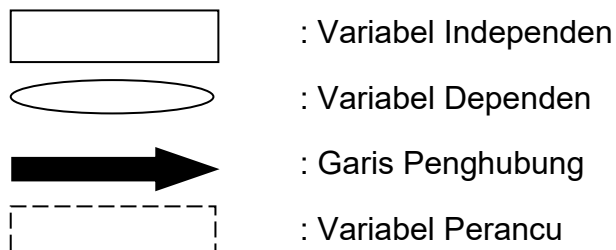
Dukungan keluarga ialah suatu bentuk perhatian yang diberikan oleh keluarga untuk anggota keluarga lainnya. Dukungan yang diberi seperti dalam bentuk dukungan materi maupun yang lainnya sehingga anggota keluarga yang menerima dukungan merasa diperhatikan. Setiap anggota keluarga diharapkan dapat selalu berinteraksi dan selalu membantu ketika anggota lainnya mengalami kesulitan agar menciptakan suatu keluarga yang harmonis.

Berdasarkan penjelasan diatas maka kerangka konseptual dalam penelitian ini disajikan dalam gambar berikut ini.

Gambar 3.1
Kerangka Konseptual



Keterangan:



B. Hipotesis Penelitian

- a. Ada hubungan pengetahuan dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dan *caregiver*.
- b. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dan *caregiver*.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Kerangka Konseptual

NO	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	Variabel Independen Pengetahuan tentang Stroke	Segala sesuatu yang di pahami oleh <i>Caregiver</i> tentang perawatan pasca stroke pada fase rehabilitasi	1. Pengertian 2. Manfaat & tujuan rehabilitasi 3. Mencegah stroke berulang 4. Jenis Latihan	Kuesioner	Ordinal	1. Tinggi: jika total skor 21-26 2. Rendah: jika total skor 13-20
2	Variabel Independen Dukungan Keluarga pada pasien stroke	Sebuah bentuk dukungan yang dilakukan keluarga untuk pasien stroke	1 Dukungan Emosional 2 Dukungan Penghargaan 3 Dukungan Instrumen 4 Dukungan Informasional	Kuesioner	Nominal	1. Baik: jika total skor 39-60 2. Kurang: jika total skor 15-38

3	Variabel Dependen Kolaborasi <i>Caregiver</i> pada pasien Stroke	Suatu bentuk hubungan yang dilakukan oleh <i>Caregiver</i> dengan pasien stroke	1. Memberikan Dukungan Fisik 2. Mengelola Kesehatan Dan Perawatan Medis 3. Menjaga Kebersihan dan Keamanan 4. Memberikan Edukasi dan Informasi	Kuesioner	Nominal	1. Baik apabila skor 16-20 2. Kurang Baik apabila skor 10-15
---	---	--	--	-----------	---------	---

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional study*, yaitu penelitian dan pengukuran variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan, dukungan keluarga, dan kolaborasi pasien pasca stroke dengan *caregiver* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Karena Rumah Sakit Stella Maris Makassar mempunyai unit fisioterapi yang khusus menangani pasien pasca stroke, maka tempat tersebut dipilih sebagai lokasi penelitian karena mudah dijangkau oleh peneliti dan akan memudahkan dalam memperoleh tanggapan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober-Desember 2024.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah pasien-pasien pasca stroke dan *caregiver* yang datang mengikuti terapi di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berjumlah 40 pasien pasca stroke dengan 40 *caregiver*

2. Sampel

Sampel dari penelitian ini diambil dari populasi *caregiver* dan pasien pasca stroke di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Metode sampling yang digunakan yaitu *non probability*

sampling, tepatnya dengan pendekatan *accidental sampling* yang berjumla Pendekatan ini dilakukan dengan memilih sampel berdasarkan kebetulan peneliti temui responden.

Adapun sampel yang dipilih adalah sesuai dengan kriteria berikut ini.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Pasien pasca stroke yang datang dan ditemani *caregiver* dalam menjalani terapi di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- 2) Bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

b. Kriteria Ekslusi

- 1) Pasien Pasca stroke yang datang sendirian dalam menjalani terapi di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar
- 2) Tidak bersedia menjadi partisipan dalam penelitian atau menolak menjadi responden.
- 3) Menghadapi masalah kognitif.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang dipilih oleh peneliti untuk mengumpulkan data yang disesuaikan dengan jenis penelitian yang sedang dilakukan. Dalam hal ini, kuisioner digunakan sebagai instrumen untuk mengumpulkan data.

1. Data Demografi

Pada bagian ini responden wajib mengisi biodata dan beberapa hal yang telah dicantumkan oleh peneliti mulai dari nama dengan mencantumkan inisial, umur, jenis kelamin dan pekerjaan serta alamat.

2. Kuesioner

a. Kuesioner Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan menggunakan kuesioner yang telah disusun oleh peneliti berdasarkan studi literatur. Kuesioner tersebut terdiri dari 13 butir pertanyaan yang memuat 4 komponen yaitu pengertian, manfaat & tujuan, pencegahan, dan jenis latihan pada pasien stroke dan caregiver. Terdapat 2 alternatif jawaban untuk setiap pertanyaan yaitu Ya dan Tidak. Apabila responden menjawab Ya akan diberi skor 2 dan apabila responden menjawab Tidak maka akan diberi skor 1.

Adapun penentuan kategori untuk jumlah skor jawaban responden adalah sebagai berikut.

$$i = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas}}$$

$$i = \frac{26 - 13}{3}$$

$$i = 4,333$$

$$i = 4$$

Maka, kuesioner pengetahuan dikategorikan sebagai berikut:

Tinggi: Jika total skor 21-26

Rendah: Jika total skor 13-20

b. Kusioner Dukungan Keluarga

Pengukuran dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang telah disusun oleh peneliti. Kuesioner ini terdiri dari 15 butir pertanyaan dengan komponen yang dimuat yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasional. Terdapat 4 alternatif jawaban dan skor untuk setiap pertanyaan yaitu 4 apabila sangat setuju, 3 apabila setuju, 2 apabila tidak setuju, dan 1 apabila sangat tidak setuju.

Adapun penentuan kategori dari hasil perhitungan skor adalah sebagai berikut.

$$i = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas}}$$

$$i = \frac{60 - 15}{2}$$

$$i = 22,5$$

$$i = 23$$

Maka, kuesioner dukungan keluarga dikategorikan sebagai berikut:

Baik: Jika total skor 39-60

Kurang: Jika total skor 15-38

3. Kusioner Kolaborasi Fase Rehabilitasi

Untuk mengukur kolaborasi fase peneliti menggunakan kuesioner. Kuesioner terdiri dari 10 butir pertanyaan dengan alternatif jawaban Ya dan Tidak. Apabila responden menjawab Ya maka diberi skor 2 dan apabila responden menjawab Tidak akan diberi skor 1.

Adapun penentuan kategori untuk perhitungan skor adalah sebagai berikut.

$$i = \frac{\text{nilai tertinggi} - \text{nilai terendah}}{\text{banyak kelas}}$$

$$i = \frac{20 - 10}{2}$$

$$i = 5$$

Maka, kuesioner kolaborasi pasien stroke dan *caregiver* dikategorikan sebagai berikut:

Baik: Jika total skor 16-20

Kurang: Jika total skor 10-15

E. Pengumpulan Data dan Prosedur Penelitian

Peneliti awalnya mengajukan permohonan izin penelitian kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar, kemudian dilanjutkan ke lokasi penelitian saat sebelum memulai penelitian. Peneliti memulai penelitian setelah mendapatkan persetujuan dari institusi yang bersangkutan. Dalam pertemuan tatap muka, peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada responden, kemudian meminta persetujuan mereka untuk berpartisipasi sebagai responden dengan meminta mereka mengisi dan menandatangani formulir *informed consent*.

Peneliti kemudian menjelaskan cara mengisi kuesioner yang telah disiapkan. Setelah semua data yang dibutuhkan terkumpul sesuai yang diperlukan, data tersebut kemudian dimasukkan ke dalam aplikasi SPSS *for windows* 26 untuk dikelola dan dilakukan analisa.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Data primer yang dikumpulkan dalam penelitian ini diolah melalui prosedur pengolahan data secara manual dan spss for statistics versi 26 dengan menggunakan prosedur sebagai berikut :

1. Pengolahan data

a. *Editing data*

Editing data adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian lembar kusioner diantaranya identitas responden, kelengkapan lembar kusioner dan kelengkapan isian instrumen sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti.

b. *Coding*

Coding merupakan tahapan memberikan kode terhadap setiap jawaban kusioner ke bentuk yang lebih ringkas untuk mempermudah menganalisis data dan mengelolah data.

c. *Processing*

Processing dilakukan setelah melakukan editing dan coding dimana data proses dengan *meng-entry* data dari instrumen penelitian yang telah dikumpulkan ke dalam master taber atau database komputer menggunakan SPSS for statistics versi 26. Tujuan dilakukan processing adalah agar data yang sudah *di-entry* dapat dianalisis.

d. *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah *di-entry* ke komputer untuk melihat apakah terdapat kesalahan atau tidak seperti adanya *missing*.

G. Etika Penelitian

1. *Informed Consent*

Pasien yang memenuhi kriteria diberikan dokumen persetujuan. Sebelum formulir izin diisi dan ditandatangani sebagai bukti persetujuan responden untuk mengikuti penelitian, peneliti memberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan penelitian dan tindakan selanjutnya.

2. *Anonymity (Tanpa Nama)*

Hal ini dilakukan demi menjaga privasi responden. Alih-alih memberikan nama responden, peneliti menggunakan inisial atau kode untuk mengisi bagian yang kosong.

3. *Autonomy*

Responden tidak dipaksa untuk berpartisipasi dalam penelitian oleh peneliti sebaliknya, peneliti memberikan otonomi penuh kepada mereka untuk mengambil keputusan tersebut.

4. *Confidentiality (Kekerasan)*

Peneliti memastikan bahwa segala informasi yang diberikan responden kepada peneliti mengenai temuan penelitian akan tetap

dirahasiakan dan informasi tersebut hanya digunakan untuk keperluan penelitian.

5. *Beneficence* (Manfaat)

Peneliti berusaha semaksimal mungkin untuk menjamin bahwa setiap tindakan yang dilakukan terhadap responden dilakukan dengan maksud baik.

6. *Justice*

Tanpa membedakan, peneliti memperlakukan semua responden secara setara atau adil.

7. *Veracity*

Manfaat atau maupun potensi konsekuensi dari keikutsertaan dalam penelitian ini dijelaskan secara terbuka oleh peneliti kepada responden.

H. Analisis Data

Dengan menggunakan komputer, data yang dikumpulkan dievaluasi secara statistik dan diperiksa secara analitis. Mengikuti tahapan *editing, coding, processing, cleaning* dan *tabulating*, uji analisis dijalankan dengan dua cara berikut:

1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan pada setiap variabel, antara variabel independent (Pengetahuan dan dukungan keluarga) dan variabel dependen (Kolaborasi Pasien Pasca Stroke Dengan *CareGiver*) Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari setiap variabel yang diteliti menggunakan komputer program SPSS versi 26 for windows.

2. Analisa Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen menggunakan Uji Statistik *Chi-Square* dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,05$. hasil berdasarkan nilai p yaitu:

Dengan interpretasi hasil berdasarkan nilai p yaitu:

- a. Jika nilai $p < \alpha$, artinya ada hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan Kolaborasi Pasien Pasca Stroke Dengan *Caregiver* di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Jika nilai $p \geq \alpha$, artinya tidak ada hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap Pasien Pasca Stroke Dengan *Caregiver* di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Makassar.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini berlangsung dari tanggal 21 Oktober s/d 5 Desember 2024 di Ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Metode yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *probability sampling* dengan pendekatan *accidental sampling*, dimana responden yang diambil oleh peneliti adalah pasien yang bertemu secara langsung dengan peneliti di ruang fisioterapi.

Pengumpulan data menggunakan kuesioner sebagai instrumen pengukuran. Data kemudian diolah menggunakan program *SPSS for Windows versi 26* untuk menganalisis hubungan pengetahuan dan dukungan keluarga dengan kolaborasi pasien pasca stroke dan *caregiver* di ruang fisioterapi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Analisis dilanjutkan dengan uji statistik *Chi-square* dengan nilai signifikansi $\alpha = 0,05$ (5%).

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terletak di Provinsi Sulawesi Selatan, di bawah pengelolaan Yayasan Ratna Miriam yang berada di bawah naungan kongregasi JMJ. Lokasinya berada di Jalan Somba Opu No.273, Maloku, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Didirikan sejak tahun 1939, rumah sakit ini mengusung motto "*Servire in Caritate*" (Melayani dengan Kasih), dan sejak itu telah.

mengalami perkembangan yang signifikan. Visi dan misi RS Stella Maris Makassar adalah sebagai berikut

a. Visi

“Menjadi Rumah Sakit Pilihan yang Profesional dan Terpercaya Dengan Memberikan Pelayanan Yang Terbaik Dalam Semangat Kasih”

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan holistik serta hormat pada martabat manusia.
- 2) Membentuk Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan berbela rasa.
- 3) Membangun jejaring kerjasama dengan berbagai mitra strategis.
- 4) Berinovasi untuk efisiensi dan efektifitas pelayanan

3. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan *caregiver* di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Tinggi	25	75
Rendah	15	25
Total	40	100

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 5.1 mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 40 responden, mayoritas *diperoleh caregiver dengan tingkat pengetahuan tinggi sebanyak 25 (75,0%)*

responden, dan tingkat pengetahuan rendah sebanyak 15 (25%) responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Pasca Stroke di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	28	70
Kurang	12	30
Total	40	100

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 5.2 mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 40 responden, diperoleh pasien dengan dukungan keluarga baik sebanyak 28 (70%) responden dan dukungan keluarga kurang baik sebanyak 12 (30%) responden.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Kolaborasi Fase Rehabilitasi

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan Caregiver di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Kolaborasi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	25	62,5
Kurang	15	37,5
Total	40	100

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 5.3 mendeskripsikan tentang distribusi frekuensi responden berdasarkan kolaborasi fase rehabilitasi pasien

pasca stroke dengan caregiver. Berdasarkan hasil penelitian terhadap 40 responden, diperoleh pasien dengan kolaborasi baik sebanyak 25 (62,5%) responden dan kolaborasi kurang baik sebanyak 15 (37,5%) responden.

4. Analisis Bivariat

- a. Hubungan Pengetahuan dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan *Caregiver*

Tabel 5.4

Analisis Hubungan Pengetahuan dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasce Stroke dengan *Caregiver* di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Pengetahuan	Kolaborasi				Total		p
	Baik		Kurang				
	f	%	f	%	n	%	
Tinggi	25	62,5	5	12,5	30	75	0,000
Rendah	0	0	10	25	10	25	
Total	25	62,5	15	37,5	40	100	

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 5.4 mendeskripsikan hasil uji statistik tentang hubungan pengetahuan dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan tabel 3 x 2 yang dimana jadi tabel 2 x 2 karena ada penggabungan kriteria tinggi dengan sedang yang dibaca pada *Likelihood Ratio* karena jumlah $n = 40$ dan nilai $E < 5 = 3$ cells ($>20\%$). Diperoleh nilai $p = 0,000$ dengan tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ sehingga nilai $p (0,000) < \alpha (0,05)$ artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dan *caregiver*. *Caregiver* dengan pengetahuan yang tinggi cenderung memiliki kolaborasi yang baik dengan *caregiver*, sebaliknya *caregiver* dengan pengetahuan yang rendah cenderung memiliki kolaborasi yang

kurang dengan pasien pasca stroke. Hal ini sesuai data yang menunjukkan bahwa sebanyak 25 (62,5%) responden *caregiver* dengan pengetahuan yang baik memiliki kolaborasi yang baik dan sebanyak 10 (25%) responden dengan pengetahuan yang rendah memiliki kolaborasi yang kurang baik.

Hasil lain dalam penelitian ini yaitu terdapat sebanyak 5 (12,5%) responden dengan pengetahuan yang tinggi memiliki kolaborasi yang kurang.

b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan *Caregiver*

Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasce Stroke dengan *Caregiver* di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar

Dukungan Keluarga	Kolaborasi				Total		ρ
	Baik		Kurang				
	f	%	f	%	n	%	
Baik	25	62,5	3	7,5	28	70	0,000
Kurang	0	0	12	30	12	30	
Total	25	62,5	15	37,5	40	100	

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 5.4 mendeskripsikan hasil uji statistik tentang hubungan dukungan keluarga dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dengan tabel 2 x 2 yang dibaca pada *Fisher Exact Test* karena jumlah $n = 40$ dan nilai $E < 5$ = 1 cell ($>20\%$). Diperoleh nilai $p = 0,000$ dengan tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$ sehingga nilai $p (0,000) < \alpha (0,05)$ artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dan *caregiver*. Pasien dengan dukungan keluarga yang baik cenderung memiliki kolaborasi yang baik sebaliknya pasien dengan dukungan

keluarga yang kurang baik memiliki kolaborasi yang kurang baik pula. Hal ini didukung dengan data yang menunjukkan bahwa sebanyak 25 (62,5%) responden dengan dukungan keluarga yang baik memiliki kolaborasi yang baik dan sebanyak 12 (30%) responden dengan dukungan keluarga yang kurang baik memiliki kolaborasi yang kurang baik.

Hasil lain dalam penelitian ini yaitu terdapat sebanyak 3 (7,5%) responden dengan dukungan keluarga yang baik memiliki kolaborasi yang kurang baik.

B. Pembahasan

1. Hubungan Pengetahuan dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan *Caregiver*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien pasca stroke dan *caregiver* di ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar, pada tanggal 21 Oktober s/d 5 Desember 2024 dengan jumlah responden 40 orang *caregiver* dan pasien pasca stroke yang sedang menjalani terapi stroke, hasil uji chi square didapatkan $p = 0,000$ dengan $\alpha = 0,05$ berarti $p < \alpha$, yang artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver* di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2019), yang menemukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kolaborasi dalam fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver*. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan *caregiver* mengenai kondisi dan terapi pasca stroke sangat mempengaruhi cara mereka berkolaborasi dalam mendampingi pasien selama fase rehabilitasi.

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2018), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan *caregiver* dan kolaborasi

dalam rehabilitasi pasien pasca stroke. Penelitian tersebut berpendapat bahwa meskipun pengetahuan *caregiver* penting, faktor lain seperti pengalaman pribadi, sikap, dan kemampuan emosional dalam merawat pasien pasca stroke lebih mempengaruhi kolaborasi yang terjalin antara *caregiver* dan pasien selama proses rehabilitasi.

Hasil penelitian ini diperkuat bahwa semakin tinggi pengetahuan maka kolaborasi akan semakin baik, yaitu sebanyak 25 (62,5%) *caregiver* memiliki pengetahuan yang baik. Hal ini disebabkan karena *caregiver* yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kondisi pasien pasca stroke dan terapi yang diperlukan lebih mampu memahami langkah-langkah rehabilitasi yang tepat. Mereka juga lebih percaya diri dalam menjalankan tugas, lebih mudah berkomunikasi dengan tenaga medis, dan dapat memberikan dukungan emosional serta fisik yang dibutuhkan pasien selama proses rehabilitasi.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2019), yang menemukan bahwa *caregiver* dengan tingkat pengetahuan yang tinggi lebih efektif dalam mendukung proses rehabilitasi pasien pasca stroke. Lestari menjelaskan bahwa pengetahuan yang memadai membuat *caregiver* lebih memahami prosedur perawatan dan lebih responsif terhadap instruksi medis, sehingga kolaborasi dengan tenaga medis menjadi lebih baik.

Selain itu, hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Darussalam, (2024) yang menunjukkan bahwa ada hubungan *caregiver* yang memiliki pengetahuan baik tentang terapi pasca stroke cenderung lebih aktif dalam berpartisipasi dalam proses rehabilitasi. Darussalam menjelaskan bahwa pengetahuan yang tinggi memungkinkan *caregiver* untuk membantu pasien menjalankan program rehabilitasi secara konsisten, yang

berkontribusi pada keberhasilan terapi dan pemulihan pasien pasca stroke.

Semakin tinggi pengetahuan maka kolaborasi akan semakin baik karena semakin tinggi pengetahuan seorang *caregiver*, maka kolaborasi dalam proses rehabilitasi pasca stroke akan semakin baik. Hal ini terjadi karena pengetahuan memberikan pemahaman utama bagi *caregiver* untuk memahami secara mendalam kondisi pasien dan kebutuhan penanganannya. Ketika *caregiver* memiliki pemahaman yang baik tentang stroke, mereka mampu berkomunikasi lebih efektif dengan tenaga medis, memahami setiap tahapan pemulihan, dan memberikan perawatan yang lebih tepat.

Pengetahuan yang luas membantu *caregiver* mengenali perubahan kondisi pasien, menerapkan teknik rehabilitasi dengan benar, serta memberikan dukungan psikologis yang sesuai. Mereka menjadi lebih percaya diri dalam menghadapi tantangan pemulihan, mampu mengambil inisiatif yang lebih baik, dan bekerja sama dengan tim medis secara lebih bermanfaat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Arifin dan Dwi (2019), ditemukan bahwa *caregiver* yang memiliki pengetahuan yang baik tentang kondisi pasien dan tahapan rehabilitasi cenderung lebih proaktif dalam memberikan perawatan. Mereka mampu mengelola perawatan di rumah dengan lebih efektif, membuat keputusan perawatan yang tepat, dan mendukung pemulihan pasien dengan lebih baik.

Hasil penelitian ini juga ditemukan bahwa semakin rendah pengetahuan maka kolaborasi juga akan kurang dimana diperoleh data 10 (25%) responden. Hasil ini sejalan dengan penelitian Julianti, (2019) ini juga menunjukkan bahwa semakin rendah pengetahuan, maka kolaborasi akan kurang. Data menunjukkan bahwa *caregiver* dengan pengetahuan rendah, cenderung mengalami kesulitan dalam memahami dan melaksanakan langkah-langkah rehabilitasi

yang dianjurkan oleh tenaga medis. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi dan pemahaman tentang pentingnya rehabilitasi pasca stroke, sehingga *caregiver* tidak dapat memberikan dukungan yang optimal kepada pasien dan kurang berkomunikasi secara efektif dengan tenaga medis.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Sari (2018), yang menemukan bahwa *caregiver* dengan tingkat pengetahuan rendah lebih sering mengalami kesulitan dalam mengikuti prosedur rehabilitasi, sehingga kolaborasi yang terjalin menjadi kurang efektif. Sari menjelaskan bahwa keterbatasan pengetahuan menghambat *caregiver* untuk terlibat aktif dalam proses rehabilitasi, yang berdampak pada hasil pemulihan pasien.

Hasil ini sejalan juga dengan penelitian Firman et al., (2023) bahwa kurangnya dukungan keluarga dapat menghambat kolaborasi yang efektif. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kurangnya pemahaman atau pengetahuan dapat menghambat kemampuan individu untuk berkolaborasi secara efektif. Tanpa pengetahuan yang cukup, individu cenderung kesulitan untuk bekerja sama, berbagi informasi, dan mencapai tujuan bersama. Oleh karena itu, pengetahuan yang memadai sangat penting untuk menciptakan kolaborasi yang optimal dalam berbagai konteks.

Namun semakin rendah pengetahuan maka kolaborasi juga akan kurang, semakin rendah pengetahuan seorang *caregiver*, maka kolaborasi dalam proses rehabilitasi pasca stroke akan semakin kurang karena mereka mengalami keterbatasan dasar dalam memahami dan mengelola kondisi pasien. Ketika pengetahuan terbatas, *caregiver* seringkali merasa kebingungan dan tidak yakin dengan tindakan yang harus dilakukan, yang berdampak langsung pada kualitas perawatan.

Rendahnya pengetahuan menyebabkan *caregiver* kesulitan menangkap makna kompleks pemulihan stroke. Mereka mungkin tidak memahami tahapan rehabilitasi, tidak mengenali tanda-tanda perkembangan atau kemunduran kondisi pasien, dan tidak mampu mengimplementasikan teknik penanganan yang tepat. Komunikasi dengan tenaga medis pun menjadi terhambat, karena keterbatasan pemahaman membuat mereka sulit menangkap instruksi dan rekomendasi khusus.

Namun, hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa meskipun tingkat pengetahuan tinggi, kolaborasi tetap kurang pada beberapa *caregiver* dimana diperoleh data 5 (12,5%). Data menunjukkan bahwa faktor kesibukan dan keterbatasan waktu dari *caregiver* menjadi penghambat utama dalam melakukan kolaborasi yang optimal, meskipun mereka memiliki pengetahuan yang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian Teguh (2020), yang menemukan bahwa *caregiver* dengan pengetahuan tinggi tetapi memiliki beban kerja yang berat atau tanggung jawab lain cenderung tidak mampu meluangkan waktu yang cukup untuk mendukung pasien secara optimal. Teguh menjelaskan bahwa faktor eksternal seperti jadwal pekerjaan dan tekanan sosial dapat memengaruhi tingkat kolaborasi *caregiver* dengan tenaga medis meskipun mereka memiliki pengetahuan yang memadai.

Dampak paling nyata terlihat pada interaksi harian dengan pasien. *Caregiver* dengan pengetahuan rendah cenderung memberikan dukungan yang tidak terstruktur, bahkan mungkin tidak sengaja melakukan tindakan yang tidak mendukung bagi proses pemulihan. Mereka kesulitan membaca kebutuhan emosional dan fisik pasien, sehingga kehilangan kesempatan untuk memberikan intervensi yang optimal.

Ketidapahaman ini juga memunculkan rasa ketidakpercayaan diri dan keraguan. *Caregiver* menjadi pasif,

enggan mengambil inisiatif, dan lebih banyak menunggu petunjuk dibandingkan berperan aktif dalam rehabilitasi. Akibatnya, proses pemulihan menjadi lambat, potensi kemandirian pasien tidak tereksplor secara maksimal, dan kualitas kolaborasi antara pasien, *caregiver*, dan tenaga medis menjadi terhambat (Hindriyastuti et al., 2023) dimana hal ini di dukung oleh hasil survei yang melibatkan 40 responden *caregiver* dari pasien pasca stroke. Sebanyak 10 responden (25%) menyatakan bahwa keterbatasan pengetahuan mereka tentang proses rehabilitasi mengakibatkan rasa bingung dan kurang percaya diri dalam pengambilan keputusan. Akibatnya, mereka merasa lebih nyaman menunggu arahan langsung dari tenaga medis tanpa berusaha menggali atau memahami langkah-langkah rehabilitasi yang dapat dilakukan secara mandiri.

Hasil lain juga ditemukan Ariska et al., (2020) Jika seorang *caregiver* memiliki pengetahuan yang baik tetapi kolaborasinya tidak efektif, ini berarti ada faktor lain yang memengaruhi kerja sama mereka. Salah satu penyebabnya bisa jadi adalah komunikasi yang kurang lancar. Meskipun memahami kondisi pasien dan proses rehabilitasi, *caregiver* mungkin kesulitan menyampaikan kebutuhan atau bertanya kepada tenaga medis. Kurangnya rasa percaya diri juga bisa menjadi masalah. *Caregiver* yang takut membuat kesalahan cenderung pasif, meskipun mereka tahu apa yang harus dilakukan.

Berdasarkan penelitian yang berjudul *Pengalaman Caregiver dalam Merawat Pasien Pasca-Stroke di Rumah* oleh Sari , (2018) menggambarkan bahwa *caregiver* dengan pengetahuan terbatas sering kali kesulitan untuk mengimplementasikan teknik perawatan yang tepat. Mereka mungkin tidak memahami bagaimana cara merawat pasien stroke secara optimal, tidak dapat membedakan antara tanda-tanda kemajuan atau kemunduran, dan kesulitan untuk melakukan intervensi yang mendukung proses pemulihan. Dalam

hal ini, komunikasi dengan tenaga medis menjadi terhambat karena *caregiver* yang tidak memahami instruksi medis mungkin akan kesulitan mengikuti saran atau rekomendasi yang diberikan. Hal ini mengarah pada keterbatasan kolaborasi antara *caregiver* dan tenaga medis, yang penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dan berkualitas.

Selain itu, perbedaan harapan antara *caregiver* dan tenaga medis juga dapat menjadi hambatan. Misalnya, jika *caregiver* memiliki pemahaman yang berbeda tentang peran mereka atau apa yang seharusnya dicapai, kerja sama menjadi sulit. Hubungan yang tidak harmonis, seperti kurangnya dukungan atau empati dari tenaga medis, juga bisa membuat kolaborasi menjadi kurang efektif. Faktor lain, seperti keterbatasan waktu, tenaga, atau sumber daya, juga dapat membuat *caregiver* tidak bisa sepenuhnya terlibat dalam rehabilitasi.

Untuk mengatasi masalah ini, *caregiver* perlu dilatih untuk meningkatkan kemampuan komunikasi dan rasa percaya diri. Mereka juga perlu merasa didukung oleh tenaga medis. Diskusi untuk menyamakan harapan dan tujuan sangat penting agar kerja sama lebih baik. Dengan dukungan tambahan, seperti panduan praktis atau alokasi waktu yang cukup, *caregiver* dapat lebih mudah mengaplikasikan pengetahuan mereka. Intinya, pengetahuan saja tidak cukup; faktor lain seperti komunikasi dan hubungan yang baik juga penting untuk mencapai kolaborasi yang maksimal.

Menurut asumsi peneliti, bahwa pengetahuan *caregiver* memiliki peran penting dalam mendukung kolaborasi yang efektif pada fase rehabilitasi pasien pasca stroke. Namun, pengetahuan yang baik saja tidak menjamin keberhasilan kolaborasi jika tidak didukung oleh faktor-faktor lain, seperti kemampuan komunikasi, kepercayaan diri, serta hubungan yang harmonis dengan tenaga medis. Faktor-faktor tersebut dapat menjadi penghalang yang

signifikan, meskipun *caregiver* memiliki pemahaman yang cukup mengenai kondisi pasien dan langkah-langkah rehabilitasi. Kurangnya komunikasi yang efektif, ketidaksesuaian harapan antara *caregiver* dan tenaga medis, serta keterbatasan waktu atau sumber daya dapat melemahkan kualitas kolaborasi yang seharusnya optimal. Oleh karena itu, peneliti berasumsi bahwa untuk meningkatkan efektivitas kolaborasi, diperlukan pendekatan yang holistik dengan memperhatikan aspek interpersonal dan dukungan lingkungan, selain upaya peningkatan pengetahuan *caregiver*. Kolaborasi yang baik tidak hanya bergantung pada apa yang diketahui *caregiver*, tetapi juga bagaimana pengetahuan tersebut dapat diterapkan melalui hubungan yang sinergis dengan tenaga medis dan lingkungan yang mendukung.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan *Caregiver*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien pasca stroke dan *caregiver* di ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar, pada tanggal 21 Oktober s/d 5 Desember 2024 dengan jumlah responden 40 orang *caregiver* dan pasien pasca stroke yang sedang menjalani terapi stroke, hasil uji chi square didapatkan $p=0,000$ dengan $\alpha=0,05$ berarti $p < \alpha$, yang artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver* di Ruang Fisioterapi RS Stella Maris Makassar. Hal ini dikarenakan dukungan keluarga yang baik memainkan peran penting dalam kolaborasi pasien pasca stroke dengan program rehabilitasi. Keterlibatan keluarga dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan pasien dalam menjalani terapi, yang pada akhirnya mempercepat pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Friedman (2013), dukungan keluarga mencakup sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya

yang bermanfaat bagi individu. Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung utama yang memberikan pelayanan langsung dalam keadaan sehat maupun sakit. Dukungan ini dapat berupa dukungan emosional, informasi, instrumental, dan penilaian, yang semuanya berkontribusi pada kesejahteraan individu (Witriastuti et al., 2023).

Hal ini didukung dengan data yang menunjukkan bahwa sebanyak 25 (62,5%) responden dengan dukungan keluarga baik memiliki kolaborasi yang baik dan sebanyak 12 (30%) responden dengan dukungan keluarga kurang baik memiliki kolaborasi yang kurang baik. Selain itu, sebanyak 3 (7,5%) responden dengan dukungan keluarga baik memiliki kolaborasi yang kurang baik.

Hal ini didukung oleh penelitian Putri & Puspitasari, (2024) dalam Jurnal Ilmu Keperawatan, yang mengidentifikasi bahwa dukungan keluarga memiliki peran signifikan dalam meningkatkan kolaborasi dan efektivitas dalam menjalankan aktivitas, terutama dalam konteks kesehatan. Penelitian tersebut menemukan bahwa keluarga yang memberikan dukungan emosional, informasi, dan material yang baik mampu mendorong individu untuk lebih proaktif dan berhasil dalam mencapai tujuan bersama.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian oleh Syelina & Sihura, (2024) menambahkan perspektif penting terkait hubungan antara dukungan keluarga dan kolaborasi. Penelitian tersebut menegaskan bahwa dukungan keluarga yang konsisten tidak hanya memengaruhi aspek emosional individu tetapi juga mendorong penguatan sinergi dalam mencapai tujuan bersama, baik dalam konteks kesehatan maupun aktivitas sosial.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Harras, (2024) yang menyebutkan bahwa meskipun dukungan keluarga penting, kolaborasi yang efektif lebih dipengaruhi oleh faktor eksternal, seperti lingkungan kerja dan sumber daya yang tersedia. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa dukungan keluarga saja

tidak cukup untuk menciptakan kolaborasi yang optimal tanpa adanya intervensi dari pihak luar.

Hasil penelitian ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Prihatin, (2022), yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan signifikan dengan kolaborasi dalam fase rehabilitasi pasien pasca stroke. Lestari menjelaskan bahwa dukungan emosional dan praktis dari keluarga membantu *caregiver* untuk lebih termotivasi dan percaya diri dalam menjalankan tugas perawatan, sehingga kolaborasi dengan tenaga medis berjalan lebih baik.

Selain itu, penelitian ini didukung juga oleh penelitian Nur Firdaus et al., (2020), yang menyatakan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam memfasilitasi keberlanjutan rehabilitasi pasien pasca stroke. Sari mengungkapkan bahwa keluarga yang memberikan dukungan aktif, baik dalam bentuk bantuan fisik maupun emosional, mendorong keterlibatan yang lebih besar antara *caregiver* dan tenaga medis, yang pada akhirnya meningkatkan efektivitas rehabilitasi pasien.

Dari hasil penelitian ini menunjukkan ada hubungan, didapatkan data dukungan keluarga baik dan kolaborasi baik sebanyak 25 (62,5%) responden dimana hal ini mendapatkan dukungan keluarga yang baik, yang sejalan dengan tingkat kolaborasi yang juga baik. Dukungan keluarga yang baik memainkan peran sentral dalam keberhasilan kolaborasi antara pasien pasca stroke dan *caregiver*. Dukungan ini mencakup aspek emosional, fisik, dan sosial yang diberikan keluarga kepada pasien, yang membantu meningkatkan motivasi, kepatuhan, dan hasil kesehatan secara keseluruhan. Ketika keluarga terlibat aktif dalam proses pemulihan, mereka dapat memberikan dorongan moral dan membantu pasien untuk tetap berkomitmen pada jadwal terapi, sehingga meningkatkan efektivitas rehabilitasi.

Terbukti dukungan keluarga kurang dan kolaborasi kurang sebanyak 12 (30%) sesuai dengan penelitian Aryanto et al., (2024) bahwa kurangnya dukungan keluarga dapat menghambat kolaborasi yang efektif. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa tanpa adanya dukungan yang memadai dari keluarga, individu cenderung menghadapi kesulitan dalam berkolaborasi, baik dalam konteks pribadi maupun profesional.

Menurut asumsi peneliti, perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan oleh perbedaan konteks dan fokus penelitian lebih menekankan pada pengaruh faktor eksternal, seperti lingkungan kerja dan sumber daya, yang dianggap memiliki peran dominan dalam menciptakan kolaborasi yang efektif. Sementara itu, penelitian ini lebih menyoroti pentingnya dukungan keluarga sebagai pondasi awal yang memperkuat kepercayaan diri dan stabilitas emosional individu, yang kemudian dapat menjadi dasar untuk membangun kolaborasi yang baik di berbagai situasi.

Peneliti juga berasumsi bahwa dukungan keluarga memiliki peran yang signifikan dalam meningkatkan efektivitas kolaborasi selama fase rehabilitasi pasien stroke. Dukungan keluarga, baik berupa dukungan emosional, fisik, maupun motivasi, dapat memberikan dorongan bagi pasien untuk lebih percaya diri dan konsisten dalam menjalani latihan. Selain itu, keluarga yang aktif mendampingi pasien dapat menjadi jembatan komunikasi antara pasien dan tenaga medis, memastikan bahwa instruksi atau saran medis diikuti dengan tepat. Hal ini menciptakan lingkungan yang mendukung kolaborasi antara pasien, keluarga, dan tim rehabilitasi, sehingga mempercepat pemulihan.

Asumsi ini juga mencerminkan bahwa peran keluarga tidak hanya terbatas pada memberikan kenyamanan emosional, tetapi juga berkontribusi dalam menjaga stabilitas dan keberlanjutan proses rehabilitasi pasien stroke. Dukungan yang optimal dari

keluarga dapat memotivasi pasien untuk menjalani program rehabilitasi dengan lebih tekun dan meningkatkan keberhasilan dalam mencapai target rehabilitasi. Dengan demikian, hasil penelitian ini memberikan perspektif berbeda yang tetap relevan dalam memahami berbagai faktor yang memengaruhi efektivitas kolaborasi.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 40 responden pada tanggal 21 Oktober 2024 sampai tanggal 5 desember 2024 di ruangan fisioterapi RS Stella Maris Makassar tentang “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Dengan *Caregiver* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”, dapat diambil beberapa kesimpulan:

1. Tingkat pengetahuan *caregiver* pada fase rehabilitasi stroke mayoritas pada kategori baik.
2. Dukungan keluarga pada fase rehabilitasi pasca stroke mayoritas pada kategori baik.
3. Kolaborasi *caregiver* dengan pasien pasca stroke mayoritas pada kategori baik.
4. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kolaborasi pada pasien pasca stroke dengan *caregiver* yang menjalani fase rehabilitasi di ruangan Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
5. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kolaborasi pada pasien pasca stroke yang menjalani fase rehabilitasi di ruangan Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

1. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi instansi pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, untuk meningkatkan keberhasilan rehabilitasi pasien stroke melalui edukasi dan pemberdayaan keluarga. Rumah sakit dapat menyelenggarakan penyuluhan dan pelatihan bagi keluarga pasien, melibatkan mereka dalam sesi terapi, serta membangun komunikasi yang baik dengan tim medis.

2. Bagi Caregiver dan Pasien

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi *caregiver* dan pasien dalam memanfaatkan pengetahuan serta dukungan keluarga untuk menciptakan kolaborasi yang efektif selama fase rehabilitasi di rumah sakit. *Caregiver* dapat mengikuti edukasi rumah sakit untuk memahami kondisi pasien dan metode rehabilitasi, sementara keterlibatan aktif keluarga membantu membangun motivasi pasien dan menjaga stabilitas emosional. Pasien juga perlu menerima bantuan keluarga dan tenaga medis untuk menciptakan sinergi positif.

3. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat mendorong perawat untuk memberikan edukasi berkelanjutan kepada *caregiver* mengenai perawatan dan rehabilitasi pasien pasca stroke. Edukasi ini dapat dilakukan melalui pelatihan langsung, pembuatan modul, atau video panduan yang dirancang untuk meningkatkan pemahaman *caregiver*.

4. Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi ilmiah yang relevan dan terkini mengenai pengalaman *caregiver* dan mendampingi pasien pasca stroke, terutama dalam mengelola aktivitas kehidupan sehari-hari pasien. Penelitian ini juga dapat menjadi sumber informasi yang berharga bagi mahasiswa, memberikan wawasan baru dan mendalam mengenai pentingnya kolaborasi antara *caregiver* dan pasien pasca stroke dalam mendukung rehabilitasi pasien pasca stroke.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam melakukan penelitian lebih lanjut dan disarankan untuk peneliti selanjutnya agar meneliti terkait dengan faktor-faktor lain seperti, faktor ekonomi dan faktor komunikasi efektif yang mempengaruhi kolaborasi fase rehabilitasi pasien pasca stroke dengan *caregiver* dengan mempertimbangkan waktu penelitian serta situasi dan kondisi di tempat penelitian untuk dapat memperoleh data secara menyeluruh dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alves, R. B. C., & Pinheiro, P. (2022). Factors Influencing Tacit Knowledge Sharing in Research Groups in Higher Education Institutions. *Administrative Sciences*, 12(3).
<https://doi.org/10.3390/admsci12030089>
- Andayani, P. N. (2023). Neuroplastisitas: Kekuatan Otak untuk Berubah dan Beradaptasi. *Literasi Note*, 1(1), 1–9.
- Anderson, C., & Brown, S. (2023). (2023). Stroke Rehabilitation: A Collaborative Approach Churchill Livingstone. *Jurnal Keperawatan Priority*, 6(2), 74–83.
- Anggraini, M. T. (2022). Hubungan Pengetahuan Dan Lama Merawat Dengan Sikap Keluarga Dalam Merawat Penderita Stroke. *Jurnal Kesehatan*, 15(1), 36–44. <https://doi.org/10.23917/jk.v15i1.16378>
- Ariska, Y. N., Handayani, P. A., & Hartati, E. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Beban Caregiver dalam Merawat Keluarga yang Mengalami Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 52–63.
<https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.52-63>
- Aryanto, T. A., Sulastyawati, S., Pujiastuti, N., & Hidayah, N. (2024). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus. *JUMANTIK (Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan)*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.30829/jumantik.v9i1.16986>
- Ayu Ria Widiani, G., & Mahardika Yasa, I. M. (2023). Korelasi Tingkat Pengetahuan Terhadap Kemampuan Deteksi Dini Gejala Stroke Dengan Sikap Keluarga Terhadap Penanganan Pre Hospital. *Bina Generasi: Jurnal Kesehatan*, 14(2), 25–30.
<https://doi.org/10.35907/bgjk.v14i2.255>
- Brewer, L., Horgan, F., Hickey, A., & Williams, D. (2019). Stroke rehabilitation: Recent advances and future therapies. *QJM: An International Journal of Medicine*, 106(1), 11–25.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcs174>
- Caro, C. C., Costa, J. D., & Da Cruz, D. M. C. (2019). Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational Therapy in Health Care*, 32(2), 154–171.
<https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>
- Darussalam, M. (2024). Hubungan Pengetahuan Terhadap Sikap Family Caregiver dalam Merawat Penderita Stroke di Rumah. *Jurnal Indonesia Sehat*, 3(1), 8–15.
<https://www.jurnal.samodrailmu.org/index.php/jurinse/article/view/187%0Ahttps://www.jurnal.samodrailmu.org/index.php/jurinse/article/download/187/106>

- Dirnagl, U., Iadecola, C., & Moskowitz, M. A. (2019). Pathobiology of ischaemic stroke: An integrated view. *Trends in Neurosciences*, 22(9), 391–397. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(99\)01401-0](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(99)01401-0)
- Duncan, P. W., Horner, R. D., Reker, D. M., Samsa, G. P., Hoenig, H., Hamilton, B., LaClair, B. J., & Dudley, T. K. (2022). Adherence to postacute rehabilitation guidelines is associated with functional recovery in stroke. *Stroke*, 33(1), 167–177. <https://doi.org/10.1161/hs0102.101014>
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Katz, R. C., Lamberty, K., & Reker, D. (2022). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. In *Stroke* (Vol. 36, Issue 9). <https://doi.org/10.1161/01.str.0000180861.54180.ff>
- Ekawati, F. A., Carolina, Y., Sampe, S. A., & Ganut, S. F. (2021). The Efektivitas Perilaku Cerdik dan Patuh untuk Mencegah Stroke Berulang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 118–126. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.530>
- Fauzia, I. E., Ahyana, & Kasih, L. C. (2022). KEPATUHAN REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH. *JIM FKep*, VI, 1–9.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., Fisher, M., Pandian, J., & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- Firman, Syamsiara Nur, & Moh. Aldi SL.Taim. (2023). Analysis of Student Collaboration Skills in Biology Learning. *Diklabio: Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran Biologi*, 7(1), 82–89. <https://doi.org/10.33369/diklabio.7.1.82-89>
- Fiscarina, W., Utomo, W., & Wahyuni, S. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke : Literature Review. *An Idea Nursing Journal*, 2(01), 30–40. <https://doi.org/10.53690/inj.v2i01.128>
- Fransiska, A. dkk. (2021). *POLA HIDUP CERDIK CEGAH STROKE BERULANG*.
- Harras, H. (2024). Dampak Dukungan Pimpinan, Dukungan Rekan Kerja, dan Dukungan Keluarga terhadap Motivasi Kerja Pegawai Bank Panin. *AKADEMIK: Jurnal Mahasiswa Humanis*, 4(2), 638–649. <https://doi.org/10.37481/jmh.v4i2.984>
- Hindriyastuti, S., Arsy, G. R., Wulan, E. S., & Yusianto, W. (2023). Pendampingan Keluarga Sebagai Caregiver Dalam Merawat Pasien

- Stroke Di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Natural: Jurnal Pelaksanaan Pengabdian Bergerak Bersama Masyarakat.*, 1(4), 1–9.
- Ilmya, N., Ningrum, N., Putri, I., & Puspitasari, N. (2024). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Penerapan Pola Hidup Sehat Sebagai Pencegahan Diabetes Melitus T2 Di Indonesia.* 8, 4529–4540.
- J.S. Kim, L.R. Caplan, K. S. W. (2019). *Intracranial Atherosclerosis: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment.*
- Julianti, E. (2019). Pengalaman Caregiver Dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah pada Wilayah Kerja Puskesmas Benda Baru Kota Tangerang Selatan. *Jurnal Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta*, xviii + 100.
- Kartika, A. B. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Kelly, P. J., Furie, K. L., Shafqat, S., Rallis, N., Chang, Y., & Stein, J. (2020). Functional recovery following rehabilitation after hemorrhagic and ischemic stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(7), 968–972. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(03\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(03)00040-6)
- kemkes. (2023). *World Stroke Day 2023, Greater Than Stroke, Kenali dan Kendalikan Stroke.* <https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke> akses 02-nov-23
- Laili, N. F., Restyana, A., Probosiwi, N., Savitri, L., Megasari, E., A, T. S., Sari, E. L., & Maula, L. (2021). Hubungan Tingkat Pengetahuan terhadap Perilaku Swamedikasi Common Cold di Apotek X Kabupaten Nganjuk. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(3), 1164. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v21i3.1720>
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2020). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Larsen, P. D. (2019). *Lubkin's Chronic Illness.*
- Liabeth. (2022). *KARAKTERISTIK FAKTOR RISIKO STROKE HEMORAGIK DAN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUD BEKASI.* 7(8.5.2017). https://www.bing.com/search?pglt=41&q=KARAKTERISTIK+FAKTOR+RISIKO+STROKE+HEMORAGIK+DAN+STROKE+NON+HEMORAGIK+DI+RSUD+BEKASI&cvid=233e14d577ff4dc09e1534ba7ee97fdf&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDM0ODNqMGoxqAIAAsAI&FORM=ANNTA1&PC=ASTS
- Maida, C. D., Norrito, R. L., Daidone, M., Tuttolomondo, A., & Pinto, A. (2020). Neuroinflammatory mechanisms in ischemic stroke: Focus on

cardioembolic stroke, background, and therapeutic approaches. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(18), 1–33. <https://doi.org/10.3390/ijms21186454>

Margalina, Vasilica-Maria, Lavín, J. M. · 2019. (2019). *Management and inter/intra organizational relationship in the textile and Apparel industry*.

Monteith, B., & Ford-Gilboe, M. (2019). The relationships among mother's resilience, family health work, and mother's health-promoting lifestyle practices in families with preschool children. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 383–407. <https://doi.org/10.1177/107484002237514>

Muliati. (2019). Definisi stroke. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 152(3), 28.

Musyarofah. (2021). *JSGA: Journal Studi Gender dan Anak Vol.8, No.2, Juli-December 2021*. 8(2), 1–18.

https://www.bing.com/search?pglt=41&q=Pendidikan+Agama+Sebagai+Dasar+Dalam+Membangun+Ketahanan+Keluarga&cvid=36a7d71e95c34a6fa7ed705e33df32b9&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYODIBCDE2MjNqMGoxqAIA&FORM=ANNTA1&PC=ASTS

Naylor, C., Honea, N. J., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D. B., Somers, S. C., & Northouse, L. L. (2019). Putting Evidence Into Practice®: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 07–516. 10.1188/08.CJON.507-516%5Cn<http://moxy.eclibrary.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=hch&AN=32461805&site=ehost-live&scope=site%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Putting+Evidence+Into+Practice+>

Novita Sari, E. (2020). Novita Sari, Eka. 2020. "Open Acces Acces." *Jurnal Bagus* 02(01): 402–6. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406. <http://jurnalmedikahutama.com>

Nur Firdaus, A. S., Harmayetty, H., & Ni'mah, L. (2020). Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kepatuhan Rehabilitasi Dengan Kemandirian Pasien Pasca Stroke. *Critical Medical and Surgical Nursing Journal*, 9(1), 26. <https://doi.org/10.20473/cmsnj.v9i1.19068>

Nurjaman, mohammad S. (2023). *Gambaran Kekuatan Otot Stroke Hemoragik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Program Studi S1 Keperawatan Garut*.

Nurshiyam, N., Ardi, M., & Basri, M. (2020). Nursing Care in Meeting Physical Mobility Needs Inpatients Non Hemorrhagic Stroke in Rskd Dadi Makassar. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(1), 90. <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1555>

- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., Testa, S., & Tosetto, A. (2016). Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Patikas, D., Wolf, S. I., Mund, K., Armbrust, P., Schuster, W., & Döderlein, L. (2019). Effects of a Postoperative Strength-Training Program on the Walking Ability of Children With Cerebral Palsy: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(5), 619–626. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.01.023>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Prihatin, T. (2022). *STROKE DI WILAYAH DESA TLOGOWULUNG*.
- Putri, T. A. R. K., Fajriane, P. Q., Permana, B., Anggraini, D., & Puspasari, S. (2023). Beban Caregiver Terhadap Kualitas Hidup Keluarga Dengan Pasien Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 19(1), 36. <https://doi.org/10.26753/jikk.v19i1.1084>
- Ramdani, R., Nasution, A. P., Ramanda, P., Sagita, D. D., & Yanizon, A. (2020). Strategi Kolaboratif Dalam Manajemen Pelayanan Bimbingan dan Konseling di Sekolah. *Educational Guidance and Counseling Development Journal*, 11(1), 1–7. <http://journal.stkipmuhammadiyahbarru.ac.id/index.php/jubikops/article/view/14>
- Revita, Y., Marsidin, S., & Sulastri, S. (2023). Peran Bahasa dalam Penerapan Ilmu Pengetahuan. *Journal on Education*, 5(2), 2981–2987. <https://doi.org/10.31004/joe.v5i2.949>
- Ridwan, M., Syukri, A., & Badarussyamsi, B. (2021). Studi Analisis Tentang Makna Pengetahuan Dan Ilmu Pengetahuan Serta Jenis Dan Sumbernya. *Jurnal Geuthèë: Penelitian Multidisiplin*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.52626/jg.v4i1.96>
- Sarifudin, A., Hude, D., & Sarnoto, A. Z. (2023). Metode Kolaborasi dalam Supervisi Pendidikan Berbasis Al- Qur ' an. *Edukasi Islami: Jurnal Pendidikan Islam*, 12(12), 1793–1810. <https://doi.org/10.30868/ei.v12i02.3636>
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240–249. <https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002>

- Stucki, G. (2020). International classification of functioning, disability, and health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(10), 733–740.
<https://doi.org/10.1097/01.phm.0000179521.70639.83>
- Syelina, A., & Sihura, S. S. G. (2024). Hubungan Pengetahuan , Dukungan Keluarga Dan Promosi Kesehatan Dengan Personal Hygiene Saat Menarche Pada Siswi SDN Pabuaran 01 Cibinong Tahun 2023. *Jurnal Intelek Dan Cendikiawan Nusantara*, 1(1), 587–597.
- Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education: A review of context, learning and the research agenda. *Medical Education*, 46(1), 58–70.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x>
- Wardah Nuroniyah. (2023). In *Psikologi Keluarga*.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2021). The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 24.
<https://doi.org/10.20473/jbe.v3i12015.24-3>
- Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., Deruyter, F., Eng, J. J., Fisher, B., Harvey, R. L., Lang, C. E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K. J., Pugh, S., Reeves, M. J., Richards, L. G., Stiers, W., & Zorowitz, R. D. (2023). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol.47, Issue 6).
<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Witriastuti, A., Aris, A., Suhariyati, & Rahmawati, S. A. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kemandirian dalam Activity Daily Living (ADL) pada Pasien Pasca Stroke. *Journal Universitas Muhammadiyah Lamongan*, 4(2828–7509), 1–11.
- Zaini Miftach. (2021). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Neurologi RSUD Labuang Baji Makassar*. 02(02), 53–54.
https://www.bing.com/search?pglt=41&q=FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN MENJALANI REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK NEUROLOGI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR Rusli&cvid=7b34789a5a884b609cccdc1dca559071&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdI
- Zhang, W., Zhou, W., Ye, M., Gao, Y., & Zhou, L. (2022). Family resilience of stroke survivors within 6 months after a first-episode stroke: A longitudinal study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1–11.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.968933>

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOLABORASI FASE REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DENGAN CAREGIVER DI RS STELLA MARIS MAKASSAR

[illegible]

[illegible]

Lampiran 2

SURAT PERMOHONAN DATA AWAL



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS

TERAKREDITASI "B" BAN-PT dan LAM-PTKes

Responsiveness, Integrity, Caring, and Hospitality

Jl. Marpa No. 19 Makassar | Telp. (0411)-8005319 | Email: stiksm_mks@yahoo.co.id | www.stikstellamarismks.ac.id

Nomor : 345/STIK-SM/KEP/S-1.163/IV/2024

Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data Awal

Kepada,

Yth. Direktur Rumah Sakit

Stella Maris

Di

Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan tugas akhir Proposal-Skripsi Mahasiswa(i) STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2023/2024, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini, untuk melaksanakan Pengambilan Data Awal:

No.	NIM - Nama Mahasiswa	Dosen Pembimbing
1	C2114201049 - Andre	Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.PhDNS.
2	C2114201059 - Dwi Anugrah	Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep.

Program Studi : S-1 Keperawatan

Tingkat semester : III / 6

Tempat Pelaksanaan : Rumah Sakit Stella Maris

Judul : Faktor-faktor yang mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan Care Giver

Maka sehubungan dengan kegiatan tersebut, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan rekomendasi izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerjas sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.



Makassar, 23 April 2024

Ketua STIK Stella Maris Makassar,

Septianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes

NIDN. 0928027101

Lampiran 3

SURAT ETIK PENELITIAN



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MAKASSAR
Jalan Wijaya Kusuma Raya No. 46, Rappoccini, Makassar
E-mail: kepkipolkesmas@poltekkes-mks.ac.id



KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"
No.: 1319/M/KEPK-PTKMS/X/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama : Andre dan Dwi Anugrah
Principal in Investigator

Nama Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar
Name of the Institution

Dengan Judul:
Title
"Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke dengan CareGiver di Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

"Factors influencing collaboration in the rehabilitation phase of post-stroke patients with caregivers at Stella Maris Hospital Makassar"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 08 November 2024 sampai dengan tanggal 08 November 2025.

Declaration of ethics applies during the period November 08, 2024 until November 08, 2025.



November 08, 2024
Professor and Chairperson,

Santi Sinala, S.Si, M.Si, Apt
Ketua KEPK Poltekkes Makassar

SURAT IZIN PENELITIAN

 **SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS**
TERAKREDITASI "B" BAN-PT dan LAM-PTKes
Responsiveness, Integrity, Caring, and Hospitality
Jl. Malipa No. 19 Makassar | Telp. (0411)-8005319 | Email: stiksm_mks@yahoo.co.id | www.stikstellamarismks.ac.id

Nomor : 835/STIK-SM/KEP/S-1.391/X/2024
Perihal : Permohonan Izin Penelitian Mahasiswa

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit
Stella Maris Makassar
Di
Tempat,-

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan tugas akhir Proposal-Skripsi Mahasiswa(i) STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2024/2025, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini, untuk melaksanakan Penelitian:

No.	NIM - Nama Mahasiswa	Dosen Pembimbing
1	C2114201049 - Andre	Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS
2	C2114201059 - Dwi Anugrah	Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep.

Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
Tingkat semester : IV / 7
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Judul : FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOLABORASI FASE REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DENGAN CAREGIVER DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Maka sehubungan dengan kegiatan tersebut, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan rekomendasi izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 04 Oktober 2024
Ketua STIK Stella Maris Makassar,

Girindus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0928027101



SURAT KETERANGAN PENELITIAN



Jl. Somba Opu No. 278
Makassar 90112 - Indonesia

Tel : +62 411 854341
+62 411 871380
+62 411 875046

Call center
081 588 888 333
<http://www.stellamaris.com>

RS. Stella Maris

SURAT KETERANGAN
=====

Nomor : 5743.DIR.SM.DIKLAT.KET.EX.XII.2024

Direktur RS. Stella Maris Makassar menerangkan bahwa :

1. Nama Lengkap : Andre
Tempat/Tgl. Lahir: Tangsa, 30 November 2002
Nomor Pokok : C2114201049
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
2. Nama Lengkap : Dwi Anugrah
Tempat/Tgl. Lahir: Makassar, 7 November 2002
Nomor Pokok : C2114201059
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
Asal Institusi : STIK Stella Maris

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penelitian yang dimulai pada tanggal 21 Oktober s/d 5 Desember 2024 dengan judul :

"Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Dengan Caregiver di Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana fungsinya.

Makassar, 5 Desember 2024

Hormat Kami,
Direksi RS. Stella Maris,



RS. Stella Maris

dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes
Direktur

Cc: Arsip

SURAT KETERANGAN TURNITIN

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS TERAKREDITASI "B" BAN-PT dan LAM-PTKes UNIT PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (UPPM) Jl. Maipa No. 19, Makassar Telp. (0411)-8005319, Website : www.stikstellamarismks.ac.id Email: ippmstiksm@gmail.com
<u>SURAT KETERANGAN</u> No: 008/STIK-SM/PPMW/I/2025	
Yang bertanda tangan di bawah ini :	
Nama	: Andi Marwansyah
Jabatan	: Pustawakan
dengan ini menerangkan bahwa:	
Nama	: 1. ANDRE (C2114201049) 2. DWI ANUGRAH (C2114201059)
Prodi	: Sarjana Keperawatan
Jenis Artikel	: Skripsi
Judul	: FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KOLABORASI FASE REHABILITASI PASIEN PASCA STROKE DENGAN CAREGIVER DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR
Berdasarkan hasil pengujian menggunakan program Turnitin, maka dapat dinyatakan bahwa artikel ilmiah tersebut di atas telah memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dengan nilai similarity indeks 28% .	
Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya	
Makassar, 17 Januari 2025	
 Andi Marwansyah	

Lampiran 7

Lampiran 7

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Kami yang bertandatangan di bawah ini:

1. Andre (C2114201049)
2. Dwi Anugrah (C2114201059)

Adalah Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan STIK Stella Maris Makassar, yang akan melakukan penelitian yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Dengan Caregiver Di RS Stella Maris Makassar". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi fase rehabilitasi pasien *pasca stroke* dengan *caregiver*.

Maka dari itu, kami memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian kami. Seluruh data yang kami peroleh dari Bapak/Ibu akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Jika Bapak/Ibu menyetujui berpartisipasi dalam penelitian ini, kami mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang kami sediakan saat ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan limpah terimakasih.

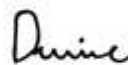
Makassar, Oktober 2024

Peneliti I



Andre

Peneliti II



Dwi Anugrah

Lampiran 8

Lampiran 8

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah di jelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke Dengan Caregiver Di RS Stella Maris Makassar".

Makassar, Oktober 2024

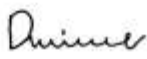
(Responden)

Peneliti I



(Andre)

Peneliti II



(Dwi Anugrah)

Lampiran 9

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :.....Tahun
3. Jenis kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan

B. KUESIONER PENGETAHUAN

1. Tujuan
Untuk mengetahui tingkat pengetahuan caregiver tentang rehabilitasi pasien pasca stroke
2. Petunjuk pengisian kuesioner
 - a. Responden diharapkan menjawab pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda (√) pada pilihan yang jawabannya yang dianggap sesuai.
 - b. Bila ada kesulitan dalam memberikan jawaban dapat dinyatakan langsung kepada peneliti

Keterangan :

1. Pertanyaan positif :

Ya : 1

Tidak : 0

2. Pertanyaan negatif

Tidak : 1

Ya: 0

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
Pengertian			
1.	Saya memahami bahwa rehabilitasi pasca stroke adalah program pemulihan yang membantu pasien mempelajari kembali keterampilan yang hilang akibat stroke.		
Manfaat & Tujuan Rehabilitasi			
2.	Saya memahami tujuan rehabilitasi adalah untuk meningkatkan atau mengembalikan kemampuan tubuh pasien pasca stroke.		
3	Saya memahami manfaat rehabilitasi untuk menghilangkan atau mengurangi kecacatan pasien akibat stroke.		
4	Saya mengetahui bahwa latihan fisik tangan dan kaki pasien paling efektif dilakukan dalam 3 – 6 bulan pertama pasca stroke.		
5	Saya akan memotivasi dan membantu pasien untuk rajin melakukan latihan fisik tangan dan kaki, terutama dalam 3-6 bulan pertama pasca stroke.		
Mencegah Stroke Berulang			
6.	Saya akan membantu pasien menjaga atau mengendalikan tekanan darah pasien pasca stroke untuk mencegah serangan stroke berulang.		
7.	Saya akan memastikan pasien untuk memberikan diet makanan yang sehat dan mengikuti diet yang diprogramkan oleh dokter.		
8.	Saya akan mendukung pasien menghindari perilaku hidup tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol untuk mencegah serangan stroke berulang.		

9.	Saya akan membantu pasien melakukan dan mengikuti jadwal rehabilitasinya dengan baik dan tepat waktu.		
Jenis Latihan			
10.	Saya mengerti bahwa latihan menggenggam, mengambil dan meletakkan barang dapat meningkatkan kekuatan otot tangan/kaki pasien pasca stroke.		
11.	Saya siap membantu atau membimbing pasien dalam latihan duduk-berdiri sesuai arahan perawat/fisioterapis.		
12.	Saya siap membantu atau membimbing pasien dalam latihan berjalan sesuai arahan perawat/fisioterapis.		
13.	Saya akan membantu pasien berlatih berpindah posisi tidur dan pindah dari tempat tidur ke kursi ketika kondisinya sudah cukup stabil, dengan panduan dari perawat/fisioterapis.		

A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :.....Tahun
3. Jenis kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan

B. KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

1. Tujuan
Untuk mengetahui dukungan keluarga terhadap pasien rehabilitasi pasien pasca stroke
2. Petunjuk pengisian kuesioner
 - Responden diharapkan menjawab pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda (√) pada pilihan yang jawabannya yang dianggap sesuai.
 - Bila ada kesulitan dalam memberikan jawaban dapat dinyatakan langsung kepada peneliti.

Keterangan :

1. Pernyataan positif :

SS : Sangat Setuju (4)

S : Setuju (3)

TS : Tidak Setuju (2)

STS : Sangat Tidak Setuju (1)

2. Pernyataan negatif :

SS : Sangat Setuju (1)

S : Setuju (2)

TS : Tidak Setuju (3)

STS : Sangat Tidak Setuju (4)

NO.	PERTANYAAN	SS	S	TS	STS
Dukungan Emosional (<i>Emotional Support</i>)					
1.	Keluarga saya selalu berusaha mendampingi dan membantu saya melakukan aktivitas, terutama saat saya merasa tidak berdaya.				
2.	Saya merasa tetap dicintai dan dihargai oleh keluarga saya walaupun mengalami keterbatasan dalam beraktivitas.				
3	Keluarga saya memberikan motivasi kepada saya untuk tetap semangat menjalani dan mengikuti program rehabilitasi.				
4.	Saya merasa keluarga saya tetap mencintai dan menyayangi saya meskipun mengalami kelemahan fisik karena stroke.				
Dukungan Penghargaan (<i>Esteem Support</i>)					
5.	Saya mendapat pujian dan perhatian dari keluarga bila melakukan dan mengikuti program rehabilitasi dengan baik.				
6.	Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan mengenai proses rehabilitasi yang akan saya jalani.				

7.	Saya dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah yang dihadapi selama menjalani rehabilitasi.				
8	Keluarga saya menyediakan waktu untuk mendengarkan dan membicarakan setiap masalah yang saya hadapi.				
Dukungan Instrumental (<i>Instrumental Support</i>)					
9.	Keluarga mendampingi saya untuk melakukan terapi fisik di RS pada unit Fisioterapi.				
10.	Keluarga membantu membelikan dan menyediakan alat-alat terapi yang saya perlukan selama melakukan latihan rehabilitasi di rumah.				
11.	Keluarga bersedia untuk membiayai selama proses rehabilitasi saya di Rumah Sakit..				
12	Keluarga membantu saya memenuhi dan memperhatikan makanan yang harus dimakan sesuai dengan program dokter.				
Dukungan ilnformasional (<i>Informational Support</i>)					
13.	Keluarga berusaha untuk mencari informasi tentang rehabilitasi yang saya jalani.				

14.	Keluarga menjelaskan kepada saya tentang pentingnya rehabilitasi pasca stroke.				
15.	Keluarga menjelaskan dan membantu saya memahami urutan pelaksanaan latihan rehabilitasi.				

A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :.....Tahun
3. Jenis kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan

B. KUESIONER KOLABORASI

1. Tujuan
Untuk mengetahui kolaborasi *Caregiver* dengan pasien pasca stroke.
2. Petunjuk pengisian kuesioner
 - Responden diharapkan menjawab pertanyaan dibawah ini dengan cara memberi tanda (√) pada pilihan yang jawabannya yang dianggap sesuai.
 - Bila ada kesulitan dalam memberikan jawaban dapat dinyatakan langsung kepada peneliti.

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah dalam proses penyembuhan stroke atau menjalani rehabilitasi ada orang yang menemani		
2.	Apakah caregiver mengetahui tanda-tanda komplikasi kekakuan sendi akibat kurangnya latihan fisik?		
3.	Apakah caregiver memahami cara memberi Latihan fisik?		
4.	Apakah pendamping pasien (caregiver) selalu memberikan informasi kondisi kesehatan terkini pasien selama menjalani rehabilitasi kepada tenaga kesehatan?		

5.	Apakah pendamping pasien (caregiver) selalu memerhatikan kebersihan , keselamatan , dan keamanan pasien selama menjalani rehabilitasi atau saat melakukan latihan fisik?		
6.	Apakah pendamping pasien (caregiver) mengikuti saran atau instruksi yang diberikan oleh tenaga kesehatan?		
7.	Apakah caregiver mengubah tata ruang rumah sesuai dengan kondisi penderita sehingga penderita mampu melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan yang dia miliki?		
8.	Apakah caregiver selalu memperhatikan perkembangan kesehatan pasien?		
9.	Apakah caregiver membantu pasien menyusun jadwal harian untuk mendukung program rehabilitasi?		
10.	Apakah caregiver memberikan motivasi atau dorongan kepada pasien untuk semangat dalam menjalani rehabilitasi?		

Lampiran 10

MASTER TABLE

[illegible]

No	Nama	Umur	JK	P.Terakhir	Dukungan Keluarga															Total	Kode
					P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15		
1	Tn. S	53	L		4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	2	53	1
2	Tn. L	78	L		2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	36	2
3	Tn. A	70	L		3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	38	2
4	Tn. T	62	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
5	Tn. P	58	L		4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	57	1
6	Tn. S	70	L		4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	53	1
7	Tn B	73	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	59	1
8	Tn. M	67	L		4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	56	1
9	Tn. H	62	L		4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	57	1
10	Tn.B	73	L		4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59	1
11	Tn. S	70	L		4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	2	4	4	3	3	53	1
12	Ny. T	82	P		4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	53	1
13	Tn. A	78	L		2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	2	2	3	2	2	38	2
14	Tn. J	57	L		3	2	2	2	4	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	38	2
15	Tn. J	75	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
16	Tn. J	42	L		3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	49	1
17	Ny. A	54	P		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	1
18	Ny. L	62	P		3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	3	37	2
19	Tn. A	57	L		3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	4	38	2
20	Tn. P	70	L		2	4	2	3	2	2	4	2	2	2	3	2	3	2	3	38	2
21	Tn. F	56	L		2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	38	2
22	Tn. W	49	L		3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	38	2
23	Tn. H	67	L		4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	49	1
24	Tn. J	68	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
25	NY. S	56	P		2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	4	37	2
26	Tn. B	58	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
27	Tn. V	72	L		2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	4	37	2
28	Tn. J	54	L		4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	58	1
29	Tn. F	70	L		4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	55	1
30	Ny. T	68	P		4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56	1
31	Ny. F	58	P		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
32	Tn. M	61	L		3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54	1
33	Tn. A	59	L		4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	1
34	Tn. V	68	L		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
35	Ny. N	65	P		2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	4	37	2
36	Ny. T	69	P		4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	56	1
37	Tn. T	70	L		4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	53	1
38	Ny. E	66	P		4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	56	1
39	Ny. H	64	P		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60	1
40	Tn. C	60	L		4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	54	1

[illegible]

OUTPUT SPSS

A. Analisis Univariat

Statistics				
		Tingkat Pengetahuan	Dukungan Keluarga	Kolaborasi
N	Valid	40	40	40
	Missing	0	0	0

Tingkat Pengetahuan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	25	62.5	62.5	62.5
	Rendah	15	37.5	37.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	28	70.0	70.0	70.0
	Kurang	12	30.0	30.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Kolaborasi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	28	70.0	70.0	70.0
	Kurang	12	30.0	30.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Pengetahuan dengan Kolaborasi

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pengetahuan * Kolaborasi	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Tingkat Pengetahuan * Kolaborasi Crosstabulation

			Kolaborasi		
			Baik	Kurang	Total
Tingkat Pengetahuan	Tinggi	Count	25	0	25
		Expected Count	17.5	7.5	25.0
		% within Tingkat Pengetahuan	100.0%	0.0%	100.0%
		% within Kolaborasi	89.3%	0.0%	62.5%
		% of Total	62.5%	0.0%	62.5%
	Rendah	Count	3	12	15
		Expected Count	10.5	4.5	15.0
		% within Tingkat Pengetahuan	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Kolaborasi	10.7%	100.0%	37.5%
		% of Total	7.5%	30.0%	37.5%
Total	Count	28	12	40	
	Expected Count	28.0	12.0	40.0	
	% within Tingkat Pengetahuan	70.0%	30.0%	100.0%	
	% within Kolaborasi	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	70.0%	30.0%	100.0%	

Chi-Square Tests^c

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	28.571 ^a	1	.000	.000	.000	
Continuity Correction ^b	24.889	1	.000			
Likelihood Ratio	33.857	1	.000	.000	.000	
Fisher's Exact Test				.000	.000	
Linear-by-Linear Association	27.857 ^d	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	40					

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 5,278.

2. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kolaborasi

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Kolaborasi	40	100.0%	0	0.0%	40	100.0%

Dukungan Keluarga * Kolaborasi Crosstabulation

			Kolaborasi		Total
			Baik	Kurang baik	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	25	3	28
		Expected Count	17.5	10.5	28.0
		% within Dukungan Keluarga	89.3%	10.7%	100.0%
		% within Kolaborasi	100.0%	20.0%	70.0%
		% of Total	62.5%	7.5%	70.0%
	kurang	Count	0	12	12
		Expected Count	7.5	4.5	12.0
		% within Dukungan Keluarga	0.0%	100.0%	100.0%

Total	% within Kolaborasi	0.0%	80.0%	30.0%
	% of Total	0.0%	30.0%	30.0%
	Count	25	15	40
	Expected Count	25.0	15.0	40.0
	% within Dukungan Keluarga	62.5%	37.5%	100.0%
	% within Kolaborasi	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	62.5%	37.5%	100.0%

Chi-Square Tests^c

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	28.571 ^a	1	.000	.000	.000	
Continuity Correction ^b	24.889	1	.000			
Likelihood Ratio	33.857	1	.000	.000	.000	
Fisher's Exact Test				.000	.000	
Linear-by-Linear Association	27.857 ^d	1	.000	.000	.000	.000
N of Valid Cases	40					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 5.278.

Lampiran 12

Lampiran 12

LEMBAR KONSULTASI

Nama dan NIM : 1. Andre (C2114201049)
 2. Dwi Anugrah (C2114201059)

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi
 Fase Rehabilitasi Pasien *Pasca Stroke* Dengan
Caregiver Di RS Stella Maris Makassar

Pembimbing : Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., Ph.D

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan		
			Peneliti		Pembimbing
			I	II	
1.	Selasa, 02 April 2024	Pengajuan Judul - Hubungan metode OSCE dengan tingkat kecemasan pada mahasiswa pra-ners di kampus Stik Stella Maris Makassar. - Hubungan antara tingkat pengetahuan mahasiswa dengan protokol kebersihan tangan di kampus Stik Stella Maris. -Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi			

		Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pada Pasien Pasca Stroke Dengan Caregiver"			
2.	Kamis, 04 April 2024	- ACC Judul "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi Fase Rehabilitasi Pada Pasien Pasca Stroke Dengan Caregiver"			
3.	Rabu, 10 April 2024	Konsul BAB I - Pada latar belakang tambahkan pengertian stroke secara umum - Tambahkan Prevalensi Stroke Sulawesi Selatan - Perhatikan format penulisan untuk bahasa asing di miringkan			

		- Topik dalam tiap paragraf dibuat berkesinambungan			
4	Kamis, 11 April 2024	Revisi BAB 1 - Pengurangan pengertian stroke cukup 3 paragraf - Tambahkan penelitian terdahulu yang pernah meneliti kolaborasi pasien pasca stroke dengan <i>caregiver</i> - Tambahkan fenomena atau masalah pada tempat penelitian - Perbaiki tanda baca, titik, koma dan spasi - Perbaiki rumusan masalah - Perbaiki manfaat penelitian	<i>[Signature]</i>	<i>Anine</i>	<i>[Signature]</i>
5.	Senin, 30 April 2024		<i>[Signature]</i>	<i>Anine</i>	<i>[Signature]</i>

		- Cari jurnal 5 tahun terakhir - Masukan data awal			
6.	Rabu, 15 Mei 2024	- ACC BAB I lanjut BAB II	<i>[Signature]</i>	<i>Aniel</i>	<i>[Signature]</i>
7.	Selasa, 21 Mei 2024	Konsul BAB 2	<i>[Signature]</i>	<i>Aniel</i>	<i>[Signature]</i>
8.	Senin, 27 Mei 2024	REVISI BAB 2 - Coba cari pengertian stroke di buku-buku tebal - Pada bagian klasifikasi tambahkan stroke hemoragik dan stroke non hemoragik - Pada manifestasi klinis coba pake FAST dengan SEGERA Ke RS - Tambahkan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan rehabilitasi	<i>[Signature]</i>	<i>Aniel</i>	<i>[Signature]</i>

		- Tambahkan penegertian rehabilitasi pasca stroke			
9.	Selasa, 28 mei 2024	- Tambahkan tujuan kolaborasi - Kemudian tambahkan pentingnya kolaborasi dalam rehabilitasi pasca stroke - Perbaiki cara Penulisan	<i>Amir</i>	<i>Amir</i>	<i>Amir</i>
10.	Selasa, 4 Juni 2024	- Tambahkan lagi peran <i>caregiver</i> - Pada faktor ekonomi ganti dengan dukungan keluarga - Coba cari pembahasan tentang dukungan keluarga - Tambahkan dukungan keluarga pada pasien stroke	<i>Amir</i>	<i>Amir</i>	<i>Amir</i>

11		ACC BAB II Konsul BAB III -Perbaikan penulisan pada BAB III - Buat kuesioner - Uji Validitas	<i>Hand</i>	<i>Annie</i>	<i>Hand</i>
12		Konsul BAB III dan IV - Perbaikan pada BAB IV, rencana jalannya penelitian -Perbaikan kerangka konsep - Pada kuesioner tambahkan lembar petunjuk pengisian kuesioner	<i>Hand</i>	<i>Annie</i>	<i>Hand</i>
13		ACC BAB III dan IV - Lanjut ujian proposal	<i>Hand</i>	<i>Annie</i>	<i>Hand</i>
14.		ACC BAB V dan VI - Perbaikan pada tabel Univariat - Perbaikan pada susunan pembahasan	<i>Hand</i>	<i>Annie</i>	<i>Hand</i>

Lampiran 12

Lampiran 12

LEMBAR KONSULTASI

Nama dan NIM : 1. Andre (C2114201049)
 2. Dwi Anugrah (C2114201059)

Program Studi : Sarjana Keperawatan

Judul Skripsi : Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kolaborasi
 Fase Rehabilitasi Pasien *Pasca Stroke* Dengan
Caregiver Di RS Stella Maris Makassar

Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan		
			Peneliti		Pembimbing
			I	II	
1.	Kamis, 04 April 2024	Pengajuan Judul			
2.		Konsul BAB I dan BAB II - Perhatikan dan perbaiki setiap kata asing harus miringkan. - Perhatikan dan perbaiki nama dari setiap sumber sesuai dengan penulisan yang benar. - Perhatikan dan perbaiki setiap paragraf, font dan			

		spasi sesuai dengan aturan yang ada pa panduan. - Perbaiki sitasinya belum sesuai - Perhatikan penulisan, jarak penulisan, kutipan mendelay, perhatikan tanda titik koma - Perbaikan BAB II, perhatikan jarak dari poin ke poin, setiap bahasa asing di miringkan, perhatikan penulisan, perhatikan setiap sumber harus jelas			
3.	Rabu, 31 juli 2024	ACC BAB I & BAB II - Perbaikan BAB III, penulisan kata harus jelas, definisi oprasional harus jelas menurut pendapat sendiri atau simpulkan inti defenisi tersebut	<i>Hay Annie</i>		<i>li</i>

		- Perbaiki kerangka konseptual ACC BAB III			
4.		Konsul BAB IV - Perhatikan penulisan, jarak, lokasi Penelitian harus jelas, populasi dan sampel itu beda, Perhatikan setiap bahasa asing di miringkan	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>
5.		Konsul BAB V Penulisan, margine, penambahan dalam BAB V bagian pembahasan - Perhatikan kalimat - Perhatikan sampul dan jaraknya - Perhatikan panduan skripsi ACC BAB IV & BAB V	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>
6.		Konsul BAB V & BAB VI	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>	<i>Amie</i>

7		- Perbaikan pada pembahasan, pengetikan, margine - Perbaikan pada abstrak - Konsul pada kesimpulan dan saran ACC BAB V & BAB VI		Anie	gfi
---	--	--	--	------	-----

Lampiran 13

DOKUMENTASI

