



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN  
KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING  
(ADL) PASIEN PASCA STROKE DI RS  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**PENELITIAN NON EKSPERIMENTAL**

**OLEH**

**MARIA MARGARETA NAGU (C1614201028)**

**YULIANA TEMORUBUN (C1614201050)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**STELLA MARIS MAKASSAR**

**2020**



**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN  
KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING  
(ADL) PASIEN PASCA STROKE DI RS  
STELLA MARIS MAKASSAR**

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

**OLEH**

**MARIA MARGARETA NAGU (C1614201028)**

**YULIANA TEMORUBUN (C1614201050)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**STELLA MARIS MAKASSAR**

**2020**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, nama :

1. Maria Margareta Nagu (C1614201028)
2. Yuliana Temorubun (C1614201050)

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

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 30 Maret 2020

Yang Menyatakan,  
Peneliti



Maria Margareta Nagu



Yuliana Temorubun

# HALAMAN PERSETUJUAN

## SKRIPSI


### HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) PASIEN PASCA STROKE DI RS STELLA MARIS MAKASSAR

MARIA MARGARETA NAGU (C1614201028)

YULIANA TEMORUBUN (C1614201050)

Disetujui Oleh:

**Pembimbing**



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.,DN.Sc)

NIDN.0912106501

**Wakil Ketua Bidang Akademik**



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.,DN.Sc)

NIDN.0912106501

## HALAMAN PENGESAHAN

### HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PASIEN PASCA STROKE DI RS STELLA MARIS MAKASSAR

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

**MARIA MARGARETA NAGU (C1614201028)**

**YULIANA TEMORUBUN (C1614201050)**

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

**(Henny Pongantung, S.kep.,Ns.,MSN, DN.Sc)**

**NIDN: 0912106501**

Telah Diuji dan dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal  
30 Maret 2020 dan dinyatakan telah memenuhi syarat  
untuk diterima Susunan Dewan Penguji

Penguji I,



**(Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns.,M.Kes)**

**NIDN: 0925027603**

Penguji II



**(Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes)**

**NIDN: 0928027101**

Makassar, 30 Maret 2020

Program S1 Keperawatan dan Ners

Ketua STIK Stella Maris Makassar



**(Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes)**

**NIDN: 0928027101**

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : Maria Margareta Nagu

Nim : C1614201028

2. Nama : Yuliana Temorubun

Nim : C1614201050

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 30 Maret 2020

Yang menyatakan



Maria Margareta Nagu



Yuliana Temorubun

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kemandirian *Activity Daily Living* ADL Pada Pasien *Pasca Stroke*”**.

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program S1 Keperawatan dan persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun yang dapat membantu penulis untuk menyempurnakan skripsi ini.

Dalam penulisan skripsi ini penulis menyadari bahwa penulis banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis secara khusus mengucapkan terima kasih kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II sekaligus sebagai dosen Biostatistik STIK Stella Maris Makassar yang juga telah banyak memberikan saran dan masukan demi menyempurnakan skripsi ini.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris dan sekaligus sebagai dosen pembimbing yang telah mendidik, memberikan bimbingan, serta pengarahan selama penulis menyusun skripsi ini hingga dapat selesai pada waktunya.
3. Ns.Hasarat Jaya Ziliwu,S.kep.,M.kep selaku dosen Riset dan Metiologi STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan skripsi.
4. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep,Sp,KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

5. Elmiana Bongga Linggi.Ns.M.kep selaku penguji I yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi menyempurnakan skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
7. Teristimewa orang tua tercinta dari Maria Margareta Nagu (Paulus Nagu dan Rufina), kakak serta keluarga dan sanak saudara,sahabat yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moral dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Yuliana Temorubun (Stephanus Temorubun dan Anisia Temorubun), kakak serta keluarga dan sanak saudara,sahabat, yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moril dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
9. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun agar kami bisa melaksanakan penelitian.

Makassar, 30 Maret 2020



Penulis



**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN  
ACTIVITY DAILY LIVING PASIEN PASCA STROKE DI RUANG  
FISIOTERAPI RS.STELLA MARIS MAKASSAR  
(Dibimbing oleh Henny Pongantung)**

**Maria Margareta Nagu (C1614201028)**

**Yuliana Temorubun (C1614201050)**

**ABSTRAK**

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak sehingga menyebabkan gangguan komunikasi, gangguan persepsi hingga kelumpuhan atau kecacatan. Strategi yang diperlukan untuk menurunkan kecacatan dan angka kematian yaitu pencegahan primer dan pengobatan yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien. Pencegahan primer yang dimaksudkan adalah mengendalikan berbagai faktor risiko, dengan cara mengajari keluarga tentang pengetahuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada pasien stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pasien *pasca* stroke di ruang fisioterapi RS.Stella Maris Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Populasi penelitian adalah pasien *pasca* stroke yang mengalami *hemiparese* dan *hemiplegia* sebanyak 41 responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dan pengumpulan data dengan menggunakan kuisioner dan *instrument indeks barthel*. Pengujian hipotesis menggunakan uji *chi* yang dilanjutkan dengan penggabungan sel dan diperoleh tabel 2x3. Dari hasil statistic uji *chi square* di mana di peroleh nilai  $p=0,01$  dan  $\alpha=0,05$  sehingga  $p < \alpha$ . Hal ini menunjukkan bahwa “ada hubungan pengetahuan keluarga dengan *activity daily living* pada pasien *pasca* stroke” di unit fisioterapi RS. Stella Maris. Diharapkan bagi pasien dan keluarga agar dapat memandirikan pasien dalam melakukan aktivitas pemenuhan kebutuhan diri guna meningkatkan kemandirian pasien *pasca* stroke agar lebih baik.

Kata Kunci: Stroke, Pengetahuan Keluarga Dan *Activity Daily Living*

Kepustakaan : 26 (2010-2018)

**THE RELATIONSHIP OF FAMILY KNOWLEDGE WITH INDEPENDENE ACTIVITY  
DAILY LIVING PASIEN AFTER STROKE IN THE PHYSIOTHERAPY  
ROOM AT STELLA MARIS MAKASSAR HOSPITAL  
(advicer by Henny Pongantung)**

**Maria Margareta Nagu (C1614201028)**

**Yuliana Temorubun (C1614201050)**

**ABSTRACT**

*Stroke is a disorder of brain function caused by the stopping of blood supply to the parts of the brain causing communication disorders, impaired perceptions to paralysis or disability. Strategies needed to lower disability and mortality is primary prevention and effective treatment to improve the quality of life of patients. The intended Primary prevention is to control various risk factors, by teaching the family about the fulfillment knowledge of the daily necessities of a stroke patient. The research aims to determine the relationship between family knowledge and self reliance in the daily living activity of post-stroke patients in the physiotherapy room at Stella Maris Makassar hospital. The type of research used is observational analytic with cross sectional study approach. The study population of research is post stroke patients who are experiencing hemiparese and hemiplegia as much as 41 responden with the technique of taking samples using consecutive sampling and data collection using quetionaries and instrument barthel index. Hypothesis testing use the chi-square test in relation to the expected count valuet  $<5$  and  $20\%$  then followed by merging of cells and the obtained table is  $2 \times 3$ . From the statistic results of the chi square where it has obtained the value of  $P = 0,01$  and  $\alpha = 0,05$  so that  $p < \alpha$ . This shows that "there is a relationship between family knowledge and activity daily living of a post stroke" in the physiotherapy room at Stella Maris Hospital. Family and patient are expected to establish self fulfillment activities in order in frease self reliance of post stroke patients for better.*

*Key Words: Stroke, Knowledge Of The Family And Activity Daily Living*

*Reference: 26 (2010-2018)*

## DAFTAR ISI

|  | Halaman  |
|--|----------|
| HALAMAN SAMPUL DEPAN.....                              | i        |
| HALAMAN SAMPUL DALAM .....                             | ii       |
| PERNYATAAN ORISINALITAS .....                          | iii      |
| HALAMAN PERSETUJUAN.....                               | iv       |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                               | v        |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI ..... | vi       |
| KATA PENGANTAR.....                                    | vii      |
| ABSTRAK.....   | ix       |
| DAFTAR ISI .....                                       | xi       |
| DAFTAR TABEL.....                                      | xiv      |
| DAFTAR LAMPIRAN.....                                   | xv       |
| DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH .....           | xvi      |
| <b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>                         | <b>1</b> |
| A. Latar Belakang .....                                | 1        |
| B. Rumusan Masalah.....                                | 3        |
| C. Tujuan Penelitian.....                              | 3        |
| 1. Tujuan Umum .....                                   | 3        |
| 2. Tujuan Khusus.....                                  | 3        |
| D. Manfaat Penelitian.....                             | 4        |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>                   | <b>5</b> |
| A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan .....             | 5        |
| 1. Definisi.....                                       | 5        |
| 2. Cara Memperoleh Pengetahuan.....                    | 5        |
| 3. Faktor-Faktor pengetahuan .....                     | 7        |
| 4. Tingkat Pengetahuan .....                           | 9        |
| 5. Pengukuran Pengetahuan .....                        | 10       |
| 6. Kriteria Tingkat Pengetahuan .....                  | 10       |

|   |           |
|---|-----------|
| B. Tinjauan Umum Tentang <i>Activity Daily Living</i> .....       | 11        |
| 1. Definisi.....  | 11        |
| 2. Macam-Macam ADL.....   | 11        |
| 3. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan ADL.. ..             | 11        |
| 4. Cara Pengukuran ADL.....                                       | 13        |
| C. TINJAUAN UMUM TENTANG STROKE .....                             | 13        |
| 1. Definisi.....  | 13        |
| 2. Etiologi stroke .....  | 14        |
| 3. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi.....                           | 14        |
| 4. Manifestasi Klinis.....  | 18        |
| 5. Klasifikasi.....   | 18        |
| 6. Patofisiologi Stroke.....                                      | 20        |
| 7. Dampak Pasca Stroke .....                                      | 22        |
| 8. Komplikasi .....   | 22        |
| 9. Pencegahan .....   | 23        |
| 10. Discharge Planning.....                                       | 24        |
| 11. Lama Masa Rehabilitasi .....                                  | 25        |
| <b>BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b> | <b>26</b> |
| A. Kerangka Konseptual Penelitian.....                            | 26        |
| B. Hipotesis Penelitian .....                                     | 28        |
| C. Definisi Operasional.....                                      | 28        |
| <b>BAB IV METODE PENELITIAN.....</b>                              | <b>29</b> |
| A. Jenis Penelitian .....   | 29        |
| B. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian .....                   | 29        |
| 1.Tempat Penelitian.....  | 29        |
| 2. Waktu Penelitian.....  | 29        |
| C. Populasi dan Sampel.....                                       | 29        |
| 1. Populasi.....  | 29        |
| 2. Sampel .....   | 29        |
| D. Instrumen Penelitian .....                                     | 30        |
| E. Pengumpulan Data .....   | 32        |
| F. Pengolahan Data dan Penyajian Data.....                        | 33        |

|  |           |
|--|-----------|
| G. Analisa Data .....                              | 34        |
| 1. Analisa Univariat.....                          | 34        |
| 2. Analisa Bivariat.....                           | 34        |
| <b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b> | <b>35</b> |
| A. HASIL PENELITIAN .....                          | 35        |
| B. PEMBAHASAN.....                                 | 41        |
| <b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>           | <b>46</b> |
| A. KESIMPULAN .....                                | 46        |
| B. SARAN .....                                     | 46        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                              |           |
| <b>LAMPIRAN</b>                                    |           |


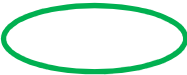



## DAFTAR TABEL

|  | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| Tabel 2.1 Level Stroke .....   | 21             |
| Tabel 3.2 Definisi Operasional . .....   | 28             |
| Tabel 5.1 karakteristik responden .....  | 37             |
| Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga .....                                    | 38             |
| Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi <i>Activity Daily Living</i> Pasien <i>Pasca</i> Stroke ..... | 39             |
| Tabel 5.4 Analisa bivariat .....   | 39             |

## DAFTAR LAMPIRAN

|            |                                       |
|------------|---------------------------------------|
| Lampiran 1 | : Lampiran Jadwal Kegiatan            |
| Lampiran 2 | : Surat Izin Penelitian               |
| Lampiran 3 | : Lembar Informed Consent             |
| Lampiran 4 | : Lembar Permohonan Menjadi Responden |
| Lampiran 5 | : Kuesioner Pengetahuan Keluarga      |
| Lampiran 6 | : Kuesioner Kemandirian ADL           |
| Lampiran 7 | : Master Tabel                        |
| Lampiran 8 | : Tabel Hasil SPSS                    |
| Lampiran 9 | : Lampiran Lembar Konsul              |

## DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

|   |   |
|---|---|
| AHA   | : <i>American Heart Association</i>       |
| Kemendes RI   | : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia |
| ROM   | : <i>Range Of Motions</i>                 |
| ADL   | : <i>Activity Daily Living</i>            |
| FAC   | : <i>Family Caregiver Alliance</i>        |
| BAB   | : Buang Air Besar                         |
| BAK   | : Buang Air Kecil                         |
| WHO   | : <i>World Health Organization</i>        |
| LDL   | : <i>Low Density Lipoprotein</i>          |
|    | : Variabel Independen                     |
|    | : Variabel Dependen                       |
|   | : Variabel Independen yang tidak diteliti |
|  | : Penghubung Variabel                     |
|  | : Penghubung Variabel lain                |
| p   | : Perkiraan proporsi (0,5                 |
| H <sub>0</sub>  | : Hipotesis Nol                           |
| H <sub>a</sub>  | : Hipotesis Kerja                         |
| α   | : Tingkat kemaknaan                       |
| <   | : Kurang Dari                             |
| ≥   | : Lebih dari sama dengan                  |
| %   | :Persen                                   |



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke masih menjadi suatu perhatian mayoritas dalam kesehatan masyarakat karena kejadian stroke semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia dan merupakan penyebab utama kematian serta kecacatan, sehingga kemampuan melaksanakan kegiatan setiap hari untuk merawat diri sendiri menjadi terganggu (AHA, 2015).

Data yang didapatkan oleh World Stroke Organization (2017) menunjukkan bahwa sebanyak 17 juta orang per tahun di seluruh dunia terkena serangan stroke dan hampir 6,5 juta orang meninggal. Di negara maju seperti Amerika Serikat stroke menempati urutan kedua sebagai penyebab kematian terbanyak dengan prevalensi terserang stroke 3,2 % atau sekitar 6.934.000 orang. Dan lebih dari 5,47 juta orang meninggal dunia. Rata-rata 80% seseorang terdiagnosa stroke berulang dan kira-kira 1 dari 6 orang meninggal dunia setiap 2 detik. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, dimana 12 dari 1.000 orang di Indonesia cenderung menderita stroke dengan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 % per mil dan yang tertinggi terjadi di wilayah Sulawesi Selatan 17,9%. Pada tahun 2018 Prevalensi stroke di Indonesia terjadi peningkatan menurut diagnosis tenaga medis yaitu 10,9 % per mil (Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan, 2018)

Masalah yang sering dialami oleh penderita stroke adalah penurunan sensorik. Penurunan sensorik yaitu kelemahan otot dan ketidak mampuan untuk bergerak yang disebabkan karena kerusakan susunan saraf pada otak dan kekakuan pada otot dan sendi yang dapat menimbulkan masalah dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Hariandja, 2013). Dalam hal ini keluarga merupakan orang terdekat yang paling penting dalam proses ketergantungan pasien pasca stroke. Dimana keluarga yang nantinya akan membantu dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke.

Pengetahuan merupakan hal yang paling penting dimana pengetahuan dapat menjadi dasar atau acuan dalam menjadi indikator keberhasilan dalam meningkatkan pemenuhan aktifitas sehari-hari pasien pasca stroke. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Menurut (Fetriyah, Firdaus, & Lestari, 2016) tentang pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga pasca stroke, mendapatkan hasil, seluruh anggota keluarga mengalami perubahan peran dalam keluarga, dan dalam kesimpulan penelitian mengemukakan bahwa keluarga mampu merawat anggota keluarga pasca stroke dengan mencari dukungan dan informasi dari warga sekitar. Artinya, informasi merupakan hal yang penting dimana semakin luas informasi yang didapatkan maka pengetahuan yang dimiliki seseorang akan baik pula. Sementara penelitian lain yang dikemukakan (Ismail, Basri, & Nasrullah, 2014), dimana tingkat pengetahuan yang bervariasi juga dapat dipengaruhi oleh karakteristik seseorang seperti umur, pendidikan, pengalaman, persepsi dan motivasi serta faktor lingkungan, dan informasi yang didapatkan oleh individu tersebut. Dalam penelitian ini dimana keluarga pasien stroke lebih banyak mencari informasi tentang cara memandirikan pasien stroke dengan mengunjungi fasilitas kesehatan atau media massa.

(F.A, Sjattar, & Hadju, 2016) Mengemukakan bahwa terdapat pengaruh pelaksanaan model discharge planning berbasis teknologi terhadap dukungan psikososial keluarga dalam perawatan penyakit stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa, compact disk sangat membantu keluarga dalam perawatan pasien stroke. Selain itu compact disk juga membantu perawat dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga.

Menurut (Fransiska, Pongantung, Ada, & Hingkam, 2018) Kesembuhan pasien stroke akan sangat terbantu jika keluarga mempunyai pengetahuan tentang cara memandirikan pasien pasca stroke. Pasien dengan kondisi tersebut diberikan latihan pemberian ROM (range of motions) untuk meningkatkan kemandirian pasca stroke. Pemberian latihan ini menjadi salah satu upaya untuk dapat meningkatkan fungsi dan kekuatan otot pada bagian anggota tubuh yang lemah sehingga pasien pasca stroke dapat mandiri.

Kurangnya pengetahuan keluarga tentang tata cara dalam memandirikan pasien pasca stroke menjadi kendala utama yang tidak dapat dielakan. Pengetahuan menjadi salah satu hal terpenting dalam meningkatkan kemandirian pasien pasca stroke. Pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa factor diantaranya pekerjaan, usia, jenis kelamin dan lain-lain. Semakin luas pengetahuan seseorang tentang pemahaman dalam memandirikan pasien pasca stroke maka semakin baik pula pemahamannya dalam meningkatkan kemandirian pasien pasca stroke.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan keluarga pasien pasca stroke di RS.Stella Maris Makassar. Yaitu didapatkan hasil, ada keluarga yang mengetahui dan kurang mengetahui tentang cara memandirikan pasien pasca stroke. pada keluarga yang mengetahui cara memandirikan pasien pasca stroke tetapi keluarga jarang melakukannya dikarenakan beberapa factor diantaranya sibuk dalam bekerja sedangkan pada keluarga yang tidak mengetahui, keluarga mengatakan bahwa mereka kurang mendapatkan informasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang diatas maka perumusan masalahnya adalah, "Apakah hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian activity daily living pada pasien pasca stroke"

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian activity daily living pada pasca pasien stroke.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan keluarga terhadap pasien pasca stroke
- b. Mengetahui tingkat kemandirian activity daily living pada pasien pasca stroke.
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian activity daily living pada pasca pasien stroke.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat bagi keluarga

Keluarga pasien mendapatkan pengetahuan terbaru tentang pengaruh bahwa pengetahuan keluarga sangat penting untuk kemandirian activity daily living pada pasien pasca stroke.

2. Bagi profesi keperawatan

Sebagai referensi bagi profesi keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaan dalam memberikan intervensi yang tepat kepada keluarga pasien maupun pada pasien pasca stroke.

3. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi yang menjadi bahan perbandingan pada penanganan yang tepat dalam memandirikan pasien pasca stroke

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini menjadi pengalaman dan dasar yang sangat berharga bagi peneliti serta menjadi acuan untuk terus menggali informasi sehingga menambah wawasan mengenai stroke dan menjadi pembelajaran untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

#### 1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu seseorang dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Priyoto, 2014).

Pengetahuan adalah sesuatu yang menjelaskan tentang adanya sesuatu hal yang diperoleh secara biasa atau sehari-hari melalui pengalaman, kesadaran, informasi, sebagainya. Pengetahuan mempunyai cakupan yang lebih luas dari pada ilmu dan merupakan hasil dari kerja pancaindra (Sinaulan, 2017).

Pengetahuan selalu menuntut adanya subyek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan objek yang merupakan sesuatu yang dihadapi sebagai hal yang ingin diketahuinya. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap sesuatu atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu objek yang dihadapinya, atau hasil usaha manusia untuk memahami suatu objek tertentu (Surajiyo, 2009).

#### 2. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut (Notoadmojo, 2010) ada beberapa cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu;

##### a. Cara Coba-Salah ( *Trial and error* )

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, maka dicoba dengan kemungkinan ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba kemungkinan keempat dan

seterusnya. Sampai masalah tersebut dapat dipecahkan. Itulah sebabnya cara ini disebut metode trial (coba) and error (gagal atau salah).

b. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun, dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli-ahli ilmu pengetahuan. Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa yang dikemukakan adalah benar.

c. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan.

d. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan, cara-cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui deduksi maupun induksi.

e. Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*).

f. Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan, cara-cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui deduksi maupun induksi.

g. Cara Modern dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*).

### 3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut (Priyoto, 2014) mengungkapkan ada tujuh faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

a. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan mengalami perubahan aspek fisik dan psikologis (mental). Secara garis besar, pertumbuhan fisik terdiri atas empat kategorik perubahan yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama, dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini terjadi karena pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental, taraf berpikir seseorang menjadi semakin matang dan dewasa.

b. Pendidikan

Pendidikan yang diberikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahami sesuatu hal. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya pengetahuan yang dimilikinya akan semakin banyak. Sebaliknya, jika seseorang memiliki tingkat pendidikan rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap orang tersebut terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan.

c. Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan

menekuni suatu hal, sehingga seseorang memperoleh pengetahuan yang lebih.

d. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu kejadian yang pernah dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Orang cenderung berusaha melupakan pengalaman yang kurang baik. Sebaliknya, jika pengalaman tersebut menyenangkan, maka secara psikologis mampu menimbulkan kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaan seseorang. Pengalaman baik ini akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

e. Lingkungan

Lingkungan dapat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang. Kebudayaan tempat kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai sikap menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap yang selalu menjaga kebersihan lingkungan.

f. Pekerjaan

Pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru. Orang yang memiliki sumber informasi yang lebih baik akan memiliki pengetahuan yang lebih luas pula. Salah satu sumber informasi yang berperan penting bagi pengetahuan adalah media masa.



#### 4. Tingkat pengetahuan

Menurut (Priyoto, 2014) secara garis besar pengetahuan dibagi menjadi dalam 6 tingkat, yaitu:

a. Tahu (*know*)

tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini hanya sebagai *recall* mengingat kembali memori yang telah dipelajari sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek atau materi yang diketahui, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan orang yang telah paham objek atau materi dapat menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan seseorang yang telah memahami objek atau materi yang telah dipelajari, sehingga dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang telah diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, serta mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Kemampuan analisis penggunaan kata kerja yang dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, mengelompokkan dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk meletakkan atau menghubungkan dalam satu hubungan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi, ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

## 5. Pengukuran Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2010) pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden kedalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatnya. Adapun jenis pertanyaan yang dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

a. Pertanyaan Subjektif

Penggunaan pertanyaan subjektif dengan jenis essay digunakan dengan penilaian yang melibatkan factor subkjektif dari penilaian. Sehingga hasil nilai akan berbeda dari setiap penilaian dari waktu ke waktu.

b. Pertanyaan objektif

Jenis pertanyaan objektif seperti pilihan ganda (*multiple choise*), betul salah dan pertanyaan menjodohkan dapat nilai secara pasti oleh penilai.

## 6. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Penilaian pengetahuan menurut (Arikunto, 2010) pengukuran tingkat dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu :

- a. Baik : dengan presentase 76%-100%
- b. Cukup : dengan presentase 56%-75%
- c. Kurang : dengan presentase <56%

## **B. Tinjauan Umum Tentang Kebutuhan Sehari-Hari Activity Daily Living**

### **1. Definisi Activity Daily Living (ADL)**

Activity Daily Living (ADL) merupakan aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari (Smeltzer & Bare, 2012) istilah ADL mengacu kepada aktivitas harian yang dibutuhkan dalam kehidupan secara mandiri dan juga berhubungan dengan manajemen perawatan diri seperti berpakaian, mandi, makan, menggunakan toilet, manajemen kontinensia, berpindah, dan mobilitas dasar (whitehead et al.,2013)

### **2. Macam-Macam Activity Daily living (ADL)**

Menurut (Sugiarto, 2005), macam-macam ADL yaitu :

- a. Activity Daily Living dasar, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukan kontinensia buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.
- b. Activity Daily Living Instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas dan koin, menghitung, memberi kembalian.
- c. Activity Daily Living Vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah
- d. Activity Daily Living Non Vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi dan mengisi waktu luang.

### **3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemenuhan Activity Daily Living (ADL)**

Menurut (Junaidi, 2011) factor yang mempengaruhi ADL pada pasien stroke adalah :

- a. Jenis stroke dan tingkat keparahan stroke

(Junaidi, 2011) menyebutkan bahwa pasien dengan stroke infark memiliki prognosis yang lebih baik dibandingkan pasien yang mengalami

stroke hemoragik. Selain itu, tingkat keparahan stroke yang dialami pasien menjadi factor penting dalam menentukan kemampuan pasien melakukan ADL. Hal tersebut dikarenakan kondisi stroke yang semakin parah akan menghambat proses rehabilitasi dalam mengembalikan kemampuan ADL pasien.

b. Komplikasi Penyakit

Sebagian besar pasien yang angka ketergantungan ADL tinggi merupakan pasien yang memiliki komplikasi penyakit dibandingkan dengan tingkat ketergantungan ADL sedang sampai ringan (Junaidi, 2011). Komplikasi penyakit yang terjadi pada pasien adalah hipertensi, diabetes mellitus, dan juga penyakit jantung koroner yang dikarenakan hipertensi. Hipertensi dapat menipiskan dinding pembuluh darah dan merusak bagian dalam pembuluh darah dan merusak bagian dalam pembuluh darah yang mendorong terbentuknya plak arterosklerosis sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan atau perdarahan otak (Junaidi, 2011).

c. Usia

Semakin tua usia pasien maka semakin berat tingkat ketergantungannya dalam melakukan aktivitas. Hal ini terjadi karena penurunan fungsi tubuh yang terjadi pada pasien karena umurnya sudah lansia dan mereka merasa sudah tua, sehingga dalam melakukan pengobatan mereka cenderung tidak begitu aktif sehingga penyembuhan pun semakin lama dan tidak optimal. Usia tua mengakibatkan daya tahan jasmani maupun rohani pria ataupun wanita menjadi sangat berkurang (Junaidi, 2011)

d. Dukungan Keluarga

Berdasarkan data dari FAC (*Family Caregiver Alliance*) menyatakan bahwa pasien stroke yang mendapatkan system dukungan sosial dan fungsi caregiving dari keluarga yang baik untuk membantu kebutuhan pemulihan fungsi kemampuan ADL pasien stroke.

#### 4. Cara Pengukuran Activity Living Daily (ADL)

##### a. Indeks Barthel

Pengukuran aktivitas dan tingkat ketergantungan sehari-hari dapat diukur menggunakan *Indeks Barthel* (IB). *Indeks barthel* digunakan untuk mengukur kemampuan pasien dengan gangguan neuromuskuler atau musculoskeletal untuk merawat dirinya sendiri. Pengukuran mungkin yang paling banyak digunakan pada pasien dengan kecacatan fungsional. Penilaian *indeks barthel* sangat sederhana terdiri dari 10 komponen kegiatan umum sehari-hari dan penilaiannya menggunakan sistem pembobotan (salter,2013).

Indeks barthel memuat 10 penilaian antara 0 (ketergantungan total) sampai 20 (mandiri) yang terdiri dari makan, mandi, kebersihan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, pindah posisi, mobilisasi, naik turun tangga.

##### b. Indeks Katz

Menurut (Mariyam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedi, & Irwan, 2011) indeks katz adalah suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat. Pengkajian ini menggunakan indeks kemandirian Katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam makan, kontinen (BAB atau BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian dengan analisa hasil 0 (ketergantungan) dan 17 (mandiri).

### C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

#### 1. Definisi Stroke

Stroke adalah penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global, akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan atau sumbatan dengan gejala dan tanda sesuai dengan bagian otak yang

terkena dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat atau kematian (Junaidi, 2011).

Menurut WHO, stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis fokal maupun global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian akibat gangguan peredaran darah atau lesi vascular.

## **2. Etiologi Stroke**

Menurut (Hernata, 2013) etiologi stroke adalah:

- a. Thrombosis, adalah gumpalan darah yang melekat pada dinding pembuluh darah, perlahan-lahan akan menutup akibat penyempitan kolesterol pada dinding arteri. Tanda-tanda terjadinya thrombus sangat bervariasi seperti sakit kepala, paralysis, tidak dapat berbicara untuk sementara waktu, pusing dan kejang. Hal ini tidak terjadi secara tiba-tiba tetapi secara bertahap.
- b. Embolisme serebral adalah bekuan darah yang dibawa menuju otak dari bagian tubuh yang lain. Emboli ini berasal dari thrombus dalam jantung, oleh karena itu emboli ini perwujudan dari penyakit jantung.
- c. Iskemik, adalah penurunan atau berkurangnya suplai darah menuju ke otak.
- d. Hemoragik serebral adalah perdarahan pada otak akibat pecahnya pembuluh darah serebral sehingga darah masuk ke dalam jaringan otak atau di sekitar otak.

## **3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi**

Menurut (Arum, 2015) ada dua faktor resiko terjadinya stroke yaitu:

- a. Faktor yang tidak dapat dirubah

1. Usia

Semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar pula resiko seseorang untuk terkena stroke. Hal ini terjadi karena proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah dan tidak dapat dipungkiri. Pada masa usia lanjut, pembuluh darah akan mengalami penurunan fungsi, sehingga menjadi lebih kaku karena adanya plak

didalam pembuluh darah. Penimbunan plak yang berlebihan akan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke dalam tubuh, termasuk otak. Pada usia memasuki 50 tahun resiko stroke menjadi berlipat ganda setiap usia bertambah 10 tahun (Lingga, 2013).

(Ghani, Mihardja, & Delima, 2016) mengatakan bahwa serangan stroke saat ini telah bergeser ke usia yang lebih muda yaitu sekitar 40 tahun. Dimana artinya orang dewasa memiliki resiko terserang stroke hemoragik lebih banyak dari pada stroke non hemoragik.

## 2. Riwayat Keluarga

Riwayat keluarga merupakan salah satu faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian stroke. Apabila salah satu anggota keluarga pernah mengalami stroke, maka kemungkinan keturunan anggota keluarganya akan beresiko terkena stroke dibandingkan dengan seseorang yang tanpa memiliki riwayat stroke dalam anggota keluarganya. Hal ini berhubungan dengan kejadian stroke pada usia muda.

## 3. Jenis Kelamin

Menurut (Ghani et al., 2016) kejadian stroke pada laki-laki lebih banyak dibanding dengan perempuan. Hal ini berhubungan dengan gaya hidup, laki-laki cenderung merokok dan mengkonsumsi alkohol sehingga kandungan didalam rokok dan alkohol dapat merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

## 4. Ras

Hasil penelitian terbaru menunjukkan resiko stroke pada orang Afrika-Karibia dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan orang non afrika karibia. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh tekanan darah tinggi dan diabetes yang lebih sering terjadi pada orang Afrika-Karibia dari pada orang non Afrika-Karibia. Hal ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor lingkungan dan genetik.

## b. Faktor yang dapat diubah

### 1. Hipertensi

Hipertensi sering disebut sebagai penyebab utama terjadinya stroke. Hal ini disebabkan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Hipertensi menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah karena adanya tekanan darah yang melebihi batas normal dan pelepasan kolagen.

Endotel yang terkelupas menyebabkan membran basal bermuatan positif menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Selain itu, terdapat pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah yang stabil dan bila pembuluh darah tidak kuat lagi menahan tekanan darah yang tinggi akan berakibat fatal pecahnya pembuluh darah pada otak maka terjadilah stroke.

### 2. Penyakit Jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard merupakan penyebab terbesar terjadinya stroke. Dimana jantung adalah pusat aliran darah dalam tubuh kita. Apabila terjadi kerusakan pada sistem pusat pengatur aliran darah, maka suplai darah menuju ke seluruh bagian tubuh akan terganggu terutama pada otak. Gangguan aliran darah ini akan menyebabkan kematian pada jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

### 3. Obesitas

Obesitas dapat menjadi penentu utama dari penyakit penyerta yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas. Obesitas merupakan faktor penyebab terjadinya stroke. Hal ini berkaitan dengan adanya penumpukan LDL (*Low Density Lipoprotein*) didalam pembuluh darah. Penumpukan ini akan mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah sehingga aliran darah menuju ke otak dan seluruh bagian tubuh menjadi terganggu.



#### 4. Diabetes Melitus

Diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar atau pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkannya pembentukan trombus dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri.

#### 5. Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kolesterol didalam darah berlebihan. Keadaan ini akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini apa bila terjadi terlalu lama akan mengganggu suplai darah menuju otak.

#### 6. Merokok

Kebiasaan merokok telah terbukti dapat menyebabkan seseorang terkena stroke. Merokok akan mengganggu kemampuan darah untuk mengikat oksigen dan merusak kelenturan sel darah merah.

#### 7. Perubahan Gaya Hidup

Seseorang yang tidak menjalankan perilaku hidup sehat dan kurang beraktivitas seperti makan makanan yang mengandung banyak gula, garam, lemak, tidak berolahraga dan tidak melakukan *medical chek up* secara rutin pada saat mengkonsumsi banyak makanan yang mengandung garam akan menyebabkan seseorang terkena stroke.

#### 4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala stroke dapat diamati dari beberapa hal seperti berikut:

- a. Kelumpuhan lengan dan tungkai salah satu sisi tubuh ataupun kedua sisi tubuh.
- b. Adanya gangguan dalam menelan makanan dan minuman.
- c. Menurunnya kemampuan dalam indra penciuman dan perasa.
- d. Hemiplegia, kaku dan menurunnya fungsi motorik.
- e. Kehilangan keseimbangan.
- f. Gangguan penglihatan.
- g. Gangguan dalam berbicara seperti bicara tidak jelas bahkan kesulitan dalam mengucapkan kata-kata.
- h. Kesulitan dalam berjalan dan melangkahakan kaki bahkan sampai mengalami kelumpuhan.
- i. Mengalami penurunan kesadaran.
- j. Tidak dapat memahami pembicaraan orang lain.

#### 5. Klasifikasi

Menurut (WHO, 2014) Terdapat dua tipe utama dari stroke yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

- a. Stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi karena adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang disebabkan oleh tumpukan thrombus pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah menuju ke otak menjadi terhenti. Stroke iskemik pada umumnya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penimbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri) atau pada pembuluh darah kecil.

(Wardhana, 2011) menyatakan bahwa stroke iskemik secara patogenesis dibagi menjadi dua yaitu:

1. Stroke trombolitik

Stroke trombolitik adalah stroke yang disebabkan karena trombosis pada arteri karotik interna yang secara langsung masuk ke arteri serebri media.

## 2. Stroke embolitik

Stroke embolitik adalah stroke yang disebabkan karena embolitik pada umumnya berasal dari jantung.

### b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat benturan keras pada kepala atau terjadi peningkatan tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah ini akan menyebabkan darah memenuhi jaringan otak disekitar pembuluh darah sehingga suplai darah menjadi terganggu dan terjadi penurunan fungsi otak. Penyebab lain terjadi stroke hemoragik adalah adanya penyumbatan pada dinding pembuluh darah yang rapuh (aneurisme), mudah menggelembung dan rawan pecah yang pada umumnya terjadi pada usia lanjut karena faktor keturunan.

Menurut (Wardhana, 2011) stroke hemoragik dibagi menjadi dua kategori yaitu:

#### 1. Stroke Hemoragik Intraserebral (SHI)

Stroke hemoragik intraserebral yaitu perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak. Gejala yang sering terjadi yaitu nyeri kepala berat, lemah, muntah dan adanya darah pada subarakhnoid pada pemeriksaan fungsi lumbal merupakan gejala penyerta yang paling khas. Pada perdarahan intrakranial seseorang bisa terjadi penurunan kesadaran bahkan koma, kelumpuhan pada satu sisi atau kedua sisi tubuh, gangguan pernapasan atau gangguan pada jantung, atau bahkan kematian.

#### 2. Perdarahan Subarakhnoid (PSA)

Perdarahan subarakhnoid merupakan keadaan yang akut. Perdarahan ini terjadi pada ruang yang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak. Perdarahan yang terjadi dirongga subarakhnoid akan merangsang selaput otak sehingga menimbulkan meningitis kimiawi. Darah yang sampai

pada ventrikel (rongga-rongga kecil) akan terjadi penggumpalan dan mengakibatkan hidrosefalus akut.

## **6. Patofisiologi Stroke**

Otak sangat bergantung kepada oksigen, apabila tidak adanya suplai oksigen kedalam otak maka metabolisme di otak akan mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemik dalam waktu yang cukup lama akan menyebabkan sel mati secara permanen dan menjadi infark otak yang disertai oedem otak. Sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara permanen akan bergantung pada bagian daerah otak mana yang mengalami stroke. Stroke itu sendiri disebabkan karena adanya arterosklerosis (Junaidi, 2011).

Arterosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat pada dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah menuju ke jaringan otak. Arterosklerosis juga dapat menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidak efektifan perfusi jaringan otak. Arterosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau thrombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arterosklerosis pada bagian thrombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah.

Tabel 2.1 Level Stroke

|         |  |   |
|---------|--|---|
| Level 1 | <p><b>Tidak seimbang</b><br/>(berbaring)<br/>Cara : mengkaji balance kepala<br/>Hasil : mampu merebahkan diri, tidak dapat menyeimbangkan kepala dan aktivitas sangat minim</p>                | <p><b>Functional level 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan di tempat tidur</li> <li>• Bantu pasien dalam pemenuhan ADL di tempat tidur</li> <li>• Atasi ketakutan/ kecemasan pasien</li> <li>• Bantu pasien sedikit beraktivitas</li> </ul>  |
| Level 2 | <p><b>Tidak seimbang</b><br/>(berbaring)<br/>Cara : melakukan balance kepala<br/>Hasil : mampu merebahkan diri, dapat menyeimbangkan kepala dan melakukan aktivitas.</p>                       | <p><b>Functional level 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan di tempat tidur</li> <li>• Libatkan pasien dalam pemenuhan ADL</li> <li>• Gunakan kemampuan pasien</li> <li>• Stimulasi dan libatkan sisi tangan yang paresse/plegia dalam aktivitas</li> <li>• Perawat bersiap membimbing</li> </ul>   |
| Level 3 | <p><b>Keseimbangan sedang</b><br/>(duduk)<br/>Cara : memberi posisi duduk beruntai<br/>Hasil : mampu duduk tapi tidak dapat berkegiatan sedikitpun (tidak dapat melakukan 2 hal bersamaan)</p> | <p><b>Functional level 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perawat di sisi tubuh yang mengalami kelemahan</li> <li>• Bepindah dari tempat tidur ke kursi di bantu perawat (jika memungkinkan dan aman)</li> <li>• Minta pasien untuk menjaga keseimbangan tubuh saat duduk</li> <li>• Perawat melibatkan pasien dalam pemenuhan ADL</li> <li>• Aktivitas memandikan bagian tubuh bawah di tempat tidur</li> <li>• Aktivitas memandikan bagian atas tubuh dalam posisi duduk</li> </ul> |
| Level 4 | <p><b>Keseimbangan sedang</b><br/>(duduk)<br/>Cara : memberi posisi duduk beruntai<br/>Hasil : mampu duduk dan mampu melakukan aktivitas sedang</p>  | <p><b>Functional level 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepindah di bantu oleh perawat</li> <li>• Pasien mampu menjaga keseimbangan saat duduk</li> <li>• Aktivitas mandi sama dengan level 3</li> <li>• Aktivitas banyak dilakukan pasien</li> <li>• Bantu pasien saat kesulitan ADL</li> </ul>  |
| Level 5 | <p><b>Keseimbangan sedang</b><br/>(duduk)<br/>Cara : memberi posisi duduk beruntai<br/>Hasil : mampu duduk dan aktif</p>   | <p><b>Functional level 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dan berpakaian pada posisi duduk</li> <li>• Gunakan kemampuan pasien</li> <li>• Beri kesempatan pasien mengatasi kesulitan sendiri saat ADL</li> </ul>  |
| Level 6 | <p><b>Keseimbangan baik</b><br/>(berdiri)<br/>Cara : memberi posisi berdiri<br/>Hasil : mampu berdiri dengan sedikit aktivitas</p>   | <p><b>Functional level 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandi dan berpakaian pada posisi duduk dan berdiri</li> <li>• Stimulasi pasien memenuhi ADL-nya sendiri</li> <li>• Bantu pasien hanya jika diperlukan</li> <li>• Stimulasi pasien untuk melatih keseimbangan kaki terhadap berat tubuh</li> </ul>   |

## 7. Dampak Pasca Stroke

Klasifikasi otak berdasarkan fungsi menurut (Junaidi, 2011) :

- a. *Lobus frontal*, berfungsi untuk mengendalikan gerakan pengambilan keputusan dan perencanaan. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan kelumpuhan,kelemahan,anggota gerak,disatria.
- b. *Lobus temporal*, berfungsi untuk pendengaran, memori, emosi. Kerusakan pada lobus frontal dapat mengakibatkan gangguan pendengaran, dimensia, dan marah.
- c. *Lobus parietal*, berfungsi untuk rasa pada kulit, pemahaman bahasa. Kerusakan pada lobus parietal dapat mengakibatkan gangguan sensori dan aphasia
- d. *Lobus occipital*, berfungsi untuk penglihatan. Kerusakan pada lobus occipital dapat mengakibatkan gangguan bola mata.
- e. *Cerebellum*, berfungsi untuk koordinasi gerakan dan keseimbangan. Kerusakan pada *cerebellum* mengakibatkan keseimbangan terganggu.
- f. Batang otak, berfungsi untuk koordinasi kesadaran, mengatur pernapasan dan fungsi jantung. Kerusakan batang otak mengakibatkan gangguan pernapasan dan kematian.

## 8. Komplikasi

- a. Atrofi dan kekakuan sendi

Hal ini disebabkan karena kurangnya mobilisasi dan melakukan gerakan (Pudjiastuti & Dewi, 2011)

- b. Dekubitus

Dekubitus sering terjadi pada bagian pantat, pinggul, tumit, dan sendi kaki. Apabila hal ini berlangsung lama maka akan menyebabkan infeksi (Pudjiastuti & Dewi, 2011)

- c. Pneumonia

Pada pasien-pasien dengan stroke pada umumnya tidak dapat menelan dan batuk dengan sempurna, hal ini menyebabkan terjadinya penumpukan cairan dirongga paru-paru sehingga menyebabkan pneumonia (Pudjiastuti & Dewi, 2011).

d. Konstipasi

Pasien stroke pada umumnya terjadi perubahan dalam frekuensi dan konsistensi dalam melakukan BAB. Pasien dengan stroke biasanya defekasi kurang dari tiga minggu dan konsistensi tinja keras. Hal ini disebabkan karena adanya gangguan pada saluran pencernaan dan tidak adanya aktivitas fisik.

e. Malnutrisi

Pasien dengan stroke tidak dapat makan dan minum secara mandiri, sehingga terjadi ketidakseimbangan dalam waktu yang lama antara asupan dan kebutuhan dari energi dan protein dengan kebutuhan metabolisme yang melebihi asupan gizi.

f. Depresi

Beberapa orang selamat dari stroke juga mengalami depresi. Hal ini terjadi karena adanya perubahan pada anggota fisik sehingga timbul perasaan tidak berguna dan menyalahkan diri sendiri. Sindrom depresi mungkin sulit untuk dikenali pada pasien stroke, oleh karena itu Depresi harus dicurigai jika ada pemulihan lebih lambat dari yang diperkirakan, kerja sama pada terapi buruk dan emosi labil.

## 9. Pencegahan

Menurut (Padila, 2012) Pencegahan stroke dapat dilakukan dengan berbagai cara sebagai berikut:

- a. Mengontrol tekanan darah.
- b. Berhenti merokok.
- c. Rajin berolah raga/ melakukan aktivitas fisik.
- d. Cegah obesitas.
- e. Merubah gaya hidup.
- f. Berhenti mengkonsumsi alcohol.
- g. Rutin mengontrol kadar gula darah.
- h. Diet untuk menurunkan kolesterol dan lemak.
- i. Rutin melakukan chek up.

## 10. Discharge Planning

*Discharge planning* adalah perencanaan kepulangan pasien dan memberikan informasi kepada pasien serta keluarga tentang hal-hal yang perlu dihindari sehubungan dengan kondisi atau penyakitnya. (Kartika kwee 2016 Dalam Iuvana & Barbara 1998) mengatakan bahwa perencanaan pulang membutuhkan identifikasi kebutuhan spesifik pasien yang berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk mempersiapkan kepulangan pasien yang biasa disingkat dengan METHOD yaitu :

a. *Medication* (obat)

Pada saat sebelum pulang sebaiknya pasien mengetahui obat apa yang seharusnya di lanjutkan setelah sampai dirumah.

b. *Environment* (lingkungan)

Memastikan lingkungan yang akan ditempati saat pasien pulang aman dan nyaman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dapat membantu perkembangan kondisi pasien.

c. *Treatment* (perawatan)

Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang yang dilakukan baik oleh pasien sendiri maupun anggota keluarganya sebagai care giver.

d. *Health Teaching* (pendidikan kesehatan)

Sebelum pasien dipulangkan, terlebih dahulu diberikan edukasi tentang bagaimana mempertahankan keadaan kesehatannya termasuk tanda dan gejala dari pengobatan selanjutnya.

e. *Outpatient Referral*

Pasien sebaiknya memahami proses pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit dan dapat melakukan pengobatan dengan sebaik mungkin.

f. *Diet*

Pasien diberikan edukasi tentang pola makan yang harus di jaga dan memilih makan makanan yang sesuai dengan diet yang diberikan



## 11. Lama Masa Rehabilitasi

Rehabilitasi sedini mungkin merupakan suatu program rehabilitasi yang harus segera dilakukan untuk mencegah terjadinya kekakuan pada otot dan sendi, mencegah kontraktur, dan mengoptimalkan pengobatan. Adapun tahap proses pemulihan pada pasien stroke seperti berikut:

### a. Fase hiperakut

Fase hiperakut yaitu fase dimana segera setelah pasien terserang stroke dimulai dari pada saat sebelum masuk ke rumah sakit sampai di UGD. Pada fase ini ketepatan waktu sangatlah penting.

### b. Fase akut

Fase akut adalah tahap kritis yang berlangsung antara 4-7 hari. Pada fase ini perawatan yang diberikan bertujuan untuk menghindari terjadinya komplikasi dan memperbaiki kebutuhan oksigen ke otak (Enny & Airiza, 2015)

### c. Fase subakut (pemulihan)

Pada fase ini penderita belajar kembali fungsi motorik yang terganggu dan belajar untuk menyesuaikan diri untuk mengatasi keterbatasan yang dialaminya, baik keterbatasan fisik, mental, sosial dan lain sebagainya (Junaidi, 2011)

### **BAB III**

#### **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

##### **A. Kerangka Konseptual**

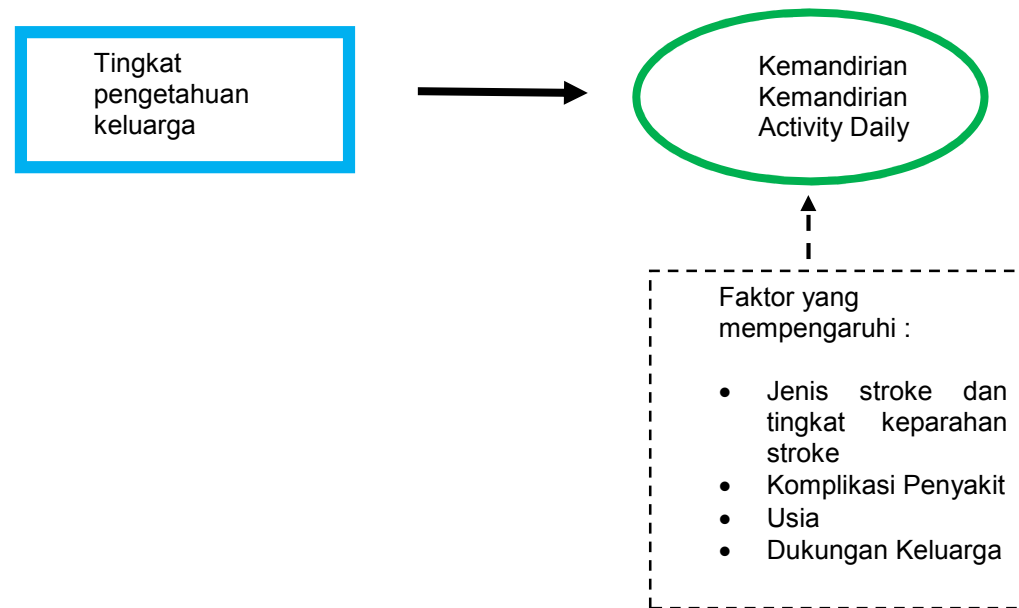
Stroke merupakan salah satu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat, yang disebabkan karena gangguan pendarahan di otak. Dampak kerusakan fungsional yang diakibatkan oleh stroke menyebabkan seseorang mengalami kecacatan yang membuat ketergantungan pada pasien stroke terhadap orang lain semakin meningkat. Strategi yang diperlukan untuk menurunkan kecacatan dan angka kematian yaitu pencegahan primer dan pengobatan yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien. Pencegahan primer yang dimaksudkan adalah mengendalikan berbagai factor risiko, dengan cara mengajari keluarga tentang pengetahuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada pasien stroke.

Pengetahuan sangat dibutuhkan oleh keluarga dalam persiapan pemberian pemenuhan kebutuhan sehari-hari kepada anggota keluarga pasca stroke. Maka pengetahuan merupakan hal yang paling penting dimana pengetahuan dapat menjadi dasar atau acuan dalam menjadi indikator keberhasilan dalam meningkatkan pemenuhan aktifitas sehari-hari (Activity Daily Living) pasien pasca stroke.

Activity Daily Living merupakan aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti berpakaian, makan, mandi, perawatan diri, buang air besar, buang air kecil, penggunaan toilet, transfer, mobilitas dan naik turun tangga.

Berdasarkan penjelasan tersebut peneliti membuat kerangka konsep penelitian yang digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :

**Gambar 3.1:** kerangka konsep hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian ADL pasien pasca stroke.



Keterangan :



: Variable Independen yang diteliti



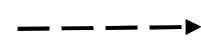
: Variabel Dependen yang diteliti



: Variabel Independen yang tidak diteliti



: Penghubung Variabel



: Penghubung Variabel lain

### B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konseptual yang digambarkan diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah, ada hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian ADL pasien pasca stroke di RS.Stella Maris Makassar.

### C. Definisi Operasional

**TABEL 3.2**

| No | Variabel                                 | Definisi Operasional   | Parameter  | Alat Ukur                  | Skala Ukur | Skor   |
|----|--|--|--|----------------------------|------------|--|
| 1. | Variabel independe: pengetahuan keluarga | Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami oleh keluarga tentang kemandirian ADL pada pasien pasca stroke                              | 1. pengertian ADL<br>2.Macam-macam ADL<br>3.Faktor-faktor pemenuhan ADL  | Kuisisioner                | Ordinal    | Baik: 41-48%<br>Cukup: 33-40%<br>Kurang: 24-32%  |
| 2. | variabel dependen: kemandirian ADL       | Kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, baik dengan bantuan maupun secara mandiri dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari | Kemampuan makan, mandi, kebersihan diri, berpakaian, BAB BAK, toilet, berpindah posisi, mobilitas dan naik tangga. | Kuisisioner Indeks Barthel | ordinal    | 20:Mandiri<br>12-19: Ketergantungan Ringan<br>9-1: Ketergantungan Sedang<br>5-8: Ketergantungan Berat<br>0-4: Ketergantungan Total |

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini termasuk penelitian Non-Eksperimental, menggunakan metode kuantitatif. Jenis penelitian yang digunakan peneliti adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan cross sectional study, yang merupakan penelitian dimana pengambilan data variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian ADL pasien pasca stroke

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

##### 1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Unit Fisioterapi RS.Stella Maris Makassar. Alasan peneliti mengambil lokasi ini karena banyak pasien stroke, lokasi penelitian dekat dengan tempat tinggal peneliti, dan mudah dijangkau.

##### 2. Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan Desember-januari 2020.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### 1. Populasi Penelitian

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang datang di ruang fisioterapi RS.Stella Maris Makassar dengan jumlah, Hemiparese 338, hemiplegia 76, paraparese 40.

##### 2. Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah Non-probability sampling dengan menggunakan pendekatan consecutive sampling yaitu pengumpulan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel terpenuhi.

Dalam penelitian ini pengambilan sampel menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel.

Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

1. Pasien pasca stroke yang tinggal bersama keluarga
2. Bisa membaca dan menulis
3. Pasien stroke > 3 bulan

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak respentatif dan tidak memenuhi syarat untuk diteliti,dengan alasan hambatan etis, menolak jadi responden atau keadaan tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian.

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

1. Mengalami afasia
2. Mengalami defisit lapang pandang

**D. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian yang dilakukan untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan daftar pertanyaan untuk mengukur tiap-tiap variabel dalam metode kuisisioner yang diberikan kepada keluarga pasien pasca stroke sebagai responden dengan metode yang dibuat dalam bentuk checklist terdiri dari 3 bagian,yaitu:

1. Karakteristik demografi responden meliputi nama,umur,jenis kelamin, pendidikan,pekerjaan.-
2. kuisisioner pengetahuan keluarga tentang kemandirian ADL

Peneliti menggunakan kuisisioner untuk mengukur pengetahuan keluarga yaitu yang terdiri dari 24 pertanyaan. Dibagi dalam 3 aspek yaitu pengertian

ADL, macam-macam ADL dan factor-faktor ADL. Pengertian ADL terdiri dari 1 pertanyaan yaitu nomor (1).

Macam-macam ADL terdiri dari 22 pertanyaan yaitu nomor (2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23). Factor-faktor ADL terdiri dari 1 pertanyaan (24). Kuisisioner pengetahuan keluarga tentang kemandirian ADL menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu benar (2) salah (1) masing-masing nilai dari 24 pertanyaan tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat dikategorikan yaitu : pengetahuan keluarga baik bila total skor 41-48%, pengetahuan keluarga sedang bila total skor 33-40%, pengetahuan keluarga kurang bila total skor 24-32%.

### 3. Kuisisioner Indeks Barthel

Untuk mengukur variabel dependen tentang kemandirian ADL, peneliti mengambil kuisisioner dari peneliti (ABU, 2013) yang telah baku dan reliable, dengan hasil koefisien reabilitas 0,856 dan valid percent 100.0 yang tertera pada tabel dapat dikategorikan baik yang artinya instrument tersebut dapat di percaya untuk di gunakan sebagai alat ukur pengumpulan data. *Indeks Barthel* (IB) berisi 10 pernyataan.

Item yang dinilai yaitu makan (*feeding*) pada pertanyaan (1), Mandi (*Bathing*) pada pertanyaan (2), perawatan diri (*Grooming*) pada pertanyaan (3), berpakaian (*Dressing*) pada pertanyaan (4), buang air kecil (*Bowel*) pada pertanyaan (5), buang air besar (*Bladder*) pada pertanyaan (6), penggunaan toilet pada pertanyaan(7),Berubah sikap dari berba ring ke duduk pada pertanyaan (8), Mobilitas fisik pada pertanyaan (9), naik turun tangga pada pertanyaan (10).

## E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini perlu adanya rekomendasi dari institusi kampus Stik Stella Maris Makasar dengan mengajukan permohonan izin kepada instasi tempat penelitian yakni RS.Stella Maris Makassar yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

a. *Informed consent* (lembar persetujuan)

Merupakan persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian. Jika responden bersedia menjadi subjek penelitian maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia menjadi subjek penelitian maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut di berikan inisial atau kode.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan responden di jamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil peneliti. Data yang telah dikumpulkan disimpan di dalam disk dan hanya di akses oleh peneliti dan pembimbing.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini di lakukan dengan 2 cara, yaitu:

1. Data primer

Data primer di peroleh secara langsung melalui penyebaran kuisisioner mengenai pengetahuan keluarga dengan kemandirian ADL kepada responden yang menjadi sampel penelitian dan bersedia untuk diteliti.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan instansi rumah sakit yang berkaitan dengan masalah yang diteliti berupa jumlah pasien stroke di RS Stella Maris Makassar.



## F. Pengolahan Data dan Penyajian Data

Dalam penelitian ini pengolahan dan penyajian data yang digunakan adalah analisis data statistik. Pada tahapan ini dilakukan kegiatan-kegiatan pendahuluan dan analisis kuantitatif yang meliputi :

### 1. *Editing*

*Editing* adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa jawaban yang dilakukan instrument yang telah diteliti, agar mengurangi kesalahan pengisian, memastikan bahwa instrument telah diisi oleh semua responden, memeriksa apakah tulisan responden dapat dibaca oleh peneliti dan memastikan apakah jawaban responden sesuai dengan pertanyaan yang diberikan.

### 2. *Coding* (Pemeriksaan Kode)

Di lakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu, dengan memberi symbol pada setiap kuisisioner yang telah di isi oleh responden.

### 3. *Entry data* (memasukan data)

Data di masukan dan diolah dengan menggunakan program computer.

### 4. *Cleaning* (Pembersihan data)

*Cleaning* adalah kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di masukan kedalam computer untuk melihat apakah terdapat kesalahan atau tidak.

### 5. *Tabulasi*

Data diolah dalam bentuk tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Penyajian data yang digunakan dalam bentuk table di masukan ke dalam program SPSS untuk dilakukan pengolahan data

## G. Analisa data

Data yang sudah terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasikan menggunakan metode statistik dengan menggunakan komputer.

### 1. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan terhadap masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel pengetahuan keluarga (variabel independen) dan tingkat kemandirian ADL (variabel dependen) untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel yang diteliti.

### 2. Analisa Bivariat

Analisa ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian ADL pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar) dari setiap variabel dan jika memenuhi syarat maka dilanjutkan dengan uji statistik non parametrik yaitu uji chi square dengan metode pearson chi square dan jika tidak memenuhi menggunakan uji alternative yaitu penggabungan sel dengan nilai 5% ( $\alpha=0,05$ ) dengan formulasi chi square sebagai berikut :

- a. Apabila  $p < \alpha$  artinya ada hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kemandirian ADL pada pasien pasca stroke.
- b. Apabila  $p \geq \alpha$  artinya tidak ada hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kemandirian ADL pada pasien pasca stroke.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Penelitian

##### 1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang dimulai pada tanggal 31 november 2019 sampai dengan 07 desember 2019. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *Nonprobability Sampling*, menggunakan pendekatan *consecutive sampling* yaitu pasien *pasca* stroke yang tinggal bersama keluarga, bisa membaca dan menulis serta pasien stroke > 3 bulan sebanyak 41 responden.

Langkah awal dalam penelitian yaitu mengurus surat izin melakukan penelitian dari kampus STIK Stella Maris, kemudian menyerahkan surat izin ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar . setelah mendapatkan surat izin penelitian dari pihak RS, maka peneliti melakukan pengumpulan data.

Pengumpulan data dengan cara pengambilan data primer secara langsung menggunakan alat pengukuran berupa lembar kuesioner pengetahuan keluarga dan intstrumen *indeks barthel* sebagai alat ukur. Dan pengolahan data menggunakan program computer SPSS (*Statistical Package For Social Science*) versi 25. Data di analisis dengan menggunakan uji statistik *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ . Apabila nilai  $p < \alpha$  artinya ada hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pada pasien *pasca* stroke di RS.Stells Maris Makassar.

##### 2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris merupakan salah satu rumah sakit swasta Katolik di Kota Madya Makassar Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Stella Maris didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939, dan kegiatannya dimulai dari 7 januari 1940 berdasarkan surat izin oleh menteri kesehatan (Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I). Rumah Sakit Stella Maris, terletak di Jalan Somba Opu No. 273 Kelurahan

Losari, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan yang berbatasan dengan jalan Datu museng untuk sebelah kanan dan jalan Maipa untuk sebelah kiri.

Berdirinya Rumah Sakit Stella Maris di pelopori dan didirikan oleh kongregasi tarekat Jesus Maria Joseph (JMJ), dan saat ini dinaungi oleh PT. Citra Ratna Nirmala sebagai pemilik Rumah Sakit. Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih kristus pada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat umum, termasuk mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

Visi misi ini selanjutnya diuraikan untuk melanjutkan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya.

Berikut ini adalah uraian visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris :

a) Uraian visi

- 1) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan
- 2) Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

b) Uraian misi

- 1) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (option for the poor).
- 2) Penuh dengan mutu keperawatan prima.
- 3) Pelayanan yang adil dan merata.
- 4) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif.
- 5) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

### 3. Data Umum Responden

Data yang menyangkut karakteristik dari responden akan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 5.1  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan kelompok Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Pekerjaan Pada Keluarga Pasien *Pasca* Stroke

| Kelompok Umur              | Frekuensi (f) | Persentase (%) |
|----------------------------|---------------|----------------|
| 17-25 tahun                | 6             | 14,6           |
| 26-35 tahun                | 9             | 22,0           |
| 36-45 tahun                | 6             | 14,6           |
| 46-55 tahun                | 20            | 48,8           |
| <b>Jenis Kelamin</b>       |               |                |
| Laki-Laki                  | 20            | 48,8           |
| Perempuan                  | 21            | 51,2           |
| <b>Pendidikan Terakhir</b> |               |                |
| SMP                        | 5             | 12,2           |
| SMA                        | 20            | 48,8           |
| D3                         | 6             | 14,6           |
| S1                         | 9             | 22,0           |
| S2                         | 1             | 2,4            |
| <b>Pekerjaan</b>           |               |                |
| Belum Kerja                | 7             | 17,1           |
| IRT                        | 13            | 31,7           |
| Wiraswasta                 | 11            | 26,8           |
| Pegawai Swasta             | 5             | 12,2           |
| PNS                        | 4             | 9,8            |
| Dosen                      | 1             | 2,4            |
| <b>Total</b>               | <b>41</b>     | <b>100,0</b>   |

Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh data 41 responden dengan jumlah responden terbanyak pada kelompok umur 46-55 tahun yaitu 20 (48,8%) responden dan umur terendah berada pada 17-25 dan 36-45 yaitu 6 (14,6%) responden. Pada jenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 21 (51,2%) responden dan jumlah responden terkecil adalah berjenis kelamin laki-laki berjumlah 20 (48,8%). Responden.

Berdasarkan tingkat pendidikan keluarga pasien pasca stroke yaitu tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA berjumlah 20 (48,8%), responden dengan tingkat pendidikan terkecil yaitu S2 (2,4%) responden. Berdasarkan pekerjaan keluarga pasien pasca stroke, jumlah pekerjaan responden terbanyak adalah IRT yaitu berjumlah 13 (31,7%) responden dan jumlah responden terkecil, dosen berjumlah 1 (2,4%) responden.

#### 4. Hasil Analisa variabel yang diteliti

##### a. Analisa Univariat

##### 1. Pengetahuan Keluarga

Tabel 5.2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan  
Pengetahuan Keluarga

| Pengetahuan keluarga | frekuensi | Persentase (%) |
|----------------------|-----------|----------------|
| Baik                 | 23        | 56,1           |
| Cukup                | 4         | 9,8            |
| Kurang               | 14        | 34,1           |
| Total                | 41        | 100,0          |

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat pengetahuan keluarga tentang kemandirian *Activity Daily Living* lebih banyak berada pada kategori baik berjumlah 23 (56,1%) responden, dan untuk kategori terendah berada pada kategori cukup berjumlah 4 (9,8%) responden.

2. *Activity Daily Living*

Tabel 5.3  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Activity Daily Living*  
pasien *pasca* stroke

| ADL                   | Frekuensi | Persentase (%) |
|-----------------------|-----------|----------------|
| Mandiri               | 16        | 39,0           |
| Ketergantungan Ringan | 10        | 24,4           |
| Ketergantungan sedang | 7         | 17,1           |
| Ketergantungan berat  | 8         | 19,5           |
| <b>total</b>          | 41        | 100,0          |

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, menunjukkan dari 41 responden berjumlah 16 (39,0%) responden yang melakukan *activity daily living* secara mandiri. Sedangkan yang mengalami ketergantungan sedang berjumlah 7 (17,1%) responden.

## b. Analisa Bivariat

Tabel 5.4  
Analisa hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Kemandirian  
*Activity Daily Living*

| Pengetahuan<br>keluarga | <i>Activity Daily Living</i>  |      |                                 |      |          |      | Total | Nilai P |
|-------------------------|-------------------------------|------|---------------------------------|------|----------|------|-------|---------|
|                         | Ketergantungan<br>Total+Berat |      | Ketergantungan<br>Sedang+Ringan |      | Mandiri  |      |       |         |
|                         | <i>f</i>                      | %    | <i>f</i>                        | %    | <i>f</i> | %    |       |         |
| Cukup+Baik              | 3                             | 7,3  | 8                               | 19,5 | 16       | 39,0 |       |         |
| Kurang                  | 5                             | 12,2 | 9                               | 22,0 | 0        | 0,0  | 41    | 100     |
| Total                   | 8                             | 19,5 | 17                              | 41,5 | 16       | 39,0 |       | 0,01    |

Dalam penelitian ini, analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pasien *pasca* stroke yang masih menjalani perawatan rawat jalan. Berdasarkan hasil uji statistic menggunakan uji *chi-square* dengan tabel 3x5 tidak terbaca pada *pearson chi-square*. Karena nilai *expected count* <5 dan >20% sel, sehingga langka selanjutnya dilakukan transformasi data

(penggabungan sel) dengan menggabungkan kategorik cukup + baik pada variabel independen. Alasan peneliti menggabungkan kategori cukup+baik karena hasil datanya lebih cenderung pada kategori cukup, maka diperoleh tabel 2x3 seperti yang tertera pada tabel 5.4 dengan nilai  $p=0,01 < \alpha=0,05$ , ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan *activity daily living* pasien *pasca* stroke di unit fisioterapi RS.Stella Maris Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian analisis yang telah dilakukan oleh peneliti, dari 41 responden didapatkan pengetahuan keluarga yang kurang dengan *activity daily living* ketergantungan total+berat yaitu 5 (12,2%) responden,, pengetahuan keluarga kurang dengan *activity daily living* ketergantungan sedang+ringan 9 (22,0%) responden dan pengetahuan keluarga kurang dengan *activity daily living* mandiri 0 (0,0%) responden. Sementara itu data lain menunjukkan pegabungan sel cukup+baik dengan *activity daily living* dengan ketergantungan total+berat sebanyak 3 (7,3%) responden, pengetahuan keluarga cukup+baik dengan *activity daily living* ketergantungan sedang+ringan yaitu 8 (19,5%) dan pengetahuan keluarga cukup+baik dengan *activity daily living* mandiri yaitu 16 (39,0%).



## B. Pembahasan

### 1. Pengetahuan keluarga pada pasien *pasca* stroke.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan disimpulkan bahwa dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* diperoleh nilai  $p = 0,01$  hal ini menunjukkan nilai  $p < \alpha$ . Hasil yang didapatkan didukung oleh data yang mengatakan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan keluarga yang baik dalam melakukan *activity daily livingnya* secara mandiri dengan jumlah 16 (39,0) responden.

Hal ini diperkuat oleh pendapat, (Notoadmojo, 2010) mengatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang untuk lebih muda menerima pengetahuan baru dan semakin tinggi pengetahuan seseorang maka akan baik pengetahuannya, jadi tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu objek sangat di tentukan oleh tingkat pendidikan.

Hal ini sesuai dengan teori (Fetriyah et al., 2016) tentang pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga *pasca* stroke, mendapatkan hasil, seluruh anggota keluarga mengalami perubahan peran dalam keluarga, dan dalam kesimpulan peneliti mengemukakan bahwa keluarga mampu merawat anggota keluarga *pasca* stroke dengan mencari dukungan dan informasi dari warga sekitar. Artinya, informasi merupakan hal yang penting dimana semakin luas informasi yang didapatkan maka pengetahuan yang dimiliki seseorang akan baik pula.

Berdasarkan hasil penelitian ini juga di dapatkan bahwa pengetahuan keluarga yang kurang dan pasien mengalami ketergantungan melakukan *activity daily living*. Hal ini di pengaruhi oleh berat atau ringannya dampak serangan stroke bervariasi, tergantung pada lokasi dan luas daerah otak yang rusak bila aliran darah terputus hanya pada area yang kecil atau terjadi pada daerah otak yang tidak rawan, efeknya ringan dan berlangsung sementara. Sebaliknya, bila aliran darah terputus pada daerah luas atau bagian otak vital, terjadi kelumpuhan yang parah sampai pada kematian (Haryanto, 2017).

Hal ini sejalan dengan teori Endrayani (2011) bahwa pada keadaan setelah stroke terjadi keadaan perubahan-perubahan yang menghambat aktivitas pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari.

Dari hasil penelitian dan pernyataan teori diatas peneliti berasumsi bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik terjadi karena responden memiliki tingkat pendidikan minimal SMA. Kita ketahui bahwa 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 seseorang yang pendidikan rendah mutlak memiliki pengetahuan yang rendah pula. Hal ini mengingatkan bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak di pengaruhi oleh pendidikan formal saja, akan tetapi diperoleh melalui pendidikan non formal pula. Selain itu juga, keluarga memegang peranan penting dalam menentukan proses penyembuhan seseorang termasuk pada pasien stroke. Jika keluarga pasien yang mempunyai pengalaman yang luas akan lebih baik untuk pengetahuannya dalam merawat pasien *pasca* stroke. Karena keluarga merupakan orang terdekat, terpercaya, dan keterikatan fisik serta emosional seperti pada suami, istri, anak, saudara kandung, dan mertua yang memberikan dukungan berupa sikap, tindakan, dan perhatian yang sangat menentukan status kesehatan sehingga mempengaruhi kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pasien *pasca* stroke itu sendiri. Dengan adanya perhatian, kasih sayang dalam mendampingi pasien *pasca* stroke, sehingga pasien merasa lebih nyaman, optimis dan termotivasi yakin untuk sembuh sehingga aktivitas sehari-harinya dapat dilakukan secara mandiri. Bukan hanya pengetahuan keluarga yang merupakan salah satu factor yang mempengaruhi kemandirian *activity daily living* pasien *pasca* stroke. Hal lain yang mempengaruhi adalah tingkat keparahan atau bagian otak yang terserang, yang dapat mempengaruhi proses penyembuhannya. Salah satu dampak dari stroke adalah kelemahan fisik dan bahkan kelumpuhan anggota tubuh dan salah satu cara penanganan pasien *pasca* stroke yaitu melalui rehabilitasi sejak dini akan membantu dalam memandirikan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

## 2. *Activity daily living* pada pasien *pasca stroke*

Dalam penelitian ini juga, disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki *activity daily living* mandiri. Hasil ini sejalan dengan penelitian Wahyudi (2016), yang menyatakan bahwa responden yang paling banyak berada pada kategori mandiri. Meningkatnya tingkat kemandirian *activity daily living* karena responden sering melakukan rentang gerak aktif sehingga fungsi otot dan sendi pasien baik karena sering di latih bergerak.

Hal ini sesuai dengan teori plastisitas, Secara umum plastisitas otak diartikan sebagai kemampuan otak untuk melakukan re-organisasi setelah mengalami cedera (*injury*) atau karena penyakit. Otak manusia terbukti sangat adaptif dan plastis serta dapat mengadakan perubahan struktural dan fungsional apabila diberikan stimulasi lingkungan. Stimulasi lingkungan disini berupa stimulasi baik sensoris maupun motoris, diterima oleh individu sebagai sebuah pengalaman dan respon tindakan (*sensorimotor*). Diketahui juga aktivitas di otak meningkat pada saat membayangkan gerakan (*mental practice*), tanpa harus melakukan aktivitas

Hasil penelitian ini sejalan dengan Ediawati (2013) yang mengemukakan bahwa *activity daily living* adalah suatu keadaan di mana seseorang berusaha dalam arti tidak bergantung pada orang lain dalam mengambil suatu keputusan dan mampu, melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri seperti makan, mandi, perawatan diri, BAK, BAB, penggunaan toilet, mobilitas, dan naik turun tangga.

Selain itu factor yang mempengaruhi kemandirian dalam melakukan ADL dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu dukungan keluarga. Semakin tinggi dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada pasien *pasca stroke* maka semakin mandiri pasien dalam melakukan aktivitasnya dan dapat mengurangi tingkat ketergantungan pasien. Keputusan yang dibuat oleh anggota keluarga dan dukungan untuk mengikuti terapi juga akan mempengaruhi kecepatan pasien *pasca stroke* untuk mencapai kemandirian. Penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karunia (2015) , yang menyebutkan bahwa dukungan keluarga yang selalu memberikan

motivasi, penghargaan, dan informasi dapat meningkatkan semangat untuk melakukan aktivitas sehari-harinya.

Selain itu umur juga sangat berpengaruh pada kemandirian *activity daily living* pasien pasca stroke. Hasil penelitian Fadillah (2016) mengemukakan bahwa setiap rentang usia memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatannya. Di mana semakin bertambah umur seseorang akan mengalami penurunan fungsional dan berdampak pada kelemahan fisik yang akan mempengaruhi kemandirian *activity daily living* pasien pasca stroke.

Menurut asumsi peneliti bahwa antara dukungan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke sangat penting karena peran keluarga sangat membantu dalam proses pemulihan anggota keluarganya. Sehingga keluarga merupakan unit yang sangat dekat dengan pasien dan merupakan perawat utama bagi pasien, sehingga semakin tinggi atau semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien maka tingkat kemandirian dalam *activity daily living* semakin meningkat.

### 3. Hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pada pasien pasca stroke. Hasil yang didapatkan didukung oleh data yang disimpulkan bahwa dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* diperoleh nilai  $p = 0,01$  hal ini menunjukkan nilai  $p < \alpha$ . Hal ini sejalan dengan teori WHO (2010), yang mengemukakan bahwa salah satu aspek yang sangat penting dalam pemulihan pasien pasca stroke agar dapat melakukan *activity daily living* secara mandiri adalah pengetahuan keluarga. Pengetahuan adalah sesuatu yang menjelaskan tentang adanya sesuatu hal yang diperoleh secara biasa atau sehari-hari melalui pengalaman, kesadaran, informasi, sebagainya. Pengetahuan mempunyai cakupan yang lebih luas dari pada ilmu dan merupakan hasil dari kerja pancaindra.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sonatha dan Gayatri (2012) yang menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga akan mempengaruhi kesiapan anggota keluarga dalam memberikan perawatan stroke. keluarga yang memiliki pengetahuan baik tentang cara merawat pasien pasca stroke

akan memberikan perawatan yang baik bagi pasien pasca stroke dengan selalu membantu, mendukung dan mendampingi pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan proses rehabilitasi pasien stroke. Namun, berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan sebanyak 3 (7,3%) responden memiliki ketergantungan berat. Hal ini disebabkan oleh faktor lain, seperti faktor ekonomi dimana keluarga memperkerjakan asisten rumah tangga untuk mendampingi pasien dalam pemenuhan *activity daily livingnya*.

Maka dari itu peneliti berasumsi bahwa dengan pengetahuan keluarga yang baik maka ketergantungan pasien pasca stroke akan semakin baik pula. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebanyak 16 (39,0%) responden yang memiliki *activity daily living mandiri* didukung oleh pengetahuan keluarga dalam memotivasi untuk mengikuti pengobatan dan program terapi selama rehabilitasi, sehingga dapat mempertahankan dan juga meningkatkan derajat kesehatannya dengan melatih diri untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri .

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 41 responden pada tanggal 31 November 2019 sampai 07 Desember 2019 di RS.Stella Maris Makassar maka dapat disimpulkan:

1. Pengetahuan keluarga terhadap pasien pasca stroke di RS.Stella Maris Makassar sebagian besar menunjukkan pengetahuan keluarga yang baik
2. Sebagian besar pasien pasca stroke dapat melakukan activity daily living secara mandiri di RS.Stella Maris Makassar.
3. Ada hubungan pengetahuan keluarga dengan activity daily living pasien pasca stroke di RS.Stella Maris Makassar

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan dan hasil penelitian di atas maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien pasca stroke  
Agar pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri sehingga dapat meningkatkan kemandirian dan meminimalkan tingkat ketergantungan.
2. Bagi keluarga pasien pasca stroke  
Perlu ditingkatkan pengetahuan melalui penerimaan berbagai informasi tentang penanganan pasien pasca stroke yang dapat dilakukan. Dan disarankan kepada keluarga untuk lebih memperhatikan keadaan pasien.
3. Bagi RS.Stella Maris Makassar  
Lebih aktif dalam memberikan informasi langsung kepada keluarga tentang pentingnya dukungan dan motivasi kepada pasien yang menderita stroke dalam menjalankan program rehabilitasi.
4. Bagi peneliti selanjutnya  
Peneliti ini dapat dijadikan sebagai pedoman dan bahan informasi yang bermanfaat serta perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kemandirian activity daily living pada pasien pasca stroke dengan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar.

## DAFTAR PUSTAKA

- ABU, S. (2013). Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di Rsu Kabupaten Tangerang. (SKRIPSI), 1–71.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik* (Ed.Rev.201). Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Arum, puspita sheria. (2015). *STROKE, Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Enny, M., & Airiza, A. (2015). *Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah*. Jakarta: Badan Penerbit FK UI.
- F.A, N. F., Sjattar, E. L., & Hadju, V. (2016). Pengaruh Pelaksanaan Discharge Planning Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga Merawat Pasien Stroke Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusod. *JST Kesehatan*, 6, 172–178.
- Fetriyah, U. H., Firdaus, S., & Lestari, L. W. S. (2016). Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 7, 80–92. Retrieved from [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5uPHB4\\_3kAhWFj-YKHdkCAskQFjAAegQIAhAG&url=https%3A%2F%2Ffojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id%2Findex.php%2Fdksm%2Farticle%2Fview%2F62&usg=AOvVaw1v6xTENqjl4\\_6U2ivsA8t0](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj5uPHB4_3kAhWFj-YKHdkCAskQFjAAegQIAhAG&url=https%3A%2F%2Ffojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id%2Findex.php%2Fdksm%2Farticle%2Fview%2F62&usg=AOvVaw1v6xTENqjl4_6U2ivsA8t0)
- Fransiska, A., Pongantung, H., Ada, P. V., & Hingkam, V. (2018). Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Atas Pada Pasien Pasca Stroke Di Makassar. *Journal Of Islamic Nursing*, 3, 97–99.
- Ghani, L., Mihardja, L. K., & Delima. (2016). Faktor Resiko Dominan Penderita Stroke Di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44, 49–58.
- Heart, Association., A. (2014). *Heart Disease and Stroke*.
- Hernata, I. (2013). *Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains*. Yogyakarta: XDMedika. Pp 14-115.
- Ismail, H., Basri, H. M., & Nasrullah. (2014). Gambaran Pengetahuan Keluarga Terhadap Cara Merawat Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Baji Dakka Rsud. Labuang Baji Makassar. *Jurnal Media Keperawatan*, 31–42.

- Junaidi, Iskandar. (2011). *Stroke, Waspada Ancamannya* (Ed. 1; Westriningsih, ed.). Yogyakarta: C.V ANDI OFFSET.
- Kementerian Kesehatan RI Badan Penelitian dan Pengembangan. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–100. <https://doi.org/10.1517/13543784.7.5.803> Desember 2013
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Mansbridge, J. (1998). Skin Substitutes To Enhance Wound Healing. *Expert Opinion On Investigational Drugs*, 7(5), 803–809. <https://doi.org/10.1517/13543784.7.5.803>
- Mariyam, S., Ekasari, Fatma Mia, Rosidawati, Jubaedi, A., & Irwan, B. (2011). *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya* (Cet.1). Jakarta: Salemba Medika.
- Notoadmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Padila. (2012). *BUKU AJAR; Keperawatan Medikal Bedah*. Palembang: Nuha Medika.
- Priyoto. (2014). *Teori Sikap Dan Perilaku Dalam Kesehatan* (pertama). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pudjiastuti, & Dewi, R. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta: NUHA MEDIKA.
- Sinaulan, R. L. (2017). *Berfikir Filsafat Menuju Filsafat Ilmu* (pertama). Jakarta: Daulat Press.
- Smeltzer & Bare. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Sudarth* (Ed.8, Vol.). Jakarta: EGC.
- Sugiarto. (2005). *Manajemen Keperawatan Modern*. Yogyakarta: Gave Medika.
- Sugiarto, A. S. (2005). *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. (pp. 1–52). pp. 1–52. Semarang.
- Surajiyo. (2009). *Ilmu Filsafat Suatu Pengantar* (Cet. Ke-4). Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Wardhana, A. W. (2011). *Strategi Mengatasi & Bangkit Dari Stroke*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR.





SURAT IZIN PENELITIAN



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT  
PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS  
Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 8005319 Makassar  
Website : [www.stikstellamarismks.ac.id](http://www.stikstellamarismks.ac.id)

Nomor : 742/STIK-SM/S1.329/XI/2019  
Lamp. : -  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Direktur RS Stella Maris  
Di  
Makassar


Dengan hormat,  
Dalam rangka tugas akhir Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2019 / 2020, maka melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, kiranya dapat memberikan Ijin kepada mahasiswa kami untuk melaksanakan penelitian di RS Stella Maris Makassar.

Adapun mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian adalah :

1. **N a m a** : Maria Margareta Nagu  
**NIM** : C1614201028
2. **N a m a** : Yuliana Temorubun  
**NIM** : C1614201050

Judul Penelitian : "Hubungan Pengetahuan Keluarga Dengan Kemandirian Activity Daily Living (ADL) Pasien Pasca Stoke Di RS Stella Maris Makassar"

Demikianlah permohonan kami, atas perhatian dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Makassar, 20 November 2019  
Ketua  
  
Siprianus Abdu S.Si. Ns. M.Kes.  
NIDN. 0928027101

### Lampiran 3

#### LEMBAR INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama:

1. Maria Margareta Nagu (C1614201028)
2. Yuliana Temorubun (C1614201050)

Adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan STIK Stella Maris yang sedang melakukan penelitian tentang hubungan pengetahuan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* (ADL) pasien *pasca* stroke di RS Stella Maris Makassar.

Identitas semua responden dan informasi yang diperoleh dalam penelitian ini akan di jamin kerahasiaannya dan menjadi tanggung jawab kami sebagai peneliti apabila informasi yang diberikan merugikan di kemudian hari.

Bapak/ibu dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja tanpa paksaan apa pun. Jika bapak/ibu memutuskan mengundurkan diri dari penelitian ini, semua data yang diperoleh dalam penelitian ini tidak akan disalahgunakan tanpa izin responden. Informasi yang di peroleh dalam penelitian ini merupakan bahan atau data yang akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan akan dipublikasikan dalam bentuk skripsi. Atas kesediaan dan kerja sama bapak/ibu, kami mengucapkan terima kasih.

Makassar 30 Maret 2020

Peneliti I



Maria Margareta Nagu

Peneliti II



Yuliana Temorubun

**Lampiran 4**

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nomor Responden:

Menyatakan yang sebenarnya kepada peneliti, bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini dan saya akan membubuhkan nama dan tanda tangan saya sebagai tanda persetujuan. Saya telah mendapatkan penjelasan dan informasi mengenai maksud dan tujuan penelitian ini.

Demikian surat persetujuan ini saya buat secara sukarela tanpa adanya paksaan dari pihak mana pun.

Makassar 30 Maret 2020

Responden

.....

**Lampiran 5**

**KUISIONER PENELITIAN  
(PENGETAHUAN KELUARGA)**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN ADL  
PASIEN PASCA STROKE DI RS.STELLA MARIS MAKASSAR**

**PETUNJUK :**

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat sebelum menjawab
2. Beri tanda checklist (√) pada kotak pertanyaan bapak/ibu/saudara/i yang dianggap benar.
3. Mohon jawablah semua pertanyaan yang tersedia
4. Jika tidak dimengerti diberikan kesempatan untuk bertanya

**A. Identitas/Data Demografi Responden**

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :

| No | Pernyataan   | Benar | Salah |
|----|--|-------|-------|
| 1. | Activity Daily Living (ADL) merupakan aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari adalah defenisi yang tepat dari perawatan diri |       |       |
| 2. | Penderita pasca stroke harus selalu di bantu dimandikan setiap hari.   |       |       |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 3.  | Jika pasien memiliki keterbatasan kemampuan untuk berdiri lama dan belum memiliki keseimbangan yang baik, maka diperlukan kursi di saat mandi.      |  |  |
| 4.  | Dalam melakukan pekerjaan rumah, seperti: merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak dan membersihkan ruangan pasien tidak perlu diawasi      |  |  |
| 5.  | Disaat berpakaian di mulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu.   |  |  |
| 6.  | Disaat melepaskan pakaian dimulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu.  |  |  |
| 7.  | Memberi makan pada posisi berbaring akan mudah mengakibatkan tersedak.  |  |  |
| 8.  | Jika pasien masih pada level berbaring, maka pada saat makan pasien harus didudukan tegak   |  |  |
| 9.  | Pasien pasca stroke tidak boleh melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan agama, sosial, rekreasi, olahraga dan menyalurkan hoby)                 |  |  |
| 10. | Jika pasien dapat makan sendiri, sebaiknya makanan yang sulit dipotong pasien, dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah saat makan.              |  |  |
| 11. | Perawatan mulut setiap pagi dan sore sangat penting, terutama untuk pasien yang sulit atau tidak dapat menelan.                                     |  |  |
| 12. | Jika pasien mengalami gangguan buang air kecil dan buang air besar sebaiknya gunakan popok khusus (pampers) atau sesuai instruksi dokter.           |  |  |
| 13. | Pasien pasca stroke yang tidak melakukan pergerakan, mudah terkena gangguan buang air besar.  |  |  |
| 14. | Pasien pasca stroke yang terkena gangguan buang air besar perlu diberikan makanan yang mengandung banyak serat dan minum air putih 8 gelas perhari. |  |  |
| 15. | Pasien pada tahap awal setelah stroke perlu dibantu untuk duduk lalu turun dari tempat tidur  |  |  |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
|     | atau berpindah dari tempat tidur.   |  |  |
| 16. | Melakukan pergerakan aktif pada empat eksternitas pasien yang mengalami kelemahan akan mempercepat pemulihan                          |  |  |
| 17. | Pasien yang selalu baring di tempat tidur tidak boleh digerakan.  |  |  |
| 18. | Tempat tidur pasien pasca stroke sebaiknya dipasang penyanggah untuk menghindari jatuh.   |  |  |
| 19. | Jika mengalami keterbatasan untuk berdiri, gunakan kursi roda atau tongkat untuk beraktivitas dirumah.                                |  |  |
| 20. | Merubah posisi setiap 2 jam sekali yaitu miring kanan dan miring kiri merupakan contoh mobilisasi (gerakan) bagi penderita stroke.    |  |  |
| 21. | Penderita stroke tidak memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan, dan latihan menggerakkan anggota badan.                     |  |  |
| 22. | Penderita diberikan latihan rentang gerak aktif dan pasif minimal 2 kali sehari jika ada kelemahan/kelumpuhan anggota gerak.          |  |  |
| 23. | Pada saat hendak mengangkat pasien, hindari menarik lengan dan bahu yang lemah dan hindari meletakkan tangan pada kedua ketiak pasien |  |  |
| 24. | Pemenuhan perawatan diri dipengaruhi oleh berbagai factor, diantaranya Komplikasi Penyakit  |  |  |

## Lampiran 6

### KUISIONER PENELITIAN (INDEKS BARTHEL)

#### **PETUNJUK :**

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat sebelum menjawab
2. Beri tanda checklist (√) pada kotak pertanyaan bapak/ibu/saudara/i yang dianggap benar.
3. Mohon jawablah semua pertanyaan yang tersedia
4. Jika tidak dimengerti diberikan kesempatan untuk bertanya.

#### **A. Identitas/Data Demografi Responden (Keluarga)**

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir :
5. Pekerjaan :
6. Lama merawat pasien :

#### **B. Identitas/Data Demografi (Pasien)**

1. Nama Pasien (Inisial) :
2. Umur :
3. Lama Stroke :



| No. | Item yang dinilai            | Skor   | Nilai |
|-----|------------------------------|--|-------|
| 1.  | Makan<br>(Feeding)           | 0 = Pasien tidak dapat makan sendiri<br>1 = pasien mampu menggunakan peralatan makan tetapi membutuhkan bantuan dalam memotong makanan, dan lain-lain<br>2 = pasien dapat makan secara mandiri   |       |
| 2.  | Mandi<br>(Bathing)           | 0 = Pasien memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas mandi<br>1 = Pasien dapat mandi sendiri tanpa bantuan dari pengawasan  |       |
| 3.  | Perawatan diri<br>(Grooming) | 0 = pasien tidak dapat mengurus kebersihan diri dan/atau memerlukan bantuan dalam semua kegiatan membersihkan diri.<br>1 = Pasien dapat mengurus kebersihan diri seperti mencuci tangan dan wajah, menyisir rambut, menyikat gigi.             |       |
| 4.  | Berpakaian<br>(Dressing)     | 0 = Pasien tidak mampu berpakaian sendiri<br>1 = Pasien memerlukan bantuan dalam mengancing pakaian, memasang resleting, mengikat sepatu<br>2 = Pasien dapat memakai, melepaskan, mengikat atau mengait pakaian yang ditentukan dengan mandiri |       |
| 5.  | Buang air kecil<br>(Bowel)   | 0 = Pasien ketergantungan dalam mengontrol berkemih, mengompol atau telah terpasang kateter<br>1 = Pasien kadang-kadang tak terkendali (1x24 jam)<br>2 = Pasien dapat mengontrol berkemih dan tidak menggunakan kateter lebih dari 7 hari      |       |

|    |                                       |  |  |
|----|---------------------------------------|--|--|
| 6. | Buang air besar<br>(Bladder)          | <p>0 = pasien tidak dapat mengontrol BAB dan/atau tergantung dengan enema</p> <p>1 = Pasien kadang-kadang tidak dapat mengontrol BAB dan/atau membutuhkan enema 1x/minggu</p> <p>2 = Pasien dapat mengontrol BAB dan tidak membutuhkan enema</p>                                       |  |
| 7. | Penggunaan toilet                     | <p>0 = Pasien tergantung sepenuhnya dalam penggunaan toilet</p> <p>1 = Pasien memerlukan beberapa bantuan dalam penggunaan toilet atau membutuhkan pengawasan</p> <p>2 = Pasien dapat menggunakan toilet tanpa bantuan dan pengawasan</p>  |  |
| 8. | Berubah sikap dari berbaring ke duduk | <p>0 = Pasien tidak dapat duduk sendiri</p> <p>1 = Pasien mampu untuk duduk tetapi membutuhkan bantuan dari orang lain</p> <p>2 = Pasien memerlukan pengawasan dari orang lain saat duduk untuk menjaga keselamatan</p> <p>3 = Pasien secara aman mampu untuk duduk dengan mandiri</p> |  |
| 9. | Mobilitas                             | <p>0 = Pasien tidak mampu berjalan</p> <p>1 = Pasien menggunakan kursi roda</p> <p>2 = Pasien membutuhkan kehadiran seseorang untuk mengawasi berjalan</p> <p>3 = Pasien dapat berjalan dan menggunakan alat bantu 50 meter dengan mandiri tanpa pengawasan</p>                        |  |

|    |                   |  |  |
|----|-------------------|--|--|
| 10 | Naik turun tangga | <p>0 = Pasien tidak mampu menaiki tangga</p> <p>1 = Pasien mampu menaiki tangga, tetapi memerlukan bantuan orang lain dalam menaiki tangga, memegang alat bantu berjalan, atau memerlukan pengawasan untuk menjamin keselamatan</p> <p>2 = Pasien dapat naik turun tangga dengan aman tanpa bantuan atau pengawasan pasien dapat menggunakan pegangan tangan, tongkat atau kruk saat dibutuhkan.</p> |  |
|----|-------------------|--|--|

| NO | INISIAL | JUMUR | Th | KODE JK | KODE | TING. PENK | KODE | PEKERJAAN     | KODE | PENGETAHUAN |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |   |
|----|---------|-------|----|---------|------|------------|------|---------------|------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|    |         |       |    |         |      |            |      |               |      | P1          | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | P17 | P18 | P19 | P20 | P21 | P22 | P23 | P24 |   |
| 1  | Y       | 26    | 2  | L       | 1    | S1         | 4    | BK            | 1    | 2           | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2 |
| 2  | I       | 29    | 2  | L       | 1    | S1         | 4    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1 |
| 3  | S       | 55    | 4  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 4  | N       | 49    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 1           | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2  | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 5  | M       | 51    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 6  | A       | 53    | 4  | P       | 2    | D3         | 3    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   |   |
| 7  | N       | 50    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 8  | L       | 52    | 4  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   |   |
| 9  | I       | 25    | 1  | P       | 2    | SMA        | 2    | BK            | 1    | 2           | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 10 | R       | 50    | 4  | P       | 2    | SMP        | 1    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 11 | S       | 28    | 2  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 12 | F       | 53    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 13 | N       | 52    | 4  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 14 | S       | 41    | 4  | L       | 1    | D3         | 3    | PEGAWAI SWAST | 4    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   |   |
| 15 | M       | 32    | 2  | P       | 2    | SMA        | 2    | PNS           | 5    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   |   |
| 16 | S       | 48    | 4  | P       | 2    | SMP        | 1    | IRT           | 2    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 17 | E       | 47    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 1           | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   |   |
| 18 | H       | 42    | 3  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 19 | G       | 53    | 4  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 20 | B       | 54    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 21 | E       | 45    | 3  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 22 | L       | 48    | 4  | L       | 1    | S1         | 4    | PEGAWAI SWAST | 4    | 2           | 1  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 23 | C       | 30    | 2  | L       | 1    | SMA        | 2    | PNS           | 5    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 24 | G       | 26    | 1  | L       | 1    | D3         | 3    | BK            | 1    | 2           | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   |   |
| 25 | A       | 49    | 4  | L       | 1    | S2         | 5    | DOSEN EKONOMI | 6    | 2           | 1  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   |   |
| 26 | R       | 26    | 2  | P       | 2    | SMA        | 2    | BK            | 1    | 2           | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   |   |
| 27 | M       | 26    | 2  | L       | 1    | SMA        | 2    | BK            | 1    | 1           | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   |   |
| 28 | A       | 24    | 1  | L       | 1    | S1         | 4    | BK            | 1    | 1           | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   |   |
| 29 | D       | 40    | 3  | P       | 2    | S1         | 4    | PNS           | 5    | 2           | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   |   |
| 30 | F       | 46    | 4  | P       | 2    | D3         | 3    | PEGAWAI SWAST | 4    | 2           | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   |   |
| 31 | K       | 29    | 2  | L       | 1    | S1         | 4    | WIRASWASTA    | 3    | 1           | 1  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |
| 32 | Y       | 49    | 4  | L       | 1    | SMA        | 2    | WIRASWASTA    | 3    | 2           | 1  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1 |
| 33 | S       | 50    | 4  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 1  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |
| 34 | R       | 53    | 4  | P       | 2    | SMP        | 1    | IRT           | 2    | 1           | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1   | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   |   |
| 35 | K       | 45    | 3  | L       | 1    | S1         | 4    | WIRASWASTA    | 3    | 1           | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |
| 36 | C       | 30    | 2  | P       | 2    | D3         | 3    | PNS           | 5    | 1           | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |
| 37 | T       | 30    | 2  | P       | 2    | D3         | 3    | PEGAWAI SWAST | 4    | 1           | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |   |
| 38 | U       | 31    | 2  | L       | 1    | SMP        | 1    | BK            | 1    | 2           | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 1   | 2   | 2   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |
| 39 | T       | 40    | 3  | P       | 2    | SMP        | 1    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 2   | 2   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   |   |
| 40 | K       | 40    | 3  | L       | 1    | SMA        | 2    | PEGAWAI SWAST | 4    | 2           | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 2   | 1   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   |   |
| 41 | A       | 31    | 2  | P       | 2    | SMA        | 2    | IRT           | 2    | 2           | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 2   |   |

| TOTAL | KATEGORI | KODE | KEMANDIRIAN ADL |    |    |    |    |    |    |    |    |     | TOTAL | KATEGORI | KODE |
|-------|----------|------|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|------|
|       |          |      | N1              | N2 | N3 | N4 | N5 | N6 | N7 | N8 | N9 | N10 |       |          |      |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 43    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 42    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 42    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 42    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 42    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 43    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 43    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 41    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 20    | MANDIRI  | 5    |
| 42    | BAIK     | 3    | 1               | 0  | 0  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 17    | KR       | 4    |
| 41    | BAIK     | 3    | 1               | 0  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 1  | 1   | 12    | KR       | 4    |
| 42    | BAIK     | 3    | 1               | 0  | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1   | 13    | KR       | 4    |
| 42    | BAIK     | 3    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 1   | 19    | KR       | 4    |
| 41    | BAIK     | 3    | 1               | 0  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1   | 13    | KR       | 4    |
| 41    | BAIK     | 3    | 1               | 0  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1   | 13    | KR       | 4    |
| 42    | BAIK     | 3    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2   | 19    | KR       | 4    |
| 41    | BAIK     | 3    | 1               | 1  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1   | 14    | KR       | 4    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 1  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1   | 13    | KR       | 4    |
| 32    | KURANG   | 1    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1   | 15    | KR       | 4    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 31    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 31    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 31    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1   | 8     | KS       | 3    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1   | 16    | KB       | 2    |
| 31    | KURANG   | 1    | 2               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2   | 19    | KB       | 2    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 1  | 3  | 3  | 2   | 18    | KB       | 2    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 0  | 1  | 0  | 1  | 1  | 1  | 1  | 0  | 0   | 6     | KB       | 2    |
| 32    | KURANG   | 1    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 1  | 3  | 3  | 2   | 18    | KB       | 2    |
| 38    | CUKUP    | 2    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1   | 16    | KB       | 2    |
| 37    | CUKUP    | 2    | 1               | 1  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1   | 16    | KB       | 2    |

| KETERANGAN:          |          |                              |  |  |                          |  |  |  |  |
|----------------------|----------|------------------------------|--|--|--------------------------|--|--|--|--|
| <b>UMUR :</b>        |          | <b>PENGETAHUAN :</b>         |  |  | <b>PEKERJAAN :</b>       |  |  |  |  |
| 17-25 = 1            | 36-45= 3 | KURANG : 1                   |  |  | BK= BELUM KERJA (1)      |  |  |  |  |
| 26-35 = 2            | 46-55= 4 | CUKUP :2                     |  |  | IRT=Ibu Rumah Tangga (2) |  |  |  |  |
|                      |          | BAIK :3                      |  |  | WIRASWASTA (3)           |  |  |  |  |
| <b>JENIS KELAMIN</b> |          | <b>SKOR INDEKS BARTHEL:</b>  |  |  | PEGAWAI SWASTA (4)       |  |  |  |  |
| LAKI-LAKI = 1 (L)    |          | MANDIRI (5)                  |  |  | PNS(5)                   |  |  |  |  |
| PEREMPUAN = 2 (P)    |          | KETERGANTUNGAN RINGAN (KR)=4 |  |  | DOSEN EKONOMI (6)        |  |  |  |  |
| <b>PENDIDIKAN:</b>   |          | KETERGANTUNGAN SEDANG (KS)=3 |  |  |                          |  |  |  |  |
| SMP =1               |          | KETERGANTUNGAN BERAT (KB)= 2 |  |  |                          |  |  |  |  |
| SMA = 2              |          | KETERGANTUNGAN TOTAL (KT)=1  |  |  |                          |  |  |  |  |
| D3 = 3               |          |                              |  |  |                          |  |  |  |  |
| S1 = 4               |          |                              |  |  |                          |  |  |  |  |
| S2 = 5               |          |                              |  |  |                          |  |  |  |  |

Lampiran 8

**TABEL HASIL SPSS**  
**HASIL PERHITUNGAN SPSS**

| UMUR RESPONDEN |       |           |         |               |                    |
|----------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|                |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid          | 17-25 | 3         | 7.3     | 7.3           | 7.3                |
|                | 26-35 | 12        | 29.3    | 29.3          | 36.6               |
|                | 36-45 | 6         | 14.6    | 14.6          | 51.2               |
|                | 46-55 | 20        | 48.8    | 48.8          | 100.0              |
|                | Total | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |

| JENIS_KELAMIN |           |           |         |               |                    |
|---------------|-----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|               |           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid         | LAKI-LAKI | 20        | 48.8    | 48.8          | 48.8               |
|               | PEREMPUAN | 21        | 51.2    | 51.2          | 100.0              |
|               | Total     | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |

| TINGKAT_PENDIDIKAN |       |           |         |               |                    |
|--------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|                    |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid              | SMP   | 5         | 12.2    | 12.2          | 12.2               |
|                    | SMA   | 22        | 53.7    | 53.7          | 65.9               |
|                    | D3    | 6         | 14.6    | 14.6          | 80.5               |
|                    | S1    | 7         | 17.1    | 17.1          | 97.6               |
|                    | S2    | 1         | 2.4     | 2.4           | 100.0              |
|                    | Total | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |

| PEKERJAAN |                |           |         |               |                    |
|-----------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|           |                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid     | BELUM BEKERJA  | 7         | 17.1    | 17.1          | 17.1               |
|           | IRT            | 13        | 31.7    | 31.7          | 48.8               |
|           | SWASTA         | 11        | 26.8    | 26.8          | 75.6               |
|           | PEGAWAI SWASTA | 5         | 12.2    | 12.2          | 87.8               |
|           | PNS            | 4         | 9.8     | 9.8           | 97.6               |
|           | DOSEN EKONOMI  | 1         | 2.4     | 2.4           | 100.0              |
|           | Total          | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |



| PENGETAHUAN |        |           |         |               |                    |
|-------------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|             |        | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid       | KURANG | 14        | 34.1    | 34.1          | 34.1               |
|             | CUKUP  | 4         | 9.8     | 9.8           | 43.9               |
|             | BAIK   | 23        | 56.1    | 56.1          | 100.0              |
|             | Total  | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |

| KEMANDIRIAN_ADL |                          |           |         |               |                    |
|-----------------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|                 |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid           | KETERGANTUNGAN BERAT     | 8         | 19.5    | 19.5          | 19.5               |
|                 | KETERGANTUNGAN<br>SEDANG | 7         | 17.1    | 17.1          | 36.6               |
|                 | KETERGANTUNGAN RINGAN    | 10        | 24.4    | 24.4          | 61.0               |
|                 | MANDIRI                  | 16        | 39.0    | 39.0          | 100.0              |
|                 | Total                    | 41        | 100.0   | 100.0         |                    |

| PENGETAHUAN * KEMANDIRIAN_ADL |        |                             |                         |                          |                          |         |    |
|-------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|----|
|                               |        |                             | KEMANDIRIAN_ADL         |                          |                          |         |    |
|                               |        |                             |                         |                          |                          |         |    |
|                               |        |                             | KETERGANTUNGAN<br>BERAT | KETERGANTUNGAN<br>SEDANG | KETERGANTUNGAN<br>RINGAN | MANDIRI |    |
| PENGETAHUAN                   | KURANG | Count                       | 5                       | 7                        | 2                        | 0       |    |
|                               |        | Expected Count              | 2.7                     | 2.4                      | 3.4                      | 5.5     |    |
|                               |        | % within<br>PENGETAHUAN     | 35.7%                   | 50.0%                    | 14.3%                    | 0.0%    | 10 |
|                               |        | % within<br>KEMANDIRIAN_ADL | 62.5%                   | 100.0%                   | 20.0%                    | 0.0%    | 3  |
|                               |        | % of Total                  | 12.2%                   | 17.1%                    | 4.9%                     | 0.0%    | 3  |
|                               | CUKUP  | Count                       | 3                       | 0                        | 0                        | 1       |    |
|                               |        | Expected Count              | .8                      | .7                       | 1.0                      | 1.6     |    |
|                               |        | % within<br>PENGETAHUAN     | 75.0%                   | 0.0%                     | 0.0%                     | 25.0%   | 10 |
|                               |        | % within<br>KEMANDIRIAN_ADL | 37.5%                   | 0.0%                     | 0.0%                     | 6.3%    | 9  |
|                               |        | % of Total                  | 7.3%                    | 0.0%                     | 0.0%                     | 2.4%    | 9  |
|                               | BAIK   | Count                       | 0                       | 0                        | 8                        | 15      |    |
|                               |        | Expected Count              | 4.5                     | 3.9                      | 5.6                      | 9.0     |    |

|       |  |                           |        |        |        |        |    |
|-------|--|---------------------------|--------|--------|--------|--------|----|
|       |  | % within PENGETAHUAN      | 0.0%   | 0.0%   | 34.8%  | 65.2%  | 10 |
|       |  | % within KEMANDIRIAN_AD L | 0.0%   | 0.0%   | 80.0%  | 93.8%  | 5  |
|       |  | % of Total                | 0.0%   | 0.0%   | 19.5%  | 36.6%  | 5  |
| Total |  | Count                     | 8      | 7      | 10     | 16     |    |
|       |  | Expected Count            | 8.0    | 7.0    | 10.0   | 16.0   | 4  |
|       |  | % within PENGETAHUAN      | 19.5%  | 17.1%  | 24.4%  | 39.0%  | 10 |
|       |  | % within KEMANDIRIAN_AD L | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 10 |
|       |  | % of Total                | 19.5%  | 17.1%  | 24.4%  | 39.0%  | 10 |

| Chi-Square Tests             |                     |    |                                   |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
|                              | Value               | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
| Pearson Chi-Square           | 38.472 <sup>a</sup> | 6  | .000                              |
| Likelihood Ratio             | 47.222              | 6  | .000                              |
| Linear-by-Linear Association | 23.873              | 1  | .000                              |
| N of Valid Cases             | 41                  |    |                                   |

a. 9 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .68.

| PENGETAHUAN_TRANSFORM * ADL_TRANSFORM |              |                                   |                                 |                                   |         |        |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------|--------|
|                                       |              |                                   | ADL_TRANSFORM                   |                                   |         | Total  |
|                                       |              |                                   | KETERGANTUNGAN<br>TOTAL + BERAT | KETERGANTUNGAN<br>SEDANG + RINGAN | MANDIRI |        |
| PENGETAHUAN_TRANSFORM                 | KURANG       | Count                             | 5                               | 9                                 | 0       | 14     |
|                                       |              | Expected Count                    | 2.7                             | 5.8                               | 5.5     | 14.0   |
|                                       |              | % within<br>PENGETAHUAN_TRANSFORM | 35.7%                           | 64.3%                             | 0.0%    | 100.0% |
|                                       |              | % within ADL_TRANSFORM            | 62.5%                           | 52.9%                             | 0.0%    | 34.1%  |
|                                       |              | % of Total                        | 12.2%                           | 22.0%                             | 0.0%    | 34.1%  |
|                                       | CUKUP + BAIK | Count                             | 3                               | 8                                 | 16      | 27     |
|                                       |              | Expected Count                    | 5.3                             | 11.2                              | 10.5    | 27.0   |
|                                       |              | % within<br>PENGETAHUAN_TRANSFORM | 11.1%                           | 29.6%                             | 59.3%   | 100.0% |
|                                       |              | % within ADL_TRANSFORM            | 37.5%                           | 47.1%                             | 100.0%  | 65.9%  |
|                                       |              | % of Total                        | 7.3%                            | 19.5%                             | 39.0%   | 65.9%  |
| Total                                 |              | Count                             | 8                               | 17                                | 16      | 41     |
|                                       |              | Expected Count                    | 8.0                             | 17.0                              | 16.0    | 41.0   |
|                                       |              | % within<br>PENGETAHUAN_TRANSFORM | 19.5%                           | 41.5%                             | 39.0%   | 100.0% |
|                                       |              | % within ADL_TRANSFORM            | 100.0%                          | 100.0%                            | 100.0%  | 100.0% |
|                                       |              | % of Total                        | 19.5%                           | 41.5%                             | 39.0%   | 100.0% |

| Chi-Square Tests  |                     |    |                                      |
|---|---------------------|----|--------------------------------------|
|   | Value               | df | Asymptotic Significance<br>(2-sided) |
| Pearson Chi-Square  | 13.827 <sup>a</sup> | 2  | .001                                 |
| Likelihood Ratio  | 18.551              | 2  | .000                                 |
| Linear-by-Linear<br>Association   | 11.558              | 1  | .001                                 |
| N of Valid Cases  | 41                  |    |                                      |
| a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.73. |                     |    |                                      |

**Lampiran 9****LAMPIRAN LEMBAR KONSUL**

Nama : 1. Maria Margareta Nagu (C1614201028)

2. Yuliana Temorubun (C1614201050)

Judul Proposal/ Skripsi : "HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"

Pembimbing : Henny Pongantung.Ns.,MSN.,DN.Sc

| No | Tanggal      | Materi Bimbingan   | Paraf    |    |       |
|----|--------------|--|----------|----|-------|
|    |              |  | Peneliti |    | Dosen |
|    |              |  | I        | II |       |
| 1. | 11/ 09/ 2019 | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ Kontrak waktu pertemuan bimbingan</li><li>➢ Proses bimbingan : online, paper, kerjasama, aturan pengetikan sesuai buku panduan STIK Stella Maris</li><li>➢ Cari jurnal 10 Bahasa Inggris beserta terjemahannya dan jurnal 10 Bahasa Indonesia kemudian telaah jurnal</li><li>➢ Riset 2018</li><li>➢ Manajemen standard keperawatan dilihat kesenjangannya</li><li>➢ Konsul dan Acc Judul Penelitian</li><li>➢ Mulai menyusun Bab I</li></ul> |          |    |       |
| 2. | 23/09/2019   | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ ACC judul</li></ul>  |          |    |       |
| 3. | 24/ 09/ 2019 | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ Konsul telaah jurnal</li></ul>   |          |    |       |

|     |              |  |  |  |  |
|-----|--------------|--|--|--|--|
| 4.  | 30/ 09/ 2019 | ➤ Konsul BAB I   |  |  |  |
| 5.  | 02/10/2019   | ➤ Revisi BAB I   |  |  |  |
| 6.  | 03/ 10/ 2019 | ➤ Konsul bab 1 yang sudah di revisi  |  |  |  |
| 7.  | 04/10/2019   | ➤ Revisi BAB I di bagian latar belakang di ubah kalimat-kalimat harus tersusun setiap paragraf |  |  |  |
| 8.  | 05/10/2019   | ➤ Konsul kembali BAB 1 bagian latar belakang   |  |  |  |
| 9.  | 15/10/2019   | ➤ Revisi latar belakang, serta penambahan cara memperoleh pengetahuan.                         |  |  |  |
| 10. | 19/10/2019   | ➤ Konsul kembali yang sudah di revisi  |  |  |  |
| 11. | 20/10/2019   | ➤ Ditambahkan di bagian latar belakang cara pengukuran ADL selain indeks barthel               |  |  |  |
| 12. | 21/10/2019   | ➤ BAB I dan BAB II ACC   |  |  |  |
| 13. | 24/10/2019   | Konsul BAB III dan IV  |  |  |  |
| 14. | 26/10/2019   | ➤ Revisi BAB III dan IV bagian kerangka konseptual<br>➤ Bagian Sampel penelitian               |  |  |  |
| 15. | 29/10/2019   | ➤ Konsul Kembali revisi BAB III dan IV   |  |  |  |
| 16. | 02/10/2019   | Di revisi BAB IV<br>➤ Bagian instrumen penelitian<br>➤ Bagian Pengolahan data                  |  |  |  |
| 17. | 05/10/2019   | ➤ ACC BAB III dan BAB IV   |  |  |  |
| 18. | 11/02/2020   | ➤ Konsul BAB V dan BAB VI  |  |  |  |
| 19. | 19/02/2020   | ➤ Konsul BAB V penambahan kriteria inklusi pada pengantar                                      |  |  |  |
| 20. | 23/02/2020   | ➤ Konsul BAB V cara penulisan Tabel  |  |  |  |

|    |            |   |  |  |  |
|----|------------|---|--|--|--|
| 21 | 26/02/2020 | ➤ Konsul BAB V tentang pembahasan                             |  |  |  |
| 22 | 28/02/2020 | ➤ Konsul BAB V penambahan tentang teori plastisitas           |  |  |  |
| 23 | 01/03/2020 | ➤ Konsul BAB V penambahan tentang faktor pengetahuan keluarga |  |  |  |
| 24 | 02/03/2020 | ➤ Konsul BAB V tentang tabel analisa bivariat                 |  |  |  |
| 25 | 04/03/2020 | ➤ Konsul tentang cara pengetikan kalimat berulang             |  |  |  |
| 26 | 12/03/2020 | ➤ Konsul BAB V dan BAB VI dari awal hingga akhir              |  |  |  |
| 27 | 18/03/2020 | ➤ ACC BAB V dan BAB IV  |  |  |  |









