



SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KECEMASAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS DAN RUMAH SAKIT AWAL BROS MAKASSAR

PENELITIAN NON EKSPERIMENTAL

OLEH :

MERRY GALA NIM : CX1614201119
MONICA MOTU LOE NIM : CX1614201120

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR
2018**



SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KECEMASAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS DAN RUMAH SAKIT AWAL BROS MAKASSAR

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

**MERRY GALA NIM : CX1614201119
MONICA MOTU LOE NIM : CX1614201120**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
MAKASSAR
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/Nim : Merry Gala (CX1614201119)
Monica Motu Loe (Sr) (CX1614201120)

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

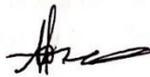
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2018

Yang Menyatakan



(Merry Gala)



(Monica Motu Loe)

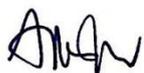
HALAMAN PERSETUJUAN**SKRIPSI****HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KECEMASAN PASIEN PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS DAN
RUMAH SAKIT AWAL BROS
MAKASSAR**

Diajukan oleh:

MERRY GALA **NIM : CX1614201119**
MONICA MOTU LOE **NIM : CX1614201120**

Disetujui Oleh:

Pembimbing



Fransiska A.E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB
NIDN:0913098201

**Wakil Ketua I
Bidang Akademik**



Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN: 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PROPOSAL

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/Nim : MERRY GALA (CX1614201119)
MONICA MOTU LOE (Sr) (CX1614201120)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2018

Yang Menyatakan


(Merry Gala)


(Monica Motu Loe)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Pasca Stroke di RumahSakit Stella Maris Makassar danRumahSakitAwal Bros Makassar’.

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

Selama penyusunan skripsi, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S,Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program StudiS1 Keperawatan Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
2. HennyPongantung.,S.Kep.,Ns.,MAN. Selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
3. Fransiska Anita.E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB. SelakuKetua Program S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar sekaliguspembimbingdalampenyusunanskripsi.
4. Segenap civitas akademika STIK Stella Maris Makassar

5. Dr.Thomas Suharto.MMR. Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengambil data awal dan mengadakan penelitian.
6. Dr. Monica Mery. Selaku Direktur Rumah Sakit Awal Bros Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengambil data awal dan mengadakan penelitian
7. Kedua orang tuapak Markus Gala danDamarisTangkeLa'bi dan Suster Diana P.W. WissangSSpS sebagai Propinsial SSpS Propinsi Flores Barat bersama para Dewan dan para suster Propinsi SSpS Flores Barat, serta Suster Jeannette Runtu JMJ bersama para Dewan Propinsi Makassar, Suster Veronika Barang JMJ bersama para suster komunitas Stella Maris, serta sanak saudara penulis yang telah banyak memberikan motivasi baik moril maupun material.
8. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua

Makassar, April 2018

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	30
Table 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur	41
Table 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	42
Table 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan	43
Table 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan	43
Table 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan	44
Table 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga	45
Table 5.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan	45
Table 5.8	Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Pasien Pasca Stroke	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konsep	29
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 2 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi
- Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 5 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 6 Surat Izin Pengambilan Data
- Lampiran 7 Data Demografi Responden
- Lampiran 8 Lembar Instrumen Penelitian: Kuesioner Dukungan Keluarga dan Skala Kecemasan Zung
- Lampiran 9 Master Tabel
- Lampiran 10 Tabel Distribusi Frekuensi
- Lampiran 11 Hasil Analisa Chisquer Dan Kolomogorov-Smirnov

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUANSKRIPSI.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga	9
1. Pengertian Dukungan Keluarga	9
2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	9
3. Bentuk – Bentuk Dukungan Keluarga	11
4. Peran Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke	13
B. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan	14
1. Pengertian Kecemasan.....	14
2. Tingkat Kecemasan	15
3. Penyebab Kecemasan.....	16

4. Gejala Kecemasan	17
5. Penilaian Tingkat Kecemasan Menurut Zung (SAS/SRASR)	17
6. Kecemasan pada Pasien Pasca Stroke	19
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke	21
1. Pengertian Stroke	21
2. Penggolongan Stroke	22
3. Etiologi Stroke	23
4. Tanda dan Gejala Stroke	23
5. Penatalaksanaan Medik dan Non Medik	23
6. Rehabilitasi Dini pada Stroke	24
7. Dampak yang Diderita Setelah Stroke	25
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	28
A. Kerangka Konsep	28
B. Hipotesis Penelitian	29
C. Definisi Penelitian	30
BAB IV METODE PENELITIAN	32
A. Jenis Penelitian	32
B. Tempat dan Waktu Penelitian	32
C. Populasi dan Sampel	32
D. Instrument Penelitian	34
E. Pengumpulan Data	34
F. Pengolahan dan Penyajian Data	36
G. Hasil Analisa	37
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil Penelitian	38
B. Pembahasan	47
C. Keterbatasan Peneliti	57
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	58
A. Kesimpulan	58
B. Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	

LAMPIRAN-LAMPIRAN

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KECEMASAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS DAN RUMAH SAKIT AWAL BROS MAKASSAR (Dibimbing Oleh Fransiska Anita)

MERRY GALA DAN MONICA MOTU LOE (Sr)
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xiv +61 Halaman + 39 daftar pustaka + 9 tabel + 1 gambar + 11 lampiran)

Stroke menimbulkan kecacatan yang menyebabkan penderita kehilangan fungsi dan peran serta membutuhkan waktu penyembuhan berbulan-bulan hingga bertahun-tahun. Hal inilah yang dapat menimbulkan kecemasan. Oleh sebab itu, sangat dibutuhkan kesabaran dan partisipasi keluarga dalam memberikan dukungan berupa dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian terhadap penderita stroke dalam proses rehabilitasi untuk meminimalkan kecacatan dan meningkatkan kualitas hidup serta mengatasi masalah kecemasan yang dialami pasien stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar. Penelitian ini dilaksanakan di ruang rehabilitasi medik dan poliklinik saraf pada tanggal 10 Januari – 15 Februari 2018, dengan menggunakan design *observasional analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional*, sampel berjumlah 50 responden diambil dengan teknik *Non Probability Sampling* dengan pendekatan *Convenience Sampling (Accidental Sampling)*. Data dukungan keluarga dan kecemasan pasien pasca stroke diperoleh dengan alat ukur berupa kuesioner yang diisi oleh pasien. Data yang didapatkan diolah menggunakan uji statistik SPSS 22 *Chi-Square* dengan menggunakan uji *alternative Kolmogorov-Smirnov*, diperoleh nilai $p = 0,001$ dan nilai $\alpha = 0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$, maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis *alternative* (H_a) diterima, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar. Oleh karena itu, diharapkan kepada keluarga untuk selalu memberikan dukungan, kepada anggota keluarga yang menderita stroke agar program terapi dan rehabilitasi berhasil.

Kata kunci : *Dukungan keluarga, pasca stroke, kecemasan*

Daftar pustaka : 2010 - 2017

ABSTRAK

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT WITH POST STROKE PATIENT ANXIETY IN STELLA MARIS AND AWAL BROS HOSPITAL MAKASSAR (Supervised by Fransiska Anita)

MERRY GALA AND MONICA MOTU LOE (Sr)
BACHELOR PROGRAM OF NURSING AND NURSES
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xiv +61 Pages + 39 referenceses + 9 tables + 1 pictures + 11 enclosures)

Strokes cause defects that makes the people to lose function and the role. It takes months of healing time for years. This case makes anxiety. Therefore, it is very necessary patience and family participate for giving support like, emotional support, information, instrumental and assessment of stroke patients in the rehabilitation process to minimize disability and improve the quality of life and overcome the anxiety problems experienced by stroke patients. This study aims to determine the relationship of family support with post-stroke patient anxiety in Stella Maris Hospital and Awal Bros Hospital. This study was conducted in medic rehabilitation and neuropathic polyclinic room on January 10th – February 15th, 2018, using analytic observational design with cross sectional approach with 50 respondents were taken with non probability sampling (accidental sampling) technique. Family support's data and post-stroke patient anxiety were obtained by measuring instruments in the form of questionnaires filled by patients. The data obtained were processed by using statistical test of SPSS 22 chi-square by using alternative test of kolmogorov-smirnov, obtained value $\rho = 0.001$ and value $\alpha = 0.05$. The value of $\rho < \alpha$, then hypothesis H_0 is rejected and the alternative hypothesis (H_a) is accepted, it means that, there was relation between family support with post-stroke patient anxiety in Stella Maris Hospital and Awal Bros Hospital. It is therefore, desirable for families for always provide support to family members suffering from stroke. So that therapy and rehabilitation program can be succes.

Keywords : Family support, post-stroke, anxiety
References : 2010 - 2017

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pengaruh globalisasi yang semakin berkembang dapat mempengaruhi gaya hidup masyarakat, yang berdampak pada perubahan pola hidup, dan pola makan yang tidak sehat, hal tersebut tercermin dalam kebiasaan merokok, mengkonsumsi minuman beralkohol, menyukai makanan siap saji, tinggi lemak, tinggi kolesterol serta kurangnya aktivitas atau olahraga, dapat meningkatkan faktor resiko terkena penyakit stroke. Selain itu, dengan semakin bertambahnya usia, semakin besar pula resiko terjadinya stroke. Penyakit ini terjadi karena proses degenerasi atau penuaan yang terjadi secara alamiah. Pada orang yang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak yang dapat mengakibatkan berkurangnya aliran darah ketubuh, termasuk otak yang dapat mengganggu metabolisme an-aerob sehingga terjadi kegagalan pompa natrium yang mengakibatkan terjadinya edema cerebral (sel otak), nekrosis. Bila aliran darah ke otak kurang dan berlangsung lama akan terjadi infark atau iskemik di otak (Sheria, 2015).

Stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah. Secara global, terdapat 15 juta orang terserang stroke setiap tahun, satu pertiga (5 juta) meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (American Heart Association 2014, Stroke forum, 2015). Di kawasan Asia Tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke per 15 juta orang (WHO, 2013).

Menurut Riskesda (2013) menunjukkan bahwa prevalensi Stroke di Indonesia yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per 1000 orang, yang menunjukkan terjadinya kenaikan di bandingkan pada tahun 2007 yang hanya sebesar 8,3 per 1000 orang, dan berdasarkan Nakes prevalensi stroke di Sulawesi 17,9 per 1000 orang.

Data prevalensi stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2013 mencapai 314 pasien (2,1%) dari total 16.710 pasien, pada tahun 2014 mencapai 339 (1,6%) dari total pasien 21.277, pada tahun 2015 menunjukkan penurunan menjadi 236 (1,3%) dari 18.066 pasien, dan tahun 2016 pasien stroke semakin mengalami penurunan 80 orang (0,9%) dari total jumlah pasien 9.050 pasien. Sedangkan prevalensi stroke di Rumah Sakit Awal Bros Makassar tahun 2015 mencapai 671 per 119.979 (0,55%) dan pada tahun 2016 mencapai 717 per 122.460 (0,58%).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di dunia (Kaul & Munshi, 2012). Sekitar 42,2 kematian per 100.000 penduduk terjadi akibat stroke (NCHS, 2010). Proporsi Penyebab kematian di 15 kabupaten / kota pada seluruh umur, memberikan fenomena 17,7% (n=24.745) kematian disebabkan oleh stroke. Fenomena menarik lainnya adalah tempat kematian dari penyakit stroke dan IHD (*schemic Heart Deases*) lebih banyak terdapat di Rumah Sakit sejumlah 19,3% (n= 24.745) dan kematian akibat stroke dan IHD di rumah sebanyak 12%. (Badan Litbangkes, 2012).

Stroke menimbulkan permasalahan yang kompleks baik dari segi kesehatan, ekonomi, maupun sosial serta membutuhkan penanganan yang komprehensif termasuk upaya pemulihan dalam jangka waktu yang lama bahkan sepanjang sisa hidup pasien. Dalam pengobatan stroke diharapkan pengobatan yang segera dan semaksimal mungkin karena saraf otak sangat rawan terhadap iskemik. Dalam perawatan pasien pasca stroke sering mengabaikan adanya faktor kecemasan, dan berfokus pada perawatan cacat fisik pasien. Menurut Nam, dkk (2016) dalam penelitiannya pada bulan pertama pasca stroke pada 231 pasien, terdapat 45,9% mengalami kecemasan.

Secara psikologis, pasien stroke memiliki perubahan dan keterbatasan dalam bergerak, berkomunikasi dan berpikir yang akan mengganggu fungsi peran pasien yang dapat menimbulkan kecemasan.

Hal ini juga akan berdampak pada kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien pasca serangan stroke mulai tiga bulan sampai satu tahun atau lebih. Kondisi tersebut akan mempengaruhi psikologis pasien stroke. Salah satu kondisi psikologis yang terpengaruh pada status fisik pasien setelah serangan stroke adalah kualitas hidup (Kariasa, 2011)

Perubahan fisik pada pasien stroke membuat pasien merasa diasingkan dari orang-orang dan memiliki persepsi bahwa dirinya tidak berguna lagi karena hidupnya lebih banyak bergantung pada orang lain. Perasaan-perasaan tersebut akan mulai timbul akibat keterbatasan fungsi fisik dari pasien. Pasien juga merasa kehilangan tujuan hidupnya dan kehilangan kesehatan fisik secara menyeluruh, sehingga hal tersebut menimbulkan ketegangan, kecemasan dalam menghadapi hari esok. (Afrina, 2013)

Stroke sangat mempengaruhi aspek-aspek kehidupan personal, sosial, pekerjaan, fisik, psikologis, ketergantungan pada orang lain dan ketergantungan secara ekonomi yang akan membawa penderita stroke berada dalam kondisi mental yang tidak sehat. Agar tidak terjadi hal-hal yang membuat keadaan seorang penderita stroke semakin buruk, maka perlu adanya dukungan sosial dari keluarga dan orang-orang terdekat yang selalu memberikan dukungan-dukungan dan arahan positif, yang dapat mempengaruhi kesembuhan penderita stroke (Kustiawan & Hasriani R, 2014).

Sebagian besar penderita stroke bahkan tidak dapat melakukan pekerjaan seperti biasa. Orang yang menderita stroke yang sebelumnya menduduki jabatan penting terpaksa harus melepaskan jabatannya tersebut karena dampak yang ditimbulkan stroke. Kondisi-kondisi tersebutlah yang mengakibatkan turunnya harga diri dan meningkatkan stress, cemas. (Hasan & Rufaidah, 2013).

Cemas adalah respon psikologik terhadap setiap tuntutan beban atasnya (stresor psikososial). Gejala cemas didominasi oleh keluhan-

keluhan seperti ketakutan, kekhawatiran, dan sejenisnya (Hawari, 2012). Tingkat kecemasan yang dialami pasien bervariasi, mulai dari kecemasan ringan, sedang, berat hingga panik. Kecemasan yang dialami pasien mempunyai beberapa alasan diantaranya: cemas karena beberapa rencana dan harapan tidak tercapai, cemas karena kehilangan jabatan dan pekerjaan, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak sembuh, takut akan kematian, dalam keadaan seperti ini penderita pasca stroke cenderung akan mengalami kecemasan bahkan putus asa terkait dengan kondisi kesehatannya.

Kecemasan pasien dapat terlihat dalam berbagai bentuk misalnya: pasien gelisah, sulit tidur, kurang nafsu makan, banyak bertanya tentang penyakitnya. Kecemasan yang terjadi secara terus-menerus dan tidak teratasi akan menurunkan kualitas hidup seseorang karena itu pasien stroke sangat membutuhkan bantuan/dukungan penuh dari keluarganya. Pengobatan untuk pasien yang sakit tidak cukup hanya dengan obat-obatan saja, tapi juga dukungan dari segi psikologisnya. Keluarga dalam hal ini mempunyai peranan yang penting untuk memberikan semangat dan turut membantu merawat pasien yang terkena stroke. Sebab salah satu peran keluarga adalah memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, karena keberhasilan keperawatan akan sia-sia jika perawat tidak melibatkan keluarga (Iqbaal, 2011 dalam Puspita & Sari, 2015)

Perilaku koping yang adaptif dapat memberikan manfaat agar seseorang mampu dan dapat melanjutkan kehidupannya walaupun ia memiliki masalah yakni dengan mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan citra diri (*self image*) yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap hal-hal yang negatif dari hubungan yang mencemaskan terhadap orang lain (Hasan & Rufaidah, 2013).

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga, berupa

dukungan informasi, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Adanya dukungan keluarga membuat orang pasca stroke tidak mengalami kecemasan akan keadaan dirinya, karena tetap terjalin komunikasi dengan baik dengan orang lain.

Dari beberapa hal-hal diatas, sesuai pengamatan peneliti di lapangan, bahwa masih terdapat pasien stroke datang mengontrol ke poliklinik untuk mendapatkan fisioterapi dengan keadaan yang sangat menyedihkan. seperti pakaian seadanya, memakai piama, tidak menggunakan alas kaki, dan sering tidak teratur dalam melakukan fisioterapi. Keadaan dan kebersihan diri yang kurang, rambut pasien yang tidak disisir, bau keringat, kateter dan NGT yang sudah ekspire tanggal pemasangannya, dan sering juga terdapat obat pasien menumpuk tidak diminum. Pasien tampak kurus, didapatkan luka decubitus grade 2 bahkan sampai grade 4, mukosa bibir tampak kering dan candidiasis pada mulut, esktremitas dan tungkai yang juga sudah kontraktur. Sering kali juga kami mendapati pasien hanya ditemani oleh suster pribadi/pembantu, bahkan di biarkan sendiri baik di rumah maupun dalam perawatan di rumah sakit dengan alasan di rumah sakit ada petugas kesehatan. Dari beberapa hal ini menunjukkan bahwa masih kurangnya dukungan atau perhatian keluarga terhadap pasien dengan alasan karena keluarga sibuk dengan urusan atau pekerjaan masing-masing. Oleh karena kurangnya perhatian anggota keluarga dapat membuat penderita pasca stroke semakin cemas karena merasa terabaikan sehingga penderita pasrah dengan keadaan dirinya. Dari beberapa hal diatas menunjukkan bahwa belum terpenuhinya dukungan keluarga berupa dukungan emosional, instrumental, penilaian dan informasi.

Hal ini dapat didukung oleh beberapa penelitian. Diantaranya adalah penelitian yang dilakukan oleh Jannah, Zahrotul (2013) dengan judul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Pasien pasca stroke. Dalam penelitiannya dikatakan bahwa pasien pasca

stroke yang mengalami kelumpuhan, kecacatan akan mengalami kecemasan pada dirinya, berbeda tingkat keemasannya. Hal ini dapat diminimalisir dengan diberikan dukungan dari orang-orang terdekat salah satunya adalah dari dukungan keluarga.

Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Indah. S & Astuti (2013) yang berjudul hubungan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita pasca stroke. Hasil yang diperoleh bahwa ada hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita pasca stroke.

Rozi (2014), yang berjudul pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari pada lansia pasca stroke non hemoragik. Dimana Hasil uji korelasi dengan Spearman menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kemampuan aktivitas sehari-hari dan korelasi yang sedang dimana semakin tinggi dukungan keluarga, semakin tinggi tingkat kemampuan aktivitas sehari-hari

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

B. Rumusan Masalah

Stroke dapat menyebabkan kecacatan atau kelumpuhan dalam jangka waktu yang lama, berbulan-bulan, bertahun-tahun bahkan seumur hidupnya. Sehingga penderita pasca stroke akan mengalami keterbatasan dalam beraktivitas dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Pada penderita pasca stroke juga akan mengalami kehilangan fungsi dan peran dalam keluarga dan masyarakat. Selain itu pengobatan dalam jangka panjang akan mempengaruhi keadaan ekonomi keluarga dan akan terus bergantung pada orang lain. Oleh sebab itu, sangat dibutuhkan kesabaran, partisipasi serta dukungan keluarga sebagai orang-orang terdekat, selama masa pemulihan untuk tetap

membangkitkan semangat hidup dalam menjalani proses pengobatan sampai mencapai kesembuhan. Berdasarkan beberapa literatur yang ditemukan, pasien pasca stroke sangat membutuhkan dukungan keluarga dalam proses penyembuhan. Oleh sebab itu, peneliti berminat untuk meneliti dampak positif dari adanya dukungan keluarga terhadap masalah psikologis dalam hal kecemasan pasien pasca stroke selama tahap rehabilitasi. Dengan demikian dapat dirumuskan pertanyaan penelitian “apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga dengan pasien pasca Stroke
- b. Mengidentifikasi kecemasan pasien pasca stroke.
- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi tenaga kesehatan

Dapat digunakan sebagai bahan informasi untuk menambah literatur dalam dunia keperawatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dan juga memperhatikan aspek

dukungan keluarga terhadap kecemasan pasien pasca stroke sehingga perawat tidak hanya berfokus pada masalah fisik.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama mengenai manfaat pembelajaran tentang hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kecemasan pada pasien pasca stroke dan juga untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa keperawatan dalam menghadapi masalah klien khususnya pada pasien pasca Stroke.

3. Bagi keluarga

Keluarga dapat menggunakannya sebagai acuan pembelajaran yang penting dalam memberi dukungan yang maksimal kepada anggota keluarga yang mengalami stroke sehingga dapat mencegah terjadinya kecemasan

4. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan, membuka wawasan berpikir dan memberikan pengalaman baru dan keterampilan dalam membuat suatu penelitian baik di rumah sakit, di klinik maupun komunitas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga, berupa dukungan informasi, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Dukungan keluarga menurut Wurtiningsih. B (2012) adalah peranan yang sangat penting dari keluarga dalam mendukung memotivasi pasien selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan (*rehabilitasi*) akan sangat berkurang.

Berdasarkan definisi dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan bantuan/support dan perhatian yang diterima oleh salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya, yang akan memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan anggota keluarga dan penderita akan dapat merasa bahwa ia disayangi oleh keluarga.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

a. Faktor internal

1) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3) Faktor emosi

Seseorang mengalami respon stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.

4) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencangkup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

b. Faktor eksternal

1) Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam mempertahankan kesehatannya.

2) Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3) Latar belakang budaya

Mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

3. Bentuk-bentuk dukungan keluarga pada pasien pasca stroke

a. Dukungan emosional (*emotional support*).

Keluarga memberikan dukungan emosional seperti ekspresi empati dan perhatian terhadap individu. Dukungan tersebut dapat memberikan rasa aman, dan dicintai agar individu merasa kuat menghadapi masalah, seperti keluarga ikut merasakan penderitaan pasien stroke, tidak mengabaikan tetapi menunjukkan rasa kepedulian yang tinggi terhadap anggota keluarga yang menderita stroke dengan cara mengajak bercengkrama/menghibur dan keluarga melindungi pasien dengan melakukan tindakan atau intervensi yang dapat mencegah komplikasi, mengantar/mendampingi kontrol ke pusat pelayanan kesehatan (dokter, perawat dan fisioterapi), membantu pemenuhan kebutuhan *personal hygiene*, mobilisasi, nutrisi, menemani/membantu latihan ROM, mendengarkan setiap keluhan atau ungkapan pasien tentang apa yang pasien rasakan.

b. Dukungan penilaian (*esteem support*).

Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang di

berikan kepada individu misalnya memberikan semangat/dorongan yang bisa membangun kembali harga dirinya dalam hal ini, pasien stroke sering merasa minder karena lumpuh/cacat sehingga ia merasa tidak dapat lagi bekerja, merasa tidak berdaya jadi sebagai keluarga kita harus memberikan contoh seperti perbandingan diri pasien dengan orang lain yang lebih buruk darinya, selalu memberikan gagasan-gagasan yang positif tentang pendapat atau ungkapan perasaan pasien.

c. Dukungan instrumental (*instrumental support*)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan kebutuhan individu. Keluarga mencarikan solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan dengan menyediakan sarana seperti: kursi roda, decubitus bed, bell pemanggil, modifikasi lingkungan rumah mencegah pasien jatuh, alat untuk berpegang latihan jalan, oksigen dan *suction* bila perlu, menyediakan peralatan makan dan minum serta obat-obatan pasien, menyediakan alat cek GDS dan Tekanan darah , uang/dana untuk berobat. dll.

d. Dukungan informasional (*informational support*)

Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan - persoalan yang sedang dihadapi, seperti memberikan nasehat-nasehat & saran positif yang membangun, *health education* (informasi tentang penyakit Stroke), membantu pelaksanaan *dischager planing* dari rumah sakit.

4. Peran keluarga dalam merawat Pasien Stroke

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan pasien dan merupakan “ perawat utama” bagi pasien. Keluarga berperan

dalam menentukan cara atau asuhan yang di perlukan klien di rumah. Peran dan fungsi keluarga sangat penting saat salah satu anggota keluarganya mengalami stroke. Adapun peran itu sendiri merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan (Kosassy, 2011).

Perawatan pasca stroke merupakan perawatan yang tersulit dan terlama sehingga membutuhkan kesabaran dan ketenangan pasien dan keluarga pasien. Keluarga perlu mendukung keterbatasan perawatan diri pasien, perubahan gaya hidup dan kemampuan pasien untuk meningkatkan kemandirian. Keluarga harus terlibat secara aktif dalam proses rehabilitasi stroke secara menyeluruh. Keyakinan keluarga yang diserap adalah hal yang terpenting bagi pasien untuk menumbuhkan kepatuhan pasien menjalani program medis (Basuki & Urip, 2013).

Menurut Festy (2009), dalam pelaksanaan rehabilitasi medik pada pasien stroke, keluarga berperan sebagai:

a. Motivator

Keluarga mengingatkan disaat akan dilakukan latihan, mendorong pasien untuk tidak putus asa, agar pasien patuh terhadap program latihan dan pasien melakukan latihan secara rutin sehingga menimbulkan semangat pada diri pasien demi tercapainya peningkatan status kesehatan secara optimal.

b. Edukator

Keluarga mempunyai pengetahuan tentang program rehabilitasi medik pada pasien stroke sehingga keluarga dapat memberikan pendidikan kepada pasien tentang pentingnya program rehabilitasi medik, urutan pelaksanaan latihan, serta akibat bila tidak menjalani latihan.

c. Perawat keluarga

Keluarga mampu melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri, seperti keluarga dapat memberikan perawatan sederhana untuk meminimalkan dampak kecacatan, meningkatkan status kesehatan, dan keluarga selalu berkonsultasi dengan petugas rehabilitasi medik tentang program latihan dan keadaan pasien.

B. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Menurut Hawari. D (2014), kecemasan adalah gangguan alam perasaan yan ditandai dengan perasaan ketakutan/kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas normal.

Menurut Fitriyasari (2015), kecemasan adalah suatu perasaan tidak santai yang samar - samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu proses (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu, sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya yang akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan negatif untuk mengakhiri hidupnya sendiri karena masalah hidup yang berkepanjangan yang berat dihadapi, beban pikiran yang berat, seperti kehilangan pekerjaan, kehilangan pasangan atau orang yang disayangi dan menderita penyakit kronik.

Berdasarkan beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu respon seseorang yang mendeskripsikan adanya gangguan psikologis yang memiliki karakteristik berupa rasa takut akan masa depan, kekhawatiran yang berkepanjangan dan perasaan yang tidak tenang (gelisah) dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

2. Tingkat Kecemasan

Menurut Prabowo. E (2014), tingkat kecemasan terdiri dari:

a. Ringan

Cemas yang berhubungan dengan kehidupan sehari-hari dan menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya, misalnya :

- 1) Seseorang yang menghadapi ujian akhir.
- 2) Pasangan dewasa yang akan memasuki jenjang pernikahan.
- 3) Individu yang akan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang tinggi.
- 4) Individu yang tiba-tiba dikejar anjing menggonggong.

b. Sedang

Individu hanya berfokus pada hal yang penting (yang menjadi perhatiannya) dan mengesampingkan hal yang lain, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain, misalnya :

- 1) Pasangan suami istri yang menghadapi kelahiran bayi pertama.
- 2) Keluarga yang menghadapi perpecahan(berantakan).
- 3) Individu yang menghadapi konflik dalam pekerjaan.

c. Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatian seseorang cenderung pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak berpikir dalam hal-hal lain, seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk berfokus pada hal lain, misalnya :

- 1) Individu yang mengalami kehilangan harta benda dan orang yang dicintai karena bencana alam
- 2) Individu dalam penyanderaan
- 3) Penyakit yang tidak sembuh

d. Panik

Ansietas berhubungan dengan ketakutan dan merasa diteror, serta tidak mampu melakukan apapun walaupun dengan pengarahan. Panik meningkatkan motorik, menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain, misalnya : individu dengan kepribadian pecah, seseorang yang berpikir bahwa ia menderita serangan jantung dan akan meninggal. Orang yang mengalami kepanikan biasanya akan menimbulkan kepanikan pada orang lain dan sering kali dibawa ke UGD oleh anggota keluarga biasanya timbul 2-3 kali dalam seminggu serangan panik.

3. Penyebab Kecemasan

Menurut Sulistiwati, dkk (2012), Hal-hal yang dapat menimbulkan kecemasan, yaitu :

- a. Ancaman integritas biologis meliputi gangguan terhadap kebutuhan dasar makan, minum, seks.
- b. Ancaman terhadap keselamatan diri : tidak menemukan integritas diri, tidak memperoleh pengakuan dari orang lain, ketidaksesuaian pandangan diri dengan lingkungan nyata.

4. Gejala Klinis Kecemasan

Gejala-gejala kecemasan menurut Hawari. D (2014) :

- a. Khawatir
- b. Gelisah yang tak menentu
- c. Firasat buruk
- d. Tidak tenang
- e. Sulit tidur
- f. Mudah tersinggung /mudah marah
- g. Takut
- h. Gugup

- i. Perasaan tidak tenang/ tidak tenag
- j. Sering berkemih dan diare
- k. Mudah lelah
- l. Mimpi-mimpi menegangkan (mimpi buruk)
- m. Keluhan somatik : rasa sakit pada tulang/otot, jantung berdebar-debar keras, sesak napas, sakit leher dan kepala, tangan terasa dingin dan berkeringat, pusing, tangan dan kaki gemetar dan pingsan.

5. Penilaian Tingkat Kecemasan Menurut Zung Self- Ranting Anxiety Scale (SAS/SRAS)

Zung Self Anxiety Scale (SAS/RAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh Wiliam W.K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – II). Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1- 4(1: tidak pernah sama sekali, 2: kadang – kadang saja mengalami hal demikian, 3: sering mengalami, 4 : selalu mengalami demikian setiap hari).

Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan (Nursalam, 2011).

Skor 20 – 44 : Kecemasan Ringan, Skor 45 – 59 : Kecemasan Sedang, Skor 60 - 74 : Kecemasan Berat, Skor 75 – 80 : Kecemasan panik.

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya	
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	
3.	Saya merasa seakan tubuh saya berantakan atau hancur	

4.	Saya mudah marah, tersinggung atau panik	
5.	Saya selalu kesulitan mengerjakan segala sesuatu atau merasa sesuatu yang jelek akan terjadi	
6.	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar	
7.	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher, atau nyeri otot	
8.	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lemah	
9.	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang	
10.	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat	
11.	Saya sering merasa pusing	
12.	Saya sering pingsan atau merasa seperti pingsan	
13.	Saya mudah sesak napas tersengal-sengal	
14.	Saya merasa kaku atau mati rasa dan kesemutan pada jari-jari saya	
15.	Saya merasa sakit perut atau gangguan pencernaan	
16.	Saya sering kencing dari biasanya	
17.	Saya merasa tangan saya dingin dan sering basah oleh keringat	
18.	Wajah saya terasa panas dan kemerahan	
19.	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam	
20.	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk	

Keterangan :

Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara:

Skor 20 – 44 : kecemasan ringan

Skor 45 – 59 : kecemasan sedang

Skor 60 – 74 : kecemasan berat

Skor 75 – 80 : Panik

6. Kecemasan pada Pasien Pasca Stroke

Post stroke anxiety (PSA) adalah ansietas atau kecemasan yang timbul pasca stroke. Pada fase akut stroke, gejala ini dapat menjadi kronis hingga bertahun-tahun (Rasyid, 2015). Kecemasan pada pasien post stroke merupakan reaksi yang muncul atau dirasakan oleh pasien dan keluarga disaat pasien harus dirawat mendadak dirumah sakit (Prasetyo, 2011). Pasien yang dirawat di rumah sakit sering mengalami stres, dan masalah psikologi yang berkaitan dengan penyakitnya yang dapat mengakibatkan pasien mengalami kecemasan.

a. Gejala-gejala ansietas yang dapat terjadi pada pasien pasca stroke adalah sebagai berikut:

- 1) Kecemasan dan kekhawatiran yang berlebihan, terjadi lebih banyak daripada tidak, selama minimal enam bulan awal tentang sejumlah kejadian atau aktivitas.
- 2) Penderita merasa kesulitan untuk mengontrol kekhawatirannya.
- 3) Kecemasan dan kekhawatiran berkaitan dengan tiga atau lebih dari enam gejala selama enam bulan terakhir.
 - a) Tidak bisa tenang atau merasa gelisah
 - b) Mudah merasa lelah
 - c) Ketegangan otot
 - d) Tertidur atau tidak tidur nyenyak
 - e) Sulit berkonsentrasi atau pikiran kosong
 - f) Banyak melamun

b. Dampak kecemasan Post stroke

Ansietas menyebabkan proses penyembuhan stroke menjadi lambat. Gangguan *activity daily* berkaitan dengan

ansietas pada fase akut dan kronik. Pasien dengan ansietas menunjukkan ADL yang lebih terganggu.

Menurut Rasyid (2015), kecemasan dianggap sebagai salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan klinik. Kejadian cemas dapat mempengaruhi status kesehatan pasien karena dapat menyebabkan ketidaknyamanan, bertambahnya hari rawat dan pasien dapat menciderai diri, orang lain dan lingkungannya. Dampak kecemasan terhadap system saraf sebagai neuro transmitter terjadi peningkatan sekresi norepinefrin, terdapat *serotonin* dan *gama aminobutyric acid* sehingga mengakibatkan terjadi gangguan:

- 1) Fisik (fisiologi) antara lain : denyut jantung, suhu tubuh, mual muntah, diare, sakit kepala dan kehilangan nafsu makan.
- 2) Gejala gangguan tingkah laku antara lain : aktivitas psikomotorik bertambah atau berkurang, sikap menolak berbicara kasar, sukar tidur.
- 3) Gejala mental antara lain : kurang berkonsentrasi, pikiran kacau, kehilangan kemampuan persepsi, kehilangan ingatan, phobia, ilusi, dan halusinasi. Cemas akan kecacatan dan kematian pada pasien stroke bisa berakibat terganggunya proses pengobatan dan rehabilitasi.

c. Tata Laksana *Post Stroke Anxiety (PSA)*

Tata laksana post stroke perlu dilakukan secara komprehensif. Penanganan terhadap kondisi fisik pasca stroke memang perlu, namun penanganan gangguan neuropsikiatrik yang timbul juga perlu ditangani karena dapat berpengaruh pada proses kesembuhan, kemampuan ADL, dan resiko kematian. Namun dalam perawatan pasien pasca stroke sering mengabaikan adanya faktor kecemasan, dan berfokus pada perawatan cacat fisik pasien. Oleh karena itu pengenalan dan

mendiagnosis *post stroke Anxiety* (PSA) sejak dini sangatlah penting, terutama pada penderita yang mempunyai faktor resiko (Rasyid, 2015).

C. Tinjauan Umum Stroke

1. Pengertian Stroke

Menurut Brunner & Suddarth (2013), Stroke adalah hilangnya disfungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak.

Menurut Misbach (2015), Stroke adalah salah satu sindrom neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa stroke adalah gangguan neurologi yang disebabkan oleh aliran darah ke otak terhambat/terganggu/berkurang atau terhenti yang dapat menimbulkan kecacatan.

2. Penggolongan Stroke

Junaid (2011), mengolongkan stroke menjadi dua yaitu:

- a. Stroke Perdarahan (*haemoragi*) adalah stroke yang disebabkan oleh perdarahan ke dalam ruang subarachnoid. Stroke *haemoragi* terdiri dari 2 macam, yaitu: Intraserebral (PIS) dan Perdarahan Subarachnoid (PSA).
- b. Stroke Nonperdarahan (iskemik/infark)
 - 1) Berdasarkan perjalanan klinisnya, Stroke non perdarahan terdiri dari 3 jenis, yaitu:
 - a) Serangan iskemik sepiintas (TIA): gangguan neurologi fokal yang timbul mendadak dan menghilang dalam

beberapa menit sampai beberapa jam (berlangsung kurang dari 24 jam)

b) Progresif

Perjalanan stroke berlangsung perlahan meskipun akut (berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai yang menjadi berat.

c) Stroke komplit atau *completed*

Pada daerah yang mengalami hipoksia akan terjadi edema sel otak bila berlangsung lama terjadi infark. Pada daerah sekitar infark akan timbul daerah penumbra iskemik dimana sel masih hidup tetapi tidak berfungsi. Daerah luar penumbra akan timbul edema lokal atau daerah hiperemis sel

2) Stroke iskemik berdasarkan penyebabnya dikelompokkan sebagai berikut:

a) Aterotrombotik : penyumbatan pembuluh darah oleh kerak/plak dinding arteri

b) Kardioemboli : sumbatan arteri oleh pecahan plak (emboli) dari jantung

c) Lakuner : sumbatan plak pada pembuluh darah yang berbentuk lubang.

3. Etiologi Stroke

a. Faktor resiko (yang tidak dapat diubah):

- 1) Usia lanjut, makin tua kejadian stroke makin tinggi
- 2) Jenis kelamin (pria)
- 3) Riwayat keluarga (Brunner and Suddarth, 2013)

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi/diubah:

- 1) Hipertensi
- 2) Obesitas
- 3) Merokok

- 4) Diabetes
- 5) Endokarditis
- 6) Peminum Alkohol
- 7) Kurang aktivitas
- 8) Hiperkolesteromi
- 9) Pola Hidup (*junk food*)
- 10) Stress (Junaidi. S, 2011)

4. Tanda dan gejala

Menurut Lumbantobing (2013), tanda dan gejala stroke adalah: lumpuh separuh badan (kanan/kiri), mulut mencong, bicara pelo, sulit menelan, penglihatan terganggu, gangguan pendengaran, gerakan tidak terkoordinasi.

5. Penatalaksanaan Medik dan non medik

Menurut Lumbantobing (2103), jenis-jenis pengobatan stroke, antara lain:

- a. Terapi medik stroke iskemik
 - 1) Obat edema otak: manitol dan kortikostteroid(dexametason)
 - 2) Obat antiagregasi trombosit, mencegah terbentuknya thrombus: asetosal(aspirin)
 - 3) Antikoagulansia (pengencer darah): heparin, cpg, aspilet/aptop (kecuali hemoragik stroke)
 - 4) Obat tromboliti: rt-PA (*recombinant Tissue Plasminogen Activator*) atau *streptokinase* menghancurkan bekuan darah diberi dlm waktu 3 jam setelah serangan.
 - 5) Obat lain: citicolin/brainact(vitamin saraf)
 - 6) Novarapid (bila menderita diabetes)
- b. Terapi stroke hemoragik
 - 1) Terapi medik perdarahan subarachnoid:
 - a) Tirah baring

- b) Tidak mengedan (pemberian laxadin mencegah konstipasi)
 - c) Menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit.
- 2) Terapi medik perdarahan intraserebral
- a) Mencegah akibat buruk dari meningkatnya tekanan intracranial
 - b) Mencegah komplikasi sekunder sebagai akibat menurunnya kesadaran, misalnya gangguan pernafasan, aspirasi dan hipoventilasi
 - c) Identifikasi sumber perdarahan yang mungkin dapat diperbaiki dengan tindakan bedah.
 - d) Tirah baring

6. Rehabilitas dini pada stroke

- a. Tata ruang : modifikasi lingkungan rumah
- b. Posisi berbaring
 - 1) Ranjang tempat berbaring harus datar seluruhnya
 - 2) Kepala ditinggikan 15-30 derajat
 - 3) Posisi: posisi tidur diusahakan dilakukan secara dinamis artinya pasien jangan tidur atau berbaring pada satu sisi yang terlalu lama, posisi pasien harus diubah-ubah tiap beberapa waktu.
 - 4) Duduk: pasien harus diusahakan untuk dapat duduk, apabila pasien belum mampu mengubah posisi dari berbaring ke posisi duduk, perawat atau anggota keluarga dapat membantunya
 - 5) Terapi bicara
 - 6) Fisioterapi
 - 7) Psikoterapi : kehilangan minat pada aktivitas rekreasi, cepat lelah, banyak diam, jadi pemarah, cemas dan depresi (Junaid.S, 2011).

7. Dampak yang diderita penderita setelah stroke

Menurut Junaid .S (2011), Terdapat beberapa dampak yang timbul pada pasien pasca stroke, yakni:

a. Masalah kognitif

Ada beberapa masalah kognitif pada penderita pasca stroke, yaitu:

1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah masalah memori jangka pendek, dimana mengingat informasi baru menjadi sangat sulit bagi penderita.

2) Perhatian

Kesulitan dalam memilih apa yang membutuhkan perhatian dan apa yang tidak, dan bisa menjadi mudah terganggu. Pasien pasca stroke sulit fokus pada pekerjaan yang dilakukan (kehilangan konsentrasi).

3) Persepsi

Kesulitan mengambil informasi dan mengakses memori tentang informasi tersebut.

b. Masalah komunikasi

1) Afasia

2) Disatria

c. Masalah emosional

1) Kegelisahan

2) Emosionalisme

3) Perubahan kepribadian

4) Kemarahan

d. Masalah fisik

1) Kelemahan dan kelumpuhan.

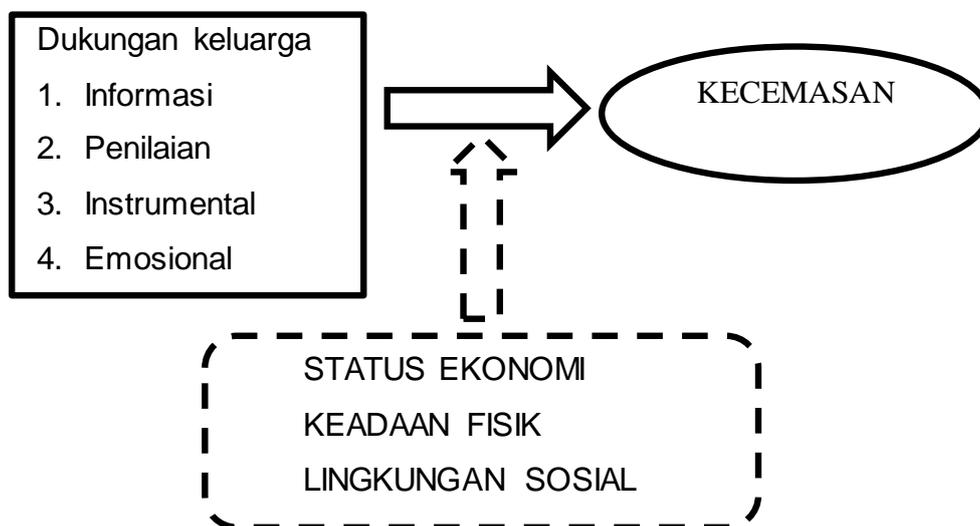
- 2) Mati rasa dan kekakuan.
- e. Masalah elimiasi
Pasien pasca stroke mengalami kehilangan kontrol buang air kecil dan konstipasi.
 - f. Masalah keseimbangan
Pasien pasca stroke mudah mengalami pusing atau goyah sehingga penderita akan mengalami penurunan gaya berjalan dan beraktivitas.
 - g. Masalah lain
Nyeri kepala dan nyeri bahu.
 - h. Depresi
 - 1) Perasaan sedih
 - 2) Kehilangan minat terhadap kegiatan sehari-hari
 - 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan
 - 4) Sulit istirahat/tidur
 - 5) Perubahan selera makan
 - 6) Keinginan bunuh diri
 - i. Mobilitas dan aktivitas
Mobilitas adalah kemampuan untuk mengubah dan mengontrol posisi tubuh. Aktivitas adalah kemampuan untuk berpindah, karena kurang mobilitas dan aktivitas, pasien dapat mengalami luka tekan.
 - j. Gangguan makan/menelan(disfagia)
Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat stroke. Tersedak pada saat makan atau minum, pasien tidak mampu mengontrol keluarnya air liur.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Stroke sangat mempengaruhi kehidupan seseorang yang akan berdampak pada perubahan fisik (kecacatan) yang akan mengganggu fungsi dan peran penderita dan akan membatasi kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang akan berdampak pada timbulnya kecemasan. Penyakit stroke yang tidak tertangani sejak dini pada tiga bulan awal akan memperpanjang jangka waktu penyembuhan sehingga juga mengakibatkan pasien cemas akan kondisi penyakitnya. Dalam keadaan seperti inilah seseorang sangat membutuhkan dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan informasi, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Maka dengan adanya dukungan dari keluarga dapat menimbulkan persepsi dalam diri penderita pasca stroke bahwa ia diterima dan disayangi sehingga diharapkan dapat mengurangi terjadinya kecemasan pada pasien pasca stroke. Peneliti menyajikan kerangka konsep untuk mempermudah memahami permasalahan yang sedang diteliti.



Gambar 3.1. Bagan Kerangka konsep

Bagan kerangka konseptual hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke

Keterangan :



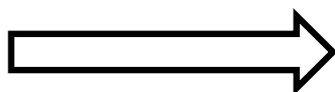
: Variable Independen



: Variable Dependen



: Variable Perancu



: Penghubung Antar Variable

B. Hipotesis

Hipotesa dalam penelitian ini adalah: ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar.

C. Definisi Operasional

Table 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variable Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Variable Independen Dukungan Keluarga	Bantuan /support dan perhatian yang diterima dan dirasakan oleh salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya	a. Dukungan Informasi b. Dukungan Penilaian c. Dukungan Instrumental d. Dukungan Emosional	Kuesioner	Ordinal	- Mendukung: Jika total skor jawaban responden 51-80 - Kurang mendukung: jika total skor jawaban responden 20-50
Variable Dependen: kecemasan	Rentang/ derajat suatu respon individu terhadap kecemasan yang dapat menjelaskan/mendes kripsikan apakah seseorang mengalami	Respon fisiologis dan Psikologis	Kuesioner- Komponen Zung Self Rating Anxiety Scale	Ordinal	- Cemas ringan: skor 15-30 - Cemas sedang: Skor 31-45 - Cemas berat: Skor 46-60

	cemas ringan/ sedang/ berat				
--	--------------------------------------	--	--	--	--

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional* yaitu rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan dan pengambilan sampel data variable independen dan variable dependen dilakukan dalam waktu yang bersamaan atau hanya satu kali yang bertujuan untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa di Rumah sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar cukup banyak pasien pasca stroke yang dapat dijadikan sebagai sampel/responden dan belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap kecemasan pasien pasca stroke, selain itu juga menghemat biaya serta waktu penelitian karena tempat penelitian mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai Januari 2018 - Februari 2018

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien pasca stroke yang berobat jalan dipoliklinik saraf dan rehabilitasi medik di Rumah

Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar. Jumlah penderita stroke di Rumah Sakit Stella Maris periode Januari - Februari 2017 sebanyak 35 orang untuk poliklinik saraf dan 31 orang untuk rehabilitasi medik. Sedangkan di Rumah Sakit Awal Bros Makassar periode Januari - Februari 2017 sebanyak 125 orang untuk poliklinik saraf dan 12 orang untuk rehabilitasi medik.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat mewakili sebagai populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik sampling yang tidak memberikan peluang yang sama kepada setiap anggota populasi untuk terpilih menjadi sampel dalam penelitian, dengan tujuan tidak generalisasi dan tidak dipilih secara acak. Dengan menggunakan pendekatan *Convenience sampling (Accidental sampling)* yaitu pemilihan sampel dengan pertimbangan kemudahan peneliti dalam memilih sampel, sampel diambil sesuai dengan keinginan peneliti tanpa sistematika tertentu. Seseorang dapat diambil sebagai sampel karena kebetulan ditemukan atau dikenal oleh peneliti. (Sugiyono, 2014).

Menurut Nursalam (2010), semakin besar sampel semakin mengurangi angka kesalahan, karena populasi bersifat tidak tetap maka dalam menentukan besar sampel mengacu pada konsep Fraenkel dan wallen tahun 1991 besar jumlah sampel minimum untuk penelitian *observasional* adalah minimal 50 dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Pasien pasca stroke dengan kesadaran compos mentis
- b. Pasien pasca stroke yang dapat berkomunikasi
- c. Pasien pasca stroke yang dapat membaca dan menulis

- d. Bersedia menjadi responden

D. Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti kemudian dibagikan kepada masing-masing responden . kemudian responden diminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan cara mengisi lembar kuesioner penelitian. Kuesioner terdiri dari 3 bagian yaitu bagian pertama adalah data demografi yang meliputi nama inisial responden, umur, jenis kelamin, pendidikan, suku, pekerjaan, status pekerjaan, status perkawinan, biaya rumah sakit, tinggal bersama, lama penyakit, bagian kedua mengukur variabel dukungan keluarga adalah kuesioner. Kuisoner ini terdiri dari 20 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu tidak pernah diberi dukungan (nilai 1). kadang-kadang diberi dukungan (nilai 2), sering diberi dukungan (nilai 3), selalu diberi dukungan (nilai 4), Bagian ketiga, mengukur variabel kecemasan pasien pasca stroke adalah kuesioner dimana kuesioner ini terdiri dari 15 pertanyaan dengan skala ordinal yang terdiri dari 4 pilihan jawaban yaitu tidak pernah merasakan (nilai 1), kadang-kadang merasakan (nilai 2), sering merasakan (nilai 3) dan selalu merasakan (nilai 4).

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur. Adapun prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar sebagai syarat mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian di RS Stella Maris Makassar dan RS Awal Bros Makassar. Setelah mendapat persetujuan, maka peneliti melakukan penelitian. Langkah pertama adalah responden diberi informasi tentang penelitian

yang meliputi tujuan, efek dan dampak yang ditimbulkan dari penelitian. Setelah responden paham dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian maka dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi, disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan responden. Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3. *Confidentially*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

4. Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan guna memperoleh data yang sesuai dengan variabel penelitian yang dilakukan dengan dua cara, yaitu:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung oleh peneliti dari objek yang akan diteliti dengan menggunakan instrument penelitian. Aplikasi dalam penelitian ini melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah cara pengumpulan data penelitian dengan cara menelusuri dan menelaah literatur serta data yang diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas RS Stella Maris Makassar dan RS Awal Bros Makassar. Setelah data RS Stella Maris Makassar dan RS Awal Bros Makassar tersebut diperoleh, dimasukkan ke dalam pengujian statistik untuk memperoleh kejelasan tentang gambaran hubungan variabel indenpen dan variabel dependen.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data yang meliputi :

1. Editing

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar

2. Coding

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan symbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. Entry data

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam computer dengan menggunakan aplikasi komputer

4. Tabulating

Setelah data terkumpul dan tersusun, selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu tabel menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

G. Analisa Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasikan dengan menggunakan uji analitik yaitu dengan menggunakan metode computer program SPSS versi windows 22.

1. *Analisis univariat*

Analisa *univariat* dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentasi dari setiap variabel yang diteliti.

2. *Analisis bivariat*

Analisa *bivariat* dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen (dukungan keluarga) dan variabel dependen (kecemasan pasien pasca stroke). Karena skala pengkategorianya adalah skala kategorik dan tabelnya berordo 2x3 maka uji statistic yang digunakan adalah uji statistik *chi square*, dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0.05$ menggunakan program SPSS versi 22,0 dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_o ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, maka H_o diterima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN

H. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar pada tanggal 10 Januari 2018 – 15 Februari 2018. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Convenience sampling (Accidental sampling)*, dengan jumlah sampel sebanyak 50 responden yang memenuhi kriteria inklusi diruangan rehabilitasi medik dan poliklinik saraf. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur berupa kuesioner, sedangkan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 22*. Untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pasca stroke, dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0.05$ (5%).

2. Gambaran Lokasi Penelitian

a. Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta yang ada di kota Makassar. Rumah Sakit Stella Maris Makassar terletak di Jl. Somba Opu No. 273, kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris Makassar bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang yang tidak mampu. Oleh karena itu sekelompok suster

JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun suatu Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris Makassar Memiliki visi dan misi yang dapat diuraikan sebagai berikut.

1) Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama

2) Misi

a) Tetap memperhatikan pada golongan masyarakat yang lemah

b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima

c) Pelayanan kesehatan dengan standar kedokteran yang mutakhir dan komprehensif

d) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3) Tujuan

Memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

4) Motto

Melayani dengan cinta kasih

b. Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Rumah Sakit Awal Bros Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta yang terdapat di Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Awal Bros Makassar dibangun tahun 2009, diresmikan pada tanggal 25 Juli 2011 dan berlokasi di Jl. Urip Sumohardjo No.43 Makassar dengan posisi yang sangat strategis berada

diantara pusat kota Makassar di bagian timur dan barat serta berada pada posisi yang sangat mudah dijangkau oleh angkutan apapun. Gedung ini berada sejajar dengan DPRD kota Makassar dan Fajar Tower di sebelah kanan.

Rumah Sakit Awal Bros Makassar berawal ketika karut marutnya pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah, banyak orang Indonesia yang berobat ke luar negeri karena pelayanan di Indonesia kurang baik khususnya di Makassar sehingga Erwin Aksa Mahmud berpikir bahwa pengembangan rumah sakit swasta memang perlu ditingkatkan khususnya di kota Makassar, untuk itu Erwin Aksa Mahmud mengajak untuk bekerja sama dengan Owner RSAB yaitu Arfan Awaloeddin untuk membuka RS Swasta Awal Bros Group di Makassar.

Rumah Sakit Awal Bros Makassar adalah Rumah Sakit ke 6 dari Rumah Sakit Awal Bros Group dan merupakan salah satu Rumah Sakit Internasional yang ada di Makassar, kepemilikan juga dari berasal dari BOSOWA group. Rumah Sakit Awal Bros Makassar merupakan gedung dengan jumlah lantai sebanyak 9 lantai.

Rumah sakit Awal Bros Makassar adalah rumah sakit swasta kelas B yang terakreditasi KARS Paripurna pada tahun 2015 yang sekarang menuju ke JCI. Rumah Sakit Awal Bros Makassar senantiasa memberikan mutu pelayanan terbaik dengan mengutamakan kecepatan, keramahan, keakuratan dan tanggap terhadap kebutuhan pasien serta berkomitmen untuk selalu mengutamakan keselamatan jiwa pasien dengan memberikan pelayanan kedokteran spesialis, subspesialis dengan didukung fasilitas UGD 24jam, pelayanan rawat inap, rawat jalan, medical check up, farmasi, laboratorium, radiologi, IVF Morula serta berbagai perangkat teknologi lainnya untuk

membantu mempermudah tindakan medis serta menampung pelayanan rujukan dari Rumah Sakit lain.

- 1) Visi Rumah Sakit Awal Bros Makassar
Menjadi Rumah Sakit Swasta terbaik di wilayah Indonesia Timur sebagai rujukan yang komprehensif.
- 2) Misi
 - a) Memberi pelayanan kesehatan secara professional, kompeten dibidangnya, ramah, peduli, cepat, tepat dan terpadu sesuai kebutuhan masyarakat.
 - b) Mengusahakan perbaikan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan disertai keramahan dan kepedulian yang tinggi bagi pelanggan.
 - c) Menjalin hubungan yang baik bagi seluruh lapisan masyarakat dan pemerintah.
 - d) Meningkatkan kesejahteraan dan kinerja karyawan.
- 3) Motto
Ramah, Profesional dan Peduli (Hospitality, Profesional and Care).

3. Penyajian Karakter Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan umur

Table 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Kelompok Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
31- 40	4	8
41- 50	7	14
51-60	17	34
61-70	22	44
Total	50	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar dari 50 responden kelompok umur terbanyak berada pada umur 61-70 tahun yaitu sebanyak 22 (44%) responden dan jumlah terkecil pada umur 31 - 40 tahun yaitu sebanyak 4(8%) responden.

b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Table 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki – Laki	31	62
Perempuan	19	38
Total	50	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar dari 50 orang responden, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi yaitu sebanyak 31 (62%) responden dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 19 (38%) responden.

c. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Table 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
SD	8	16
SMP	12	24
SMU	17	34
PT	13	26
Total	50	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar dari 50 responden data jumlah pendidikan terakhir responden mayoritas adalah tingkat SMU yaitu 17 (34%) responden dan jumlah pendidikan terakhir responden minoritas adalah tingkat SD yaitu 8 (16%) responden.

d. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Table 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
PNS	7	14
Buruh/Petani	5	10
Tidak Bekerja	17	34
Lain - Lain	21	42
Total	50	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar dari 50 responden didapati jumlah terbesar berada pada Lain-lain yaitu sebanyak 21(42%) responden dan jumlah terkecil berada pada jenis pekerjaan Buruh/Tani yaitu sebanyak 5 (10%) responden.

e. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Table 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Status perkawinan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Menikah	36	72
Belum Menikah	5	10
Janda/Duda	9	18
Total	50	100

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar diperoleh data bahwa dari 50 responden berdasarkan status perkawinan paling banyak terdapat pada status menikah yaitu 36 (72%) responden dan jumlah terkecil yaitu status belum menikah 5 (10%) responden.

4. Hasil Analisa variable Penelitian

a. Analisa Univariat

1) Dukungan Keluarga

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mendukung	39	78
Kurang Mendukung	11	22
Total	50	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar diperoleh data bahwa dari 50 responden diperoleh 39 (78%) responden mendapat dukungan keluarga yang mendukung dan 11(22%) responden mendapat dukungan keluarga yang kurang mendukung.

2) Tingkat Kecemasan Pasien Pasca Stroke

Table 5.7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Pasien Pasca Stroke

Tingkat Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Ringan	26	52
Sedang	14	28
Berat	10	20
Total	50	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros

Makassar dari 50 responden diperoleh 26 (52%) responden mengalami tingkat kecemasan ringan, 14 (28%) responden mengalami tingkat kecemasan sedang dan 10 (20%) responden mengalami tingkat kecemasan Berat.

b. Analisa Bivariat

Table 5.8

Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Dukungan Keluarga	Tingkat Kecemasan						Total		P Value
	Ringan		Sedang		Berat		N	%	
	f	%	f	%	f	%			
Mendukung	25	50.0	12	24.0	2	4.0	39	78	0.001
Kurang Mendukung	1	2.0	2	4.0	8	16	11	22	
Total	26	52	14	28	10	20	50	100	

Sumber : Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar dengan melakukan uji statistik *chi-square*, diperoleh data bahwa terdapat 2 cell yang memiliki nilai *expected* kurang dari 5, peneliti tidak melakukan penggabungan cell, peneliti memutuskan untuk melakukan uji alternative yaitu uji *Kolmogorov-smirnov test* dan diperoleh nilai p value: 0.001 , berarti nilai $p < \alpha$ (0,05) ini menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke.

Dalam penelitian ini, analisa uji bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros

Makassar, dari 50 responden didapatkan dukungan keluarga yang mendukung dengan tingkat kecemasan ringan 25 (50.0%) responden, sedang 12 (24.0%) responden dan berat 2 (4.0%) responden, sedangkan dukungan keluarga yang kurang mendukung dengan tingkat kecemasan ringan 1 (2.0%) responden, sedang 2 (4.0%) responden dan berat 8 (16.0%) responden.

B. Pembahasan

Berdasarkan uji statistik SPSS 22 *chi - square* dengan menggunakan uji *alternative Kolmogorov-smirnov* didapatkan p value 0,001, artinya $p < \alpha$ (0,05) berarti H_0 di tolak dan H_a diterima sehingga ini dapat membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pasca stroke, semakin baik dukungan keluarga maka tingkat kecemasan pasien pasca stroke ringan/menurun dan sebaliknya semakin kurang dukungan keluarga maka tingkat kecemasan pasien akan meningkat/berat.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Astuti dan Indah (2013) dengan judul hubungan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita pasca stroke *DI RSUD UNDATA* diperoleh hasil nilai $p = 0,002$ artinya p value $< \alpha$ (0.05), yang berarti adanya hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan kestabilan emosi pada penderita stroke. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diperoleh penderita stroke maka akan semakin tinggi kestabilan emosi begitu pula sebaliknya.

Sejalan pula dengan penelitian yang dilakukan Dewi dan Darliana (2014) dengan judul dukungan keluarga dengan depresi pada pasien pasca stroke dengan hasil nilai p value = 0.000 ini menunjukkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan depresi pasien pasca stroke, begitupun dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuryanti (2016) dengan judul hubungan antara dukungan keluarga dengan motivasi melakukan ROM pada pasien pasca stroke. Hasil penelitian

menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga dengan motivasi melakukan ROM dengan hasil p value= 0,000.

Namun berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Jannah dan Zahrotul (2013) dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien stroke di ruang ashter RSUD Dr. Hardjono Ponorogo. didapatkan nilai $p=0,76$. Nilai ini lebih besar dari nilai alfa 0,05 hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kecemasan pasien stroke. Peneliti berpendapat bahwa pasien stroke yang mengalami kelumpuhan, kecacatan akan mengalami tingkat kecemasan yang berbeda-beda pada setiap individu, bergantung pada dukungan yang diperoleh dan perilaku penderita dalam memahami dukungan yang diperoleh.

Dukungan keluarga yang diterima oleh penderita akan mampu meringankan kecemasan yang dialami pasien stroke sehingga penderita merasa bahwa dirinya masih dibutuhkan, diperhatikan, segala kebutuhannya tetap terpenuhi dan kualitas hidupnya terjamin serta penderita akan merasa bahwa dirinya tidak berbeda dengan manusia yang lain (Jannah dan Zahrotul, 2013)

Menurut teori Purnawan (2008) faktor - faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga diantaranya adalah pendidikan atau tingkat pengetahuan, dengan intelektual yang terdiri dari pengetahuan dan latar belakang pendidikan dimiliki oleh seseorang akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan tersebut untuk menjaga kesehatan dirinya dan anggota keluarga yang mengalami sakit, serta dengan pola pikir yang memadai dapat dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya.

Menurut asumsi peneliti, dukungan keluarga dapat dijadikan sebagai indikator untuk memprediksi tingkat kecemasan pasien pasca stroke, olah sebab itu penderita stroke membutuhkan dukungan-

dukungan keluarga seperti dukungan emosional berupa kehadiran keluarga didekat pasien, rasa empati, turut merasakan apa yang dirasakan oleh pasien, perhatian dan kasih sayang kepada pasien, memberikan support/motivasi saat pasien sedang menjalani latihan serta mendengarkan keluhan dan masalah pasien.

Dukungan instrumental berupa rumah yang bersih dan sehat sebagai tempat tinggal, lingkungan yang tenang untuk beristirahat dan aman untuk latihan sehingga mencegah cedera atau jatuh, makanan dan minuman sehat untuk memenuhi nutrisi penderita, menyediakan alat transportasi yang dapat digunakan untuk ke pusat pelayanan kesehatan, keluarga bersedia memberikan tenaganya untuk membantu pasien dalam melakukan latihan dan membantu pasien memenuhi kebutuhan sehari-hari. Selain itu, perlu juga adanya dukungan instrumental berupa materi/dana untuk melengkapi alat kesehatan pasien misalnya tongkat /walker untuk berjalan, tensi meter, kursi roda,dll, dan dukungan informasi seperti nasihat, usulan dan saran tentang layanan kesehatan dan terapi yang baik untuk membantu meningkatkan kesehatan pasien serta informasi tentang penyakit yang diderita.

Dukungan penilaian dapat berupa penghargaan/pujian saat pasien berhasil menjalankan diet sesuai penyakitnya dan berhasil melakukan latihan, melibatkan dan menghargai pendapat pasien dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan pengobatan pasien.

Disamping adanya dukungan keluarga, kecemasan juga yang dialami penderita dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan ekonomi, dengan pendidikan yang tinggi/memadai seseorang dapat mencari informasi atau menerima informasi dengan baik sehingga akan cepat mengerti akan kondisi dan keparahan penyakitnya ini dibuktikan dalam penelitian ini bahwa responden yang mengalami kecemasan sedang rata-rata memiliki tingkat pendidikan SD/SMP.

Semakin rendah status ekonomi seseorang kecemasan justru semakin besar. mengingat dalam keadaan sakit membutuhkan biaya pengobatan dan perawatan yang cukup sehingga memerlukan biaya yang besar pula. jadi, keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan kecemasan pada klien, ini didukung dari hasil penelitian bahwa yang mengalami kecemasan sedang memiliki penghasilan rata-rata bahkan tidak bekerja.

Berdasarkan pengamatan peneliti selama penelitian, rata-rata responden kurang mendapat dukungan emosional terbukti melalui pasien datang sendiri ke poliklinik atau hanya ditemani oleh pembantu karena keluarga sibuk kerja atau mengurus suami dan anak dirumah, responden yang menjalani rehabilitasi ditinggalkan sendiri dengan alasan keluarga ada perawat dan terapis yang menemani, pasien datang dengan bau badan.

Peneliti berpendapat bahwa berat/ringannya kecemasan yang dialami oleh pasien bergantung pada dukungan keluarga yang diperoleh/dirasakan baik itu dukungan emosional, instrumental, penilaian dan informasi, sebab terpenuhinya kebutuhan pasien akan mempengaruhi proses rehabilitasi baik itu dari segi pengobatan, alat-alat kesehatan, rasa aman, kasih sayang, fasilitas pelayanan kesehatan, sandang-pangan serta kebersihan diri, dapat terlihat pada hasil penelitian bahwa responden yang kurang mendapatkan dukungan mengalami kecemasan berat dan berstatus janda/duda/belum menikah (hidup sendiri).

Adanya dukungan keluarga yang sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh individu maka individu tersebut akan merasa lebih percaya diri, serta sikap yang dapat menerima kenyataan, berfikir positif, memiliki kemandirian, dan mempunyai kemampuan untuk memiliki serta mencapai segala sesuatu yang diinginkan, jika memperoleh dukungan keluarga berupa perhatian, menghargai, dan dicintai oleh orang lain. Dukungan keluarga pada umumnya

menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, dan rekan kerja.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data bahwa dari 50 responden yang diteliti terdapat 25 (50%) responden yang memperoleh dukungan keluarga mendukung dan mengalami kecemasan ringan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Ika Hayun (2017) dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang mengatakan bahwa dari 54 responden diperoleh 37 responden memperoleh dukungan keluarga baik tidak mengalami kecemasan saat menjalani HD, didapatkan 1 pasien mengalami kecemasan berat mendapatkan dukungan keluarga kurang.

Pentingnya keluarga dalam memotivasi pasien untuk menurunkan tingkat kecemasan khususnya pada pasien gagal ginjal yang melakukan cuci darah karena dengan adanya dukungan keluarga dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalani terapi pengobatan yang dilakukan pasien (Ika Hayun, 2017).

Hasil tersebut sejalan dengan teori yang dipaparkan oleh Tumiem (2014) bahwa dukungan keluarga merupakan faktor yang paling utama yang sangat berpengaruh terhadap penderita stroke. Seseorang dengan dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan motivasi yang lebih tinggi sehingga pasien stroke merasa bahwa dirinya diperhatikan sehingga mempunyai keinginan dan semangat untuk menjalani proses rehabilitasi dan untuk memperoleh kesembuhan begitu pula sebaliknya.

Menurut asumsi peneliti, keluarga adalah orang terdekat bagi pasien yang selalu siap memberikan dukungan berupa perhatian seperti menemani /mendampingi pasien, memberikan pujian disaat pasien melakukan hal secara mandiri misalnya mampu berdiri tanpa bantuan

siapapun, keluarga memberikan bantuan kepada pasien seperti melengkapi segala kebutuhan hidup pasien berupa tempat tinggal yang nyaman dan tenang yang dapat mempengaruhi perasaan pasien sehingga dapat meringankan kecemasan yang dialami, karena dengan adanya dukungan keluarga maka pasien akan merasa termotivasi untuk terus menjalani proses perawatannya.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data bahwa dari 50 responden terdapat 12 (24%) responden memperoleh dukungan keluarga kurang mendukung dan mengalami kecemasan sedang dan terdapat 2 (4%) responden memperoleh dukungan keluarga kurang mendukung dan mengalami kecemasan berat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Orizane (2016) dengan judul dukungan keluarga dalam memenuhi kebersihan diri pada penderita stroke yang mengalami gangguan motorik terhadap 30 responden diperoleh data dukungan keluarga mendukung 10 (33%) responden kebersihan dirinya tidak terpenuhi. Dalam fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan.

Tugas yang pertama yaitu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya yang berarti perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, yang kedua yaitu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga dengan tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, yang ketiga yaitu tentang bagaimana mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Selama proses penyembuhan suatu penyakit, dukungan dari keluarga untuk pasien stroke merupakan hal penting bagi pasien untuk dapat meningkatkan status kesehatannya (orizane,2016)

Menurut Setiadi (2012) keluarga adalah unit yang paling dekat dengan pasien yang memiliki peran sebagai motivator atau pendukung serta sebagai edukator bagi anggota keluarga lain dalam melaksanakan program kesehatan secara mandiri. Jika tidak ada dukungan keluarga, maka keberhasilan pemulihan (rehabilitasi) semakin kecil. Oleh karena itu, dukungan keluarga sangat diperlukan dalam mendampingi pasien stroke mengikuti rehabilitasi.

Menurut asumsi peneliti, keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung selama masa penyembuhan pasien. Dukungan keluarga yang pertama adalah kehadiran keluarga dan kepedulian keluarga. Apabila dukungan keluarga semacam ini tidak ada, maka keberhasilan penyembuhan dan pemulihan akan sangat kurang.

Dukungan keluarga juga dipengaruhi dengan tingkat pendidikan, bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin luas wawasannya terutama dalam mencari informasi untuk penyembuhan penyakit. Selain itu, dapat pula dipengaruhi oleh pekerjaan seseorang karena akan mempengaruhi keadaan ekonomi keluarga sehingga dapat memenuhi kebutuhan alat-alat kesehatan dan secara dengan mudah akan mencari pertolongan bila merasa ada kelainan dalam dirinya, misalnya kesehatan terganggu ,dapat mengetahui adanya gejala penyakit dalam dirinya.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data bahwa dari 50 responden terdapat 1(2%) responden yang kurang mendapat dukungan dan mengalami kecemasan ringan, hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi dan Darliana (2014) dengan judul dukungan keluarga dengan depresi pasien pasca stroke terhadap 88 responden dengan hasil dukungan keluarga kurang 5 (15.6%) responden tidak depresi dan 7 (21,9%) responden depresi ringan, responden yang mendapatkan dukungan buruk dari keluarganya lebih merasakan beban berat dalam menjalani perawatan.

Selain dukungan keluarga, proses penyembuhan penyakit dapat pula didukung oleh tingkat pendidikan seseorang. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang baik akan lebih matang dalam proses perubahan dirinya sehingga akan lebih mudah menerima pengaruh dari luar yang positif, obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi terkait kesehatan sehingga dengan mudahnya penerimaan terhadap informasi terkait kesehatan tentunya akan memudahkan pasien dalam melaksanakan manajemen perawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Dewi dan Darliana, 2014).

Menurut teori Notoatmojo (2010) tingkat pendidikan akan menentukan mudah atau tidaknya seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang makin baik pula pengetahuannya termasuk dalam hal kesehatan dan pengobatan dirinya.

Pendapat tersebut sejalan dengan pendapat Simanungkalit (2011) menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menyadari hal-hal baru dan mudah menyerap informasi-informasi yang diperoleh sehingga seseorang semakin banyak pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika tingkat pendidikan seseorang rendah, itu akan menghambat perkembangan perilakunya terhadap penyerapan informasi dan pengetahuan yang baru, termasuk hal-hal yang berkaitan tentang penyakit stroke.

Menurut Soewardi (2009) salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat stres seseorang adalah finansial semakin tinggi tingkat finansial yang dimiliki maka semakin ringan stres yang dialami.

Pendapat tersebut sejalan dengan teori Setyawati (2013) bahwa semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan, sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya, dengan demikian dapat mengurangi beban penderita dan keluarga karena dengan ekonomi yang memadai dapat memenuhi

kebutuhan pasien dan keluarga dalam kebutuhan sehari-hari dan selama menjalani pengobatan.

Menurut asumsi peneliti, dukungan keluarga merupakan faktor eksternal untuk dapat mengurangi rasa kecemasan seseorang, dukungan keluarga juga sangat berperan bagi mereka yang sedang menghadapi atau menderita suatu penyakit, walaupun kurang mendapat dukungan dari keluarga, tetapi memiliki pendidikan yang cukup tinggi seseorang akan dengan mudah menyadari dan memahami apa yang terjadi pada dirinya dan akan berusaha mencari yang terbaik bagi dirinya, karena tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan menyerap dan menerima informasi kesehatan serta kemampuan dalam berperan serta dalam pembangunan kesehatan.

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan. Pada umumnya seseorang yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi, mempunyai pengetahuan dan wawasan yang lebih luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi, serta dapat ikut berperan serta aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya, dengan pengetahuan yang diperoleh maka klien akan mengetahui manfaat dari saran atau nasihat tenaga medis sehingga akan termotivasi untuk patuh menjalani pengobatan.

Dalam penelitian ini, responden yang kurang mendapat dukungan keluarga dan mengalami kecemasan ringan sebanyak 1(2%) responden, kecemasan sedang 2 (4%) responden, secara finansial sudah terpenuhi kebutuhannya walaupun keluarga tidak ada disampingnya. Klien sendiri mempunyai pekerjaan tetap yang cukup jika hanya untuk mencukupi kebutuhannya sendiri, karena selama ini klien sudah terbiasa hidup sendiri, hanya ditemani oleh seorang anaknya yang sudah berkeluarga sedangkan 2 responden yang cemas sedang memang hidup sendiri duda dan belum menikah kebetulan cacat fisik yang dialaminya pun tidak terlalu berat, karena dalam keadaan sosial ekonomi yang baik dapat mempengaruhi tingkat pendidikan seseorang

dan kesehatan seseorang, sebab keadaan stroke akan yang membutuhkan waktu yang lama perawatan sehingga membutuhkan biaya obat serta perawatan yang banyak.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh data bahwa dari 50 responden terdapat 2 (4%) responden memperoleh dukungan keluarga kurang mendukung dan mengalami kecemasan sedang, 8 (16%) responden mengalami kecemasan berat, hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sulistiawati (2012) dengan judul hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stres pada pasien tuberkulosis usia produktif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terhadap 32 responden dengan hasil dukungan keluarga buruk tingkat stress sedang 1 (3,1%) responden dan berat 1 (3,1%), Responden yang mendapatkan dukungan buruk seperti kurangnya perhatian akan kepatuhan minum obat, dimana penderita TB seringkali mengalami rasa bosan hingga stress karena harus mengkonsumsi obat dalam waktu yang lama 6 – 9 bulan. Selain itu, membutuhkan dukungan biaya untuk memenuhi nutrisi.

Kurangnya dukungan dari keluarga menyebabkan penderita merasa tidak dipedulikan oleh keluarganya dan juga merasa bahwa penyakitnya dapat menambah beban bagi keluarganya sehingga penyakit ini semakin menambah beban hidupnya, sama halnya dengan penelitian yang dilakukan terhadap responden yakni penderita stroke, penderita stroke juga membutuhkan dukungan emosional berupa perhatian dalam pemenuhan terhadap kebutuhan pasien, kepatuhan terhadap diet dan latihan pasien stroke, karena keterbatasan pasien dalam bergerak. Sebab, dengan terpenuhinya kebutuhan pasien dapat meringankan kecemasan dan meminimalkan kecacatan (Sulistiawati, 2012).

Menurut Friedman (2010) salah satu fungsi keluarga adalah memberikan perawatan bagi anggotanya yang sedang sakit atau yang

tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda/tua.

Menurut Setyawati dan Darmawan (2013) keluarga berfungsi sebagai perawat/ pemelihara kesehatan yaitu berfungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Semakin baik dukungan yang diberikan oleh keluarga maka semakin ringan tingkat stresnya. Begitu juga sebaliknya, semakin buruk dukungan yang diberikan oleh keluarga semakin berat juga tingkat stresnya.

Menurut asumsi peneliti, responden yang kurang mendapat dukungan keluarga (buruk) dari keluarganya lebih merasakan beban berat dalam menjalani perawatan. Dampak dari kurangnya dukungan dari keluarga ini menyebabkan responden merasa tidak diperhatikan oleh keluarganya ketika dirinya sedang sakit sehingga menyebabkan responden merasa berat dalam menjalani pengobatannya. Responden mengatakan dukungan keluarga merupakan salah satu elemen penting dalam menunjang proses keperawatan dan mengurangi kecemasan yang mereka rasakan selama proses perawatan.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan-keterbatasan yang peneliti alami selama penelitian, yaitu:

1. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti
2. Jumlah sampel yang masih terlalu sedikit sehingga kurang representatif dan diharapkan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih banyak dan cakupan yang lebih luas.

BAB VI

PENUTUP

I. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 50 responden pasien pasca stroke pada tanggal 10 Januari – 15 Februari 2018 di ruang rehabilitasi medik dan poliklinik saraf Rumah Sakit Stella Maris Makassar dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar, didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Dukungan Keluarga pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar termasuk dalam kategori mendukung, hal ini diketahui bahwa terdapat 39 (78%) responden mendapatkan dukungan keluarga mendukung.
2. Tingkat kecemasan pasien pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar termasuk dalam kategori kecemasan ringan, hal ini diketahui bahwa sebanyak 26 (52%) responden mengalami tingkat kecemasan ringan.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pasca stroke di ruang rehabilitasi medik dan poliklinik saraf Rumah sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar.

J. Saran

3. Bagi Keluarga/Masyarakat

Agar dapat memberikan dukungan-dukungan seperti dukungan emosional, informasi, instrumental, penilaian yang maksimal serta keluarga diharapkan dapat menyempatkan waktu untuk bisa mendampingi dan melibatkan diri dalam latihan/pengobatan yang dijalani pasien, sehingga dapat meningkatkan motivasi dan semangat pada pasien untuk menjalani masa pengobatan/rehabilitasi

4. Bagi Petugas kesehatan

Disarankan kepada petugas kesehatan agar dapat memberikan contoh - contoh kepada keluarga pasien bagaimana bentuk dukungan emosional, informasi, penilaian dan instrumental, dan diharapkan kepada petugas kesehatan untuk mengingatkan kembali kepada keluarga bahwa pentingnya dukungan keluarga untuk meminimalkan kecemasan pasien stroke yang menjalani masa rehabilitasi, serta dapat meningkatkan peran petugas kesehatan dalam berkolaborasi dengan keluarga dan pasien dalam menjalani rehabilitasi misalnya melakukan latihan ROM.

5. Bagi Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi mahasiswa dalam mengkaji dan mempelajari tentang pentingnya keluarga dalam memotivasi pasien untuk menurunkan tingkat kecemasan khususnya pada pasien stroke dalam menjalani masa rehabilitasi

6. Bagi Peneliti

Disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk mengupas faktor-faktor lainnya yang dapat menurunkan kecemasan pasien dan faktor-faktor yang dapat memotivasi keluarga dalam memberikan dukungan/motivasi kepada penderita stroke.

7. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memfasilitasi keluarga dan pasien misalnya *health education* tentang dukungan keluarga seperti dukungan emosional, informasi, penilaian dan instrumental. Serta memfasilitasi peningkatan pengetahuan keluarga dengan membuat *leaflet* tentang penyakit stroke agar keluarga/penunggu dapat mengisi waktu dengan membaca *leaflet* sehingga mereka dapat

memperoleh informasi tentang tatalaksana dan manfaat pengobatan serta latihan sehingga dapat diaplikasikan kepada keluarganya yang sedang menderita stroke agar dapat mempercepat proses penyembuhan sehingga dapat meringankan kecemasan pasien.

Daftar Pustaka

- Arum. S. P. (2015). *Stroke, Kenali, Cegah, Obati*. Yogyakarta : Notebook
- Afrina. D. (2013). "Kecemasan pada Pasien Stroke di Poliklinik Saraf Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh". *Skripsi*. Universitas Syiah Kuala Banda Aceh.
- Batticaca. F. B. (2014). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Brunner & Suddart. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Fadlulloh. S. F., Upoyo. A. S., Hartanto. Y. D. (2014). Hubungan Tingkat Ketergantungan Dalam Pemenuhan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari dengan Harga Diri Penderita Stroke di Poliklinik Syaraf RSUD Prof.DR.Margono Sekarjo Purwokerto. *The Soedirman Journal Of Nursing*. Vol.9. No.2
- Francesca. (2016). Factors Associated with Post Stroke Anxiety. *Asian/Pasifik Island Nursing Journal*. Vol. 1, 50-63.
- Fitriyasari. AH. Y . R & Nihayati.H.E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.
- Friedman, MM. (2010). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek. Alih Bahasa : Ina Debora RL, Yoakin ASY*. Jakarta: EGC.
- Goldszmidt. A. J & Caplan. L. R. (2011). *ESensial Stroke*. Jakarta : EGC.
- Hawari. D. (2016). *Manajemen Stress, Cemas dan Depresi*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI.
- Hasan & Rufaidah. (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan strategi coping pada penderita stroke RSUD DR. Moewardi Surakarta. *Talenta Psikologi*. Vol.II.No.1, 62-69
- Hernanta. i . (2013). *Ilmu Kedokteran Neurosains*. Jogjakarta : D.Medika

- Indah. S & Astuti. (2013). "Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kestabilan Emosi pada Penderita Pasca Stroke di RSUD Undata". *Tesis_ Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Jajak, MD. (2015). *Stroke Momok yang Menakutkan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Jannah, Muaz Zahrotul. (2013). "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Pasien Stroke di Ruang Asjter RSUD Dr. Hardjono Ponorogo". *Tesis_ Universitas Muhammadiyah Ponorogo*.
- Junaidi. I. (2011). *Stroke, Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta : ANDI.
- Kariasa. (2011). "Persepsi Pasien Pasca Serangan Stroke Terhadap Kualitas Hidupnya dalam Perseptif Asuhan Keperawatan". *Tesis. Universitas Indonesia*.
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2013*. P.182 diunduh dari <http://www.depkes.go.id> tanggal 11 September 2017.
- Kosassy SM. (2013). "Hubungan Peran Keluarga Dalam Merawat dan Memotivasi Penderita Pasca Stroke dengan Kepatuhan Penderita Mengikuti Rehabilitasi di Unit Rehabilitasi Medik RSUP. Dr. M. Djamil Padang" *Tesis*. Padang: Universitas Andalas.
- Kustiawan. R & Hasriani. R. (2014). Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Iskemik Diruang V Rumah Sakit Umum Kota Tasimalaya. *Kesehatan Bakti Tunas Husada*. Vol 12.No.1.
- Lumbantobing. S. M. (2013). *STROKE, Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Nam. (2016). Depressin and Anxiety One Month After Stroke. *Asian/Pasifik Island Nursing Journal*. Vol. 1, 82-90.
- Nursalam. (2010). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

- , (2011). *Manajemen Keperawatan.Edisi 3*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nuryanti.S.(2016). Judul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Motivasi Melakukan Rom Pada Pasien Pasca Stroke. *Mahakam Nursing Journal vol 1, no. 2, page : 80 – 89*.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan & Ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Oktovia. S . (2013). Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga erhadap Tingkat Self Esteem Pada Penderita Pasca Stroke. *Psikologi Pendidikan dan Perkembangan. Vol. 3.No.2. page : 110 - 118*
- Orizani.C (2016). Dukungan keluarga dalam memenuhi Kebersihan diri Pada penderita stroke (cva) yang mengalami gangguan Motorik. *The indonesian journal of health science. Vol 7 No.*
- Piete. H. Z & Lubis. N. L. (2010). *Pengantar Psikologi dalam Keperawatan*. Jakarta : Prenada Media Group.
- Prabowo. E. (2014). *Konsep dan Aplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rasyid. Al, Misbach. J & Harris. S. (2015). *Stroke Komplikasi Medis & Tata Laksana*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Rozi, Erlina. (2014). “Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kemampuan Melakukan Aktivitas Sehari-hari pada Lansia Pasca Stroke Non Hemoragik di Poliklinik Neurologi di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukit Tinggi”. *Tesis.Andalas Universitas*.
- Sansina. D. (2011). *9 Penyakit Mematikan, Mengenali Tanda & Pengobatannya*. Yogyakarta : Smart Pustaka.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Edisi kedua .* Yogyakarta: Graha Ilmu.2012

Setiawati, S dan Dermawan, A C. (2008). *Penuntun Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga, Edisi ke 2*, Jakarta, Trans Info Media

Sulistiawati, Payapo. T. A. (2012). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : EGC*

Suniati. E (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke di Ruang Rehabilitasi Medik Rumah Sakit umum daerah dr. Zainal Abidin Banda. *Elektronik thesis dan Disertation Unsyiah.*

Wurtiningsih. B. (2012). Dukungan Keluarga pada Pasien Stroke di Ruang Saraf RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Med Hosp. Vol. 1: 57-59.*

Lampiran

Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecemasan Pasien Pasca Stroke

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak/Ibu calon responden

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Kami Mahasiswi S1 Keperawatan STIK STELLA MARIS MAKASSAR
Mahasiswa 1 : Merry Gala Nim : CX1614201119

Mahasiswa II : Monica Motu Loe Nim : CX1614201120

Akan melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi Hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien pasca stroke. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di STIK STELLA MARIS MAKASSAR. Untuk keperluan tersebut saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dimana penelitian ini tidak akan memberikan dampak yang membahayakan. Jika Bapak/Ibu bersedia, selanjutnya saya mohon kesediaan Bapak/Ibu mengisi kuesioner dengan jujur dan apa adanya. Jika bersedia, silahkan menandatangani lembar persetujuan ini sebagai bukti kesukarelaan Bapak/Ibu. Identitas pribadi Bapak/ Ibu sebagai responden akan dirahasiakan dan semua informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk penelitian ini. Partisipasi Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela sehingga Bapak/Ibu berhak mengundurkan diri tanpa ada sanksi apapun. Jika ada yang kurang jelas silahkan bertanya langsung kepada peneliti.

Responden

()

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden kami ucapkan terima kasih banyak.

Mahasiswa I,

Merry Gala

Makassar, 2018
Mahasiswa II,

Monica Motu Loe

Lampiran
Kuisoner

No.responden :

Nama (inisial) :

Umur :

Tanggal :

Data demografi

Petunjuk: jawablah dengan ceklist (√) pada kotak pilihan anda.

1. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

2. Pendidikan : SD SMP SMU PT

3. Pekerjaan : TIDAK BEKERJA

BURUH/TANI

PNS/POLRI/TNI

LAIN-LAIN

4. Status perkawinan : MENIKAH

TIDAK/BELUM MENIKAH

JANDA/DUDA

5. Biaya rumah sakit ditanggung ASURANSI/PERUSAHAAN

BPJS

BIAYA SENDIRI

6. Tinggal bersama : SUAMI/ISTRI
- ORANG TUA
- SAUDARA
- ANAK
- SENDIRI
7. Lama penyakit : < 1 BULAN
- 1-3 BULAN
- 3-6 BULAN
- 6-1 TAHUN
- >1TAHUN

Lampiran
Kuisoneer Dukungan Keluarga

Petunjuk: jawablah dengan memberi ceklist (√) pada kotak pilihan anda.

Keterangan:

- 1 : Tidak Pernah : mendapat dukungan keluarga**
2 : Kadang-kadang: mendapat dukungan keluarga
3 : Sering: mendapat dukungan keluarga lebih banyak daripada tidak mendapat dukungan
4 : Selalu mendapat dukungan keluarga

PERTANYAAN	1	2	3	4
DUKUNGAN INFORMASIONAL				
1. Keluarga menunjukkan tempat pelayanan kesehatan yang tepat untuk fisioterapi dan berobat				
2. Keluarga mencari informasi dari luar (seperti: buku, majalah, internet, dll) tentang penyakit stroke				
3. Keluarga mengingatkan bapak/untuk untuk melakukan latihan-latihan pergerakan tubuh sesuai kemampuan secara rutin dan jadwal minum obat				
4. Keluarga mengetahui tentang makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan oleh bapak/ibu				
5. Keluarga mengingatkan kembali untuk melakukan kontrol tek.darah				

DUKUNGAN PENILAIAN				
6. Keluarga selalu melibatkan saya dalam mengambil keputusan untuk pengobatan penyakit saya				
7. Keluarga mempertimbangkan saran yang bapak/ibu berikan.				
8. Keluarga melibatkan bapak/ibu dalam acara keluarga				
9. Keluarga menghargai keinginan serta harapan bapak/ibu				
10. Keluarga membantu bapak/ibu dalam kesulitan yang terjadi				
DUKUNGAN INSTRUMENTAL				
11. Keluarga menyediakan alat kesehatan dirumah (seperti: kursi roda, tensi meter, alat cek gds,dll)				
12. Keluarga membantu bapak/ibu dalam kebutuhan buang air kecil dan buang air besar				
13. Keluarga peduli terhadap keperluan saya setiap hari dirumah dan saat kontrol ke rumah sakit				
14. Keluarga memperhatikan lingkungan rumah untuk menghindari bapak/ibu jatuh				
15. Keluarga menyiapkan dana khusus untuk bapak/ibu berobat				
DUKUNGAN EMOSIONAL				
16. Keluarga mengerti/peduli terhadap perasaan saya seperti sedih, cemas, mudah tersinggung,mudah marah				

17. Keluarga mendorong saya untuk tetap optimis dalam menjalani kehidupan				
18. Keluarga menunjukkan wajah yang menyenangkan saat membantu bapak/ibu di rumah setiap melakukan aktivitas				
19. Keluarga membiarkan bapak/ibu sendirian di rumah/di rumah sakit				
20. Keluarga mendengarkan keluhan yang dirasakan oleh bapak/ibu				

kuisoner ini telah dimodifikasi oleh Merry Gala dan Monica.Motu Loe tahun 2017



Keterangan:

Rentang Penilaian: 20-80

Skor 20-50 : Kurang Mendukung

Skor 51-80 : Mendukung

Kuisisioner Zung Self Rating Azxiety Scale

Nomor Responden :

Tanggal :

Nama (Inisial) :

Usia :

Tanggal Pemeriksaan :

Lama penyakit :

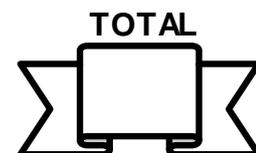
Berilah nilai pada jawaban yang paling tepat sesuai dengan keadaan anda atau apa yang anda rasakan saat ini dengan memberikan tanda ceklist(√)

- 1 = Tidak pernah merasakan**
2 = Kadang-kadang merasakan
3 = sering merasakan
4 = Selalu merasakan

NO	PERTANYAAN	1	2	3	4
1	Saya merasa lebih gelisah atau tegang dan cemas dengan penyakit stroke saya derita				
2	Saya merasa seakan hidup saya berantakan atau hancur sejak menderita stroke				
3	Saya mudah marah dan bicara kasar kepada orang lain sejak menderita stroke				
4	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu (kehilangan konsentrasi)				
5	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar setiap kali akan bertemu dokter/datang fisioterapi				
6	Saya sering merasakan sakit kepala dan nyeri leher jika memikirkan masa depan saya setelah sakit stroke				

7	Saya merasa putus asa saat memikirkan penyakit saya yang membutuhkan waktu yang lama untuk sembuh				
8	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang setiap memikirkan kondisi dan sakit penyakit saya setiap hari				
9	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan cepat jika harus bertemu dokter				
10	Saya sering merasa pusing memikirkan biaya pengobatan dan rehabilitasi				
11	Saya mengalami kesulitan bernapas padahal tidak melakukan aktivitas fisik sebelumnya				
12	Saya banyak melamun sejak menderita stroke				
13	Saya kehilangan nafsu makan dan berat badan saya menurun selama menderita stroke				
14	Saya merasa kesulitan tidur pada malam hari				
15	Saya mengalami mimpi-mimpi buruk				

Kuisoner ini telah dimodifikasi oleh Merry Gala dan Monica Motu Loe tahun 2017



Keterangan:

Rentang penilaian 15-60 , dengan pengelompokan antara:

Skor 15-30 : kecemasan ringan

Skor 31-45 : kecemasan sedang

Skor 46-60 : kecemasan berat



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

LEMBAR BIMBINGAN PROPOSAL

Nama 1: Merry Gala (CX1614201119)
2: Monica Motu Loe.(Sr) (CX1614201120)

Judul: Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Pasien Pasca Stroke di Rumah Sakit Stella Maris dan Rumah Sakit Awal Bros Makassar

Nama pembimbing : Fransiska Anita. E. R. S, Ns., M. Kep, Sp.KMB
NIDN : 0913098201

NO	URAIAN	PARAF		
		DOSEN PEMBIMBING	MAHASISWA 1	MAHASISWA II
1	Tanggal 14/09/2017 Pengajuan Judul			
2	Tanggal 15/09/2017 Acc judul			
3	Tanggal 26/09/2017 Bab 1			
4	Tanggal 10/10/2017 Bab 1			
5	Tanggal 13/1/2017 Perbaikan bab 1			
6	Tanggal 31/10/2017 Perbaikan kata dan kaliman bab 1			

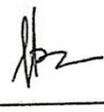
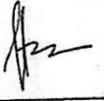
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

7	Tanggal 1/1/2017 Revisi bab 1 dan 2			
8	Tanggal 6/11/2017 Konsul lanjutan bab 1 dan 2			
9	Tanggal 8/11/2017 Konsul lanjutan bab 1,2,3			
10	Tanggal 13/11/2017 - Perbaikan rumusan masalah - Perbaikan pengetikan - Bab 4			
11	Tanggal 20/11/2017 - Konsul bab 4 - Perbaikan Kueisoner			
12	Tanggal 21/11/2017 Acc Kueisoner			
13	Tanggal 27/11/2017 - Kerangka konsep - Rumusan masalah - Populasi dan sampel			
14	Tanggal 29/11/2017 Resivi bab 1 - 4			
15	Tanggal 4/12/2017 Acc proposal bab 1 - 4			
16	Tanggal 8/12/2017 Power point proposal			



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

17.	Tanggal 10/12/2017 Acc Power point proposal			
18	Tanggal 9/3/2018 Konsul bab 5			
19	Tanggal 12/3/2018 Konsul bab 5			
20	Tanggal 14/3/2018 Pembahan bab V			
21	Tanggal 20/3/2018 Konsul bab 5 : pembahasan dan pengetikan			
22	Tanggal 27/3/2018 - Perhatikan pengetikan dan penulisan - Bab VI			
23	Tanggal 28 / 3 /2018 - Acc bab V - Perbaiki bab VI dan abstrak			
23	Tanggal 2/4/2018 - Pengetikan harus sesuai juklak - Daftar pustaka			
24	Tanggal 3/4/2018 Konsul bab 1 – 6 dan abstrak			
25	Tanggal 4/4/2018 Perbaiki abstrak			

Table demografi

Karakteristik Demografi	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
- 31 – 40	4	8
- 41 – 50	7	14
- 51 – 60	17	34
- 61 – 70	22	44
Total	50	100
Jenis kelamin		
- Laki – laki	31	62
- Perempuan	19	38
Total	50	100
Tingkat Pendidikan		
- SD	8	16
- SMP	12	24
- SMU	17	34
- PT	13	26
Total	50	100
Jenis Pekerjaan		
- PNS	7	14
- Buruh/Tani	5	10
- Tidak Bekerja	17	34
- Lain – Lain	21	42
Total	50	100
Status		
- Menikah	36	72
- Blm Menikah	5	10
- Janda/Duda	9	18
Total	50	100

Uji Valid ZUNG

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	21

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
item 1	2.40	.940	20
item 2	2.10	.968	20
item 3	2.15	.933	20
item 4	2.40	1.231	20
item 5	2.00	.918	20
item 6	2.00	1.170	20
item 7	2.00	.973	20
item 8	2.25	1.020	20
item 9	1.75	.967	20
item 10	1.85	1.137	20
item 11	2.05	.999	20
item 12	2.05	1.050	20
item 13	2.10	1.210	20
item 14	2.05	1.099	20
item 15	1.95	.945	20
item 16	1.60	.681	20
item 17	2.15	.933	20
item 18	2.00	.918	20
item 19	2.05	1.099	20
item 20	2.05	.945	20
total	40.95	11.413	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item 1	79.50	491.947	.676	.732
item 2	79.80	488.063	.749	.729
item 3	79.75	498.513	.520	.736
item 4	79.50	475.526	.819	.722
item 5	79.90	503.568	.404	.739
item 6	79.90	485.568	.662	.729
item 7	79.90	491.674	.658	.732
item 8	79.65	514.450	.120	.746
item 9	80.15	496.976	.537	.735
item 10	80.05	480.261	.793	.725
item 11	79.85	490.661	.664	.731
item 12	79.85	498.345	.461	.736
item 13	79.80	482.063	.706	.726
item 14	79.85	486.239	.693	.729
item 15	79.95	495.418	.588	.734
item 16	80.30	510.432	.330	.743
item 17	79.75	498.513	.520	.736
item 18	79.90	514.305	.142	.746
item 19	79.85	486.239	.693	.729
item 20	79.85	531.608	-.263	.756
total	40.95	130.261	1.000	.886

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
81.90	521.042	22.826	21

Uji Valid Duk.Keluarga

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.747	25

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
item 1	2.90	1.071	20
item 2	2.45	1.050	20
item 3	2.75	1.020	20
item 4	2.90	1.165	20
item 5	2.95	1.099	20
item 6	2.60	1.095	20
item 7	2.75	1.020	20
item 8	2.45	1.191	20
item 9	2.85	1.182	20
item 10	3.00	1.124	20
item 11	2.85	.933	20
item 12	2.90	1.165	20
item 13	3.10	.852	20
item 14	2.95	1.099	20
item 15	2.25	1.118	20
item 16	2.85	1.268	20
item 17	3.05	1.146	20
item 18	3.10	.912	20
item 19	3.20	.834	20
item 20	3.25	.851	20
item 21	2.45	1.050	20
item 22	2.95	1.050	20
item 23	3.05	.887	20
item 24	3.00	.918	20
total	68.55	14.214	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item 1	134.20	767.853	.660	.734
item 2	134.65	784.239	.389	.741
item 3	134.35	773.292	.597	.736
item 4	134.20	763.853	.667	.733
item 5	134.15	754.766	.865	.729
item 6	134.50	768.895	.627	.735
item 7	134.35	775.818	.552	.737
item 8	134.65	772.976	.510	.737
item 9	134.25	761.461	.695	.732
item 10	134.10	764.832	.677	.733
item 11	134.25	784.934	.428	.741
item 12	134.20	766.589	.624	.734
item 13	134.00	778.421	.611	.738
item 14	134.15	754.766	.865	.729
item 15	134.85	787.713	.307	.742
item 16	134.25	762.303	.633	.733
item 17	134.05	772.366	.542	.736
item 18	134.00	768.842	.762	.734
item 19	133.90	771.463	.778	.735
item 20	133.85	778.976	.600	.738
item 21	134.65	784.239	.389	.741
item 22	134.15	839.503	-.533	.761
item 23	134.05	785.945	.432	.741
item 24	134.10	791.147	.314	.743
total	68.55	202.050	1.000	.906

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
137.10	808.200	28.429	25

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

Dukungan Keluarga		N
Tingkat Kecemasan	Mendukung	39
	kurang Mendukung	11
	Total	50

Test Statistics^a

		Tingkat Kecemasan
Most Extreme Differences	Absolute	.676
	Positive	.676
	Negative	.000
Kolmogorov-Smirnov Z		1.980
Asymp. Sig. (2-tailed)		.001

a. Grouping Variable: Dukungan Keluarga

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Tingkat Kecemasan	50	100.0%	0	0.0%	50	100.0%

Dukungan Keluarga * Tingkat Kecemasan Crosstabulation

			Tingkat Kecemasan			Total
			Ringan	Sedang	Berat	
Dukungan Keluarga	Mendukung	Count	25	12	2	39
		Expected Count	20.3	10.9	7.8	39.0
		% within Dukungan Keluarga	64.1%	30.8%	5.1%	100.0%
		% within Tingkat Kecemasan	96.2%	85.7%	20.0%	78.0%
		% of Total	50.0%	24.0%	4.0%	78.0%
	Kurang Mendukung	Count	1	2	8	11
		Expected Count	5.7	3.1	2.2	11.0
		% within Dukungan Keluarga	9.1%	18.2%	72.7%	100.0%
		% within Tingkat Kecemasan	3.8%	14.3%	80.0%	22.0%
		% of Total	2.0%	4.0%	16.0%	22.0%
Total	Count	26	14	10	50	
	Expected Count	26.0	14.0	10.0	50.0	
	% within Dukungan Keluarga	52.0%	28.0%	20.0%	100.0%	
	% within Tingkat Kecemasan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	52.0%	28.0%	20.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.083 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	22.722	2	.000
Linear-by-Linear Association	20.467	1	.000
N of Valid Cases	50		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.20.

		Correlations												
		item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13
item 1	Pearson Correlation	1	.705**	.288	.536*	.061	.526*	.403	-.165	.347	.699**	.258	.458*	.703**
	Sig. (2-tailed)		.001	.218	.015	.798	.017	.078	.488	.133	.001	.272	.042	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 2	Pearson Correlation	.705**	1	.449*	.583**	.474*	.465*	.391	.133	.366	.828**	.702**	.150	.530**
	Sig. (2-tailed)	.001		.047	.007	.035	.039	.088	.575	.113	.000	.001	.527	.016
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 3	Pearson Correlation	.288	.449*	1	.449*	.061	.096	.464*	.401	.219	.419	.500*	-.115	.266
	Sig. (2-tailed)	.218	.047		.047	.797	.686	.040	.080	.354	.066	.025	.628	.257
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 4	Pearson Correlation	.536*	.583**	.449*	1	.419	.512*	.571**	.042	.619**	.797**	.625**	.432	.714**
	Sig. (2-tailed)	.015	.007	.047		.066	.021	.009	.861	.004	.000	.003	.057	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 5	Pearson Correlation	.061	.474*	.061	.419	1	.196	.118	.225	.356	.454*	.632**	.218	.190
	Sig. (2-tailed)	.798	.035	.797	.066		.407	.621	.340	.123	.044	.003	.355	.423
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 6	Pearson Correlation	.526*	.465*	.096	.512*	.196	1	.555*	-.132	.512*	.356	.405	.343	.558*
	Sig. (2-tailed)	.017	.039	.686	.021	.407		.011	.578	.021	.123	.076	.139	.011
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 7	Pearson Correlation	.403	.391	.464*	.571**	.118	.555*	1	.000	.168	.428	.433	.412	.447**
	Sig. (2-tailed)	.078	.088	.040	.009	.621	.011		1.000	.479	.060	.056	.071	.048
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 8	Pearson Correlation	-.165	.133	.401	.042	.225	-.132	.000	1	.120	.034	.090	-.111	-.064
	Sig. (2-tailed)	.488	.575	.080	.861	.340	.578	1.000		.614	.887	.704	.642	.789
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 9	Pearson Correlation	.347	.366	.219	.619**	.356	.512*	.168	.120	1	.395	.341	.376	.518*
	Sig. (2-tailed)	.133	.113	.354	.004	.123	.021	.479	.614		.085	.141	.102	.019
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 10	Pearson Correlation	.699**	.828**	.419	.797**	.454*	.356	.428	.034	.395	1	.749**	.359	.547**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.066	.000	.044	.123	.060	.887	.085		.000	.120	.012
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 11	Pearson Correlation	.258	.702**	.500*	.625**	.632**	.405	.433	.090	.341	.749**	1	-.003	.257
	Sig. (2-tailed)	.272	.001	.025	.003	.003	.076	.056	.704	.141	.000		.992	.274
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 12	Pearson Correlation	.458*	.150	-.115	.432	.218	.343	.412	-.111	.376	.359	-.003	1	.535*
	Sig. (2-tailed)	.042	.527	.628	.057	.355	.139	.071	.642	.102	.120	.992		.015
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 13	Pearson Correlation	.703**	.530*	.266	.714**	.190	.558*	.447**	-.064	.518*	.547**	.257	.535*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.016	.257	.000	.423	.011	.048	.789	.019	.012	.274	.015	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 14	Pearson Correlation	.438	.490*	.146	.490*	.417	.491*	.443	-.012	.062	.596**	.525*	.454*	.432
	Sig. (2-tailed)	.053	.028	.538	.028	.067	.028	.051	.961	.795	.006	.017	.044	.057
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 15	Pearson Correlation	.261	.294	.128	.425	.364	.333	.515*	.123	.043	.483*	.393	.533*	.281
	Sig. (2-tailed)	.267	.209	.590	.061	.114	.151	.020	.605	.856	.031	.086	.015	.230
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 16	Pearson Correlation	.263	.144	.099	.201	.000	.529*	.238	-.076	.080	.190	.186	.103	.051
	Sig. (2-tailed)	.262	.545	.677	.395	1.000	.016	.312	.751	.737	.421	.433	.665	.830
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 17	Pearson Correlation	.288	.449*	1.000**	.449*	.061	.096	.464*	.401	.219	.419	.500*	-.115	.266
	Sig. (2-tailed)	.218	.047	.000	.047	.797	.686	.040	.080	.354	.066	.025	.628	.257
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 18	Pearson Correlation	.000	.000	.307	.000	-.250	.343	.236	.056	.415	-.151	.115	-.109	.142
	Sig. (2-tailed)	1.000	1.000	.188	1.000	.288	.138	.317	.814	.069	.524	.630	.647	.550
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 19	Pearson Correlation	.438	.490*	.146	.490*	.417	.491*	.443	-.012	.062	.596**	.525*	.454*	.432
	Sig. (2-tailed)	.053	.028	.538	.028	.067	.028	.051	.961	.795	.006	.017	.044	.057
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item 20	Pearson Correlation	.154	-.178	-.069	-.244	-.668**	-.048	-.172	-.123	.014	-.336	-.617**	-.056	.088
	Sig. (2-tailed)	.517	.452	.774	.299	.001	.842	.469	.605	.952	.148	.004	.816	.714
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
total	Pearson Correlation	.698**	.768**	.549*	.837**	.437	.690**	.682**	.164	.567**	.811**	.688**	.496*	.732**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.012	.000	.054	.001	.001	.490	.009	.000	.001	.026	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Total		
Item 1	Pearson Correlation	1	.463*	.361	.329	.532*	.198	.602**	.450*	.445	.306	.089	.287	.473*	.487*	.110	.453*	.519*	.496*	.672**	.491	.463*	-.285	.393	-.054	.681**	
	Sig. (2-tailed)		.040	.117	.157	.016	.426	.005	.047	.049	.189	.707	.220	.035	.029	.645	.045	.019	.026	.001	.028	.040	.223	.086	.823	.001	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 2	Pearson Correlation	.463*	1	.160	-.004	.385	.165	.160	.082	.269	-.089	.395	-.004	.065	.477*	.034	.330	.199	.115	.433	.339	1.000**	-.265	.031	.000	.420	
	Sig. (2-tailed)	.040		.501	.986	.093	.488	.501	.731	.251	.708	.085	.986	.786	.034	.888	.155	.400	.628	.057	.144	.000	.259	.897	1.000	.065	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 3	Pearson Correlation	.361	.160	1	.554*	.693**	.424	.291	.054	.535*	.230	.235	.111	.454*	.599**	-.035	.417	.507*	.368	.681**	.743**	.160	-.406	.131	.281	.620**	
	Sig. (2-tailed)	.117	.501		.011	.001	.062	.213	.821	.015	.330	.318	.642	.044	.005	.885	.067	.023	.110	.001	.000	.501	.076	.582	.230	.004	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 4	Pearson Correlation	.329	-.004	.554*	1	.612**	.544*	.155	.375	.495*	.642**	.518*	.535*	.382	.571**	.192	.488	.398	.505*	.599**	.557*	-.004	-.563**	.158	.345	.690**	
	Sig. (2-tailed)	.157	.986	.011		.004	.013	.514	.103	.030	.002	.019	.015	.067	.009	.443	.028	.082	.023	.022	.011	.986	.010	.506	.137	.001	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 5	Pearson Correlation	.532*	.385	.693**	.612**	1	.420	.364	.380	.642**	.639**	.403	.489*	.511*	.899**	.225	.410	.629**	.688**	.931**	.633**	.385	-.458*	.381	.157	.874**	
	Sig. (2-tailed)	.016	.093	.001	.004		.065	.115	.098	.002	.002	.078	.029	.021	.000	.340	.073	.003	.001	.000	.003	.093	.042	.098	.510	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 6	Pearson Correlation	.188	.165	.424	.544*	.420	1	.424	.266	.439	.470*	.299	.503*	.383	.551*	.000	.674**	.184	.516*	.265	.282	.165	-.293	.130	.733**	.650**	
	Sig. (2-tailed)	.426	.488	.062	.013	.065		.062	.257	.053	.036	.201	.024	.095	.012	1.000	.001	.436	.020	.259	.228	.488	.210	.585	.000	.002	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 7	Pearson Correlation	.602**	.160	.291	.155	.364	.424	1	.358	.317	.367	-.207	.244	.636**	.505*	.104	.539*	.372	.708**	.310	.137	.160	-.356	.364	.281	.577**	
	Sig. (2-tailed)	.005	.501	.213	.514	.115	.062		.122	.174	.111	.380	.301	.003	.023	.663	.014	.107	.000	.184	.566	.501	.123	.115	.230	.008	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 8	Pearson Correlation	.450*	.082	.054	.375	.380	.266	.358	1	.327	.511*	.301	.717**	.151	.340	.543*	.430	.175	.344	.328	.091	.082	-.191	.127	-.144	.541**	
	Sig. (2-tailed)	.047	.731	.821	.103	.098	.257	.122		.314	.021	.198	.000	.498	.143	.013	.058	.459	.137	.157	.703	.731	.419	.594	.543	.014	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 9	Pearson Correlation	.445*	.269	.535*	.485*	.642**	.439	.317	.237	1	.436	.265	.409	.486*	.602**	.269	.651**	.200	.601**	.566**	.563**	.269	-.430	.309	.097	.716**	
	Sig. (2-tailed)	.049	.251	.015	.030	.002	.053	.174	.314		.055	.259	.073	.030	.005	.252	.002	.398	.005	.009	.010	.251	.058	.185	.684	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 10	Pearson Correlation	.306	-.089	.230	.643*	.639**	.470*	.367	.511*	.436	1	.201	.683**	.604**	.682**	.377	.259	.450*	.668**	.506*	.165	-.089	-.446*	.422	.408	.698**	
	Sig. (2-tailed)	.189	.708	.330	.002	.002	.036	.111	.021	.055		.396	.001	.005	.001	.101	.271	.047	.001	.023	.487	.708	.049	.064	.074	.001	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 11	Pearson Correlation	.089	.395	.235	.518*	.473	.299	-.207	.301	.265	.201	1	.421	-.112	.351	.340	.202	.303	.080	.311	.447*	.395	-.223	.010	.061	.455**	
	Sig. (2-tailed)	.707	.085	.318	.019	.078	.201	.380	.198	.259	.396		.065	.637	.129	.142	.392	.195	.736	.182	.048	.085	.345	.968	.797	.044	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 12	Pearson Correlation	.267	-.004	.111	.535*	.489	.503*	.244	.717**	.499	.683**	.421	1	.223	.440*	.545*	.452	.043	.505*	.347	.392	-.004	-.176	.311	.197	.649**	
	Sig. (2-tailed)	.220	.986	.642	.015	.029	.024	.301	.000	.073	.001	.065	.000		.346	.048	.013	.045	.856	.023	.134	.212	.986	.457	.193	.405	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 13	Pearson Correlation	.473*	.065	.454*	.382	.511*	.383	.636**	.161	.486*	.604**	-.112	.223	1	.624**	.083	.356	.587**	.664**	.415	.254	.065	-.465*	.411	.404	.630**	
	Sig. (2-tailed)	.035	.786	.044	.097	.021	.095	.003	.498	.030	.005	.637	.346		.003	.728	.124	.006	.001	.069	.280	.786	.039	.072	.077	.003	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 14	Pearson Correlation	.487*	.477*	.599**	.571**	.869**	.551*	.505*	.340	.602**	.682**	.351	.448*	.624**	1	.182	.561*	.545*	.635**	.758**	.521*	.477*	-.595**	.273	.417	.874**	
	Sig. (2-tailed)	.029	.034	.005	.009	.000	.012	.023	.143	.005	.001	.129	.048	.003		.442	.010	.013	.003	.000	.019	.034	.006	.245	.067	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 15	Pearson Correlation	.110	.034	-.035	.182	.225	.000	.104	.543*	.269	.377	.340	.545*	.083	.182	1	.065	-.010	.284	.113	-.014	.034	-.213	.411	-.154	.342	
	Sig. (2-tailed)	.645	.888	.885	.443	.340	1.000	.863	.013	.252	.101	.142	.013	.728	.442		.786	.966	.225	.635	.954	.888	.367	.072	.517	.140	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 16	Pearson Correlation	.453*	.330	.417	.488*	.410	.674**	.539*	.430	.651**	.259	.202	.452*	.356	.561**	.065	1	-.031	.469*	.329	.476*	.330	-.441	.054	.271	.659**	
	Sig. (2-tailed)	.045	.155	.067	.029	.073	.001	.014	.058	.002	.271	.392	.045	.124	.010	.786		.897	.037	.157	.034	.155	.052	.822	.247	.002	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Item 17	Pearson Correlation	.519*	.199	.507*	.398	.629**	.184	.372	.175	.200	.450*	.303	.043	.587**	.545*	-.010	-.031	1	.449*	.650**	.310	.199	-.304	.360	.200	.570**	
	Sig. (2-tailed)	.019	.400	.023	.082	.003	.436	.107	.459	.398	.047																

Hasil Univariat

Statistics								
		Umur	Jenis kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Status	Tingkat Kecemasan	Dukungan Keluarga
N	Valid	50	50	50	50	50	50	50
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31-40	4	8.0	8.0	8.0
	41-50	7	14.0	14.0	22.0
	51-60	17	34.0	34.0	56.0
	61-70	22	44.0	44.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	31	62.0	62.0	62.0
	perempuan	19	38.0	38.0	100.0
Total		50	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	8	16.0	16.0	16.0
	SMP	12	24.0	24.0	40.0
	SMU	17	34.0	34.0	74.0
	PT	13	26.0	26.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	7	14.0	14.0	14.0
	Buruh/Tani	5	10.0	10.0	24.0
	Tidak bekerja	17	34.0	34.0	58.0
	Lain-Lain	21	42.0	42.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	36	72.0	72.0	72.0
	Blm Menikah	5	10.0	10.0	82.0
	Janda/Duda	9	18.0	18.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Tingkat Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	26	52.0	52.0	52.0
	Sedang	14	28.0	28.0	80.0
	Berat	10	20.0	20.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mendukung	39	78.0	78.0	78.0
	Kurang Mendukung	11	22.0	22.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

