



SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN
PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH

**ANDRIANA ANDRIAN BAREK TOBI
(C1114201059)**

**DINA PAUNNO
(CI214201109)**

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

2016



SKRIPSI

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* PADA PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

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

OLEH

**ANDRIANA ANDRIAN BAREK TOBI
(C1114201059)**

**DINA PAUNNO
(CI214201109)**

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

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andriana Andrian Barek Tobi (C.11.14201.059)
Dina Paunno (C.12.14201.109)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiblanan) dan hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah ditulis oleh orang lain dan diteliti di institusi yang sama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 25 April 2016

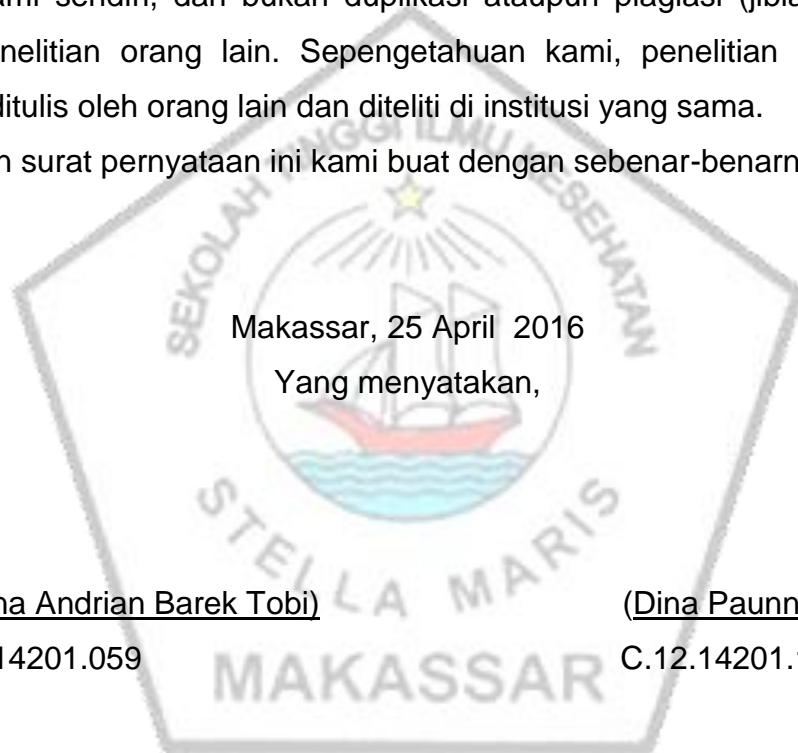
Yang menyatakan,

(Andriana Andrian Barek Tobi)

C.11.14201.059

(Dina Paunno)

C.12.14201.109



HALAMAN PERSETUJUAN

UJI SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN
PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

ANDRIANA BAREK TOBI
NIM : C.11 14201.059

DINA PAUNNO
NIM : C.12 14201.109

Disetujui Oleh :

Pembimbing



(Elmiana B.L.S.Kep.Ns.M.Kes) (Sr.Anita Sampe,JMJ.,S.Kep.Ns.,MAN)
NIDN: 0919098202

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**



NIDN: 0917107402

**HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN
PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang Diperiapkan dan Disusun oleh:

Andriana Andrian Berek Tobi (C.11.14201.059)

Dina Paunno (C.12.14201.109)

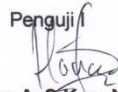
Telah Dibimbing dan Disetujui oleh:



Elmiana Bongga Linggi, S.Kep, Ns.M.Kes
NIDN. 0919098202

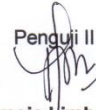
Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal
April 2016 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima
Susunan Dewan Penguji

Penguji I



(Lorantina A, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN. 0909108301

Penguji II



(DR. Theresia Limbong.,M.Kes)
NIDN. 0902115801

Makassar, 25 April 2016
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andriana Andrian Barek Tobi (C.11.14201.059)
Dina Paunno (C.12.14201.109)

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 pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 25 April 2016
Yang Menyatakan,

(Andriana Andrian Barek Tobi)

C.11.14201.059

(Dina Paunno)

C.12.14201.109

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Activity Daily Living* Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar**”.

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Stella Maris Makassar.

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

1. Henny Pongantung, S.Kep, Ns, MSN. selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan dan motivasi kepada penulis.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep, Ns., MAN. selaku Ketua Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis saat penyusunan skripsi.
3. Siprianus Abdu, SSi, Ns, M.Kes. selaku dosen Biostatistik dan Hasrat Jaya Ziliwu, S.Kep., Ns. M. Kep selaku dosen Riset dan Metodologi STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun skripsi.
4. Elmiana Bongga Linggi S.Kep, Ns. M.Kes. selaku pembimbing dalam penyusunan proposal dan skripsi. Terima kasih atas bimbingan , koreksi, saran dan tuntunan yang diberikan kepada saya selama penyusunan dan ujian skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
5. Fransiska A.S.Kep, Ns. M. Kep. Sp KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
6. Lorantina A, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji I dan DR. Theresia Limbong.,M.Kes. selaku penguji II yang telah banyak memberikan

masuk kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.

7. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberikan pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar dr. Thomas Suharto, MMR, kepala Bidang Perawatan dan staf, serta jajarannya yang telah memberikan kesempatan bagi peneliti untuk dapat melaksanakan penelitian.
9. Teristimewa kedua orang tua tercinta dari Andriana Andrian Berek Tobi (Silvester Sili dan Damiana Deran) dan kakak (Veronika Perada Tuan dan Adrianus Tuba Dua) dan dari Dina Paunno (bapa Johanis Paunno dan Martina Latupeirisa (almarhum) serta sanak saudara yang selalu mendoakan memberi dukungan, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan mereka berupa moril dan materi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Sr. Margareta JMJ dan Sr. Amabilis JMJ sebagai orang tua wali yang telah banyak memberikan doa, dukungan dan nasehat di Asrama Siti Miriam.
11. Seluruh rekan-rekan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar program S1 Keperawatan 2011-2016, khususnya mahasiswa tingkat IV kelas A dan B, terima kasih atas canda tawa, persahabatan, kekompakan, bantuan, saran, kritik, serta kerjasama selama mengikuti pendidikan dan sampai penyusunan skripsi ini.

Makassar, April 2016

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN *ACTIVITY DAILY LIVING* PADA PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR (Dibimbing oleh : Elmiana Bongga Linggi)

Andriana Andrian Barek Tobi dan Dina Paunno
Program S1 Keperawatan & Ners STIK Stella Maris Makassar
(XVII + 52 Halaman + 37 Referensi + 8 Tabel + 9 Lampiran)

Stroke adalah gangguan atau defisit sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Serangan stroke berdampak pada gangguan psikis dan fisik pasien paska stroke sehingga berpengaruh pada kemandirian dalam melakukan *activity daily livingnya*. Hal ini sangat membutuhkan support dari keluarga yang merupakan suatu dukungan dalam mempercepat proses pemulihan pasien paska stroke. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *activity daily living* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*. Sampel penelitian ini berjumlah 33 pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Hasil uji statistik *Chi-Square* dengan uji alternatif yaitu uji kolmogorov smirnov dan diperoleh nilai $p=0,025$ dan $\alpha=0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p < \alpha$, Ada hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living* Pasien Paska Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Kata kunci : Dukungan keluarga, *Activity DailyLiving*, stroke

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT WITH POST STROKE PATIENTS ACTIVITY DAILY LIVING IN STELLA MARIS HOSPITAL MAKASSAR

(Guided by: Elmiana Bongga Linggi)

**Andriana Andrian Berek Tobi dan Dina Paunno
S1 Nursing Program and Nurses STIK Stella Maris Makassar
(XVII + 50 page + 8 Table + 9 Appendix)**

Stroke is a disorder or a sudden nervous system deficiency caused by blood circulation in the brain. A stroke affects the physical and psychological disorders, post-stroke patients so the effect on the independence in performing activities of daily living. This is particularly in need of support from the family, which is a support in speeding up the recovery process of post-stroke patients. The purpose of this study was to analyze the relationship between family support with activities of daily living post-stroke patients in Stella Maris hospital Makassar. This type of research is an analytic observational study with cross sectional study. Sampling was done by non-probability sampling technique with consecutive sampling approach Makassar. The research sample of 33 patients with post stroke in Stella Maris hospital Makassar.. Results of statistical test Chi-Square test alternate colmogorov Smirnov test and obtained the value $p = 0.025$ and $\alpha = 0.05$. This shows that $p < \alpha$, is accepted it means there is a relationship with the family support Activity Daily Living Post-Stroke patients in Stella Maris hospital Makassar.

Keywords: Family Support, activity daily living, stroke

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PENYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN PANITIA PENGUJI.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Bagi profesi keperawatan	5
2. Bagi keluarga pasien paska stroke	5
3. Bagi Peneliti.....	5
4. Bagi institusi pendidikan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Umum Stroke.....	6
1. Pengertian Stroke	6
2. Klasifikasi Stroke.....	6

3. Faktor Resiko Terjadinya Stroke.....	7
4. Etiologi.....	7
5. Manifestasi Klinis Stoke.....	9
6. Dampak Pasien Paska Stroke.....	9
7. Rehabilitasi Pasien Paska Stroke.....	12
B. Tinjauan Umum Kemandirian <i>Activity Daily Living (ADL)</i>	13
1. Tinjauan Umum Kemandirian.....	13
a. Pengertian Kemandirian.....	13
b. Aspek – Aspek Kemandirian.....	14
2. Tinjauan Umum <i>Activity Daily Living (ADL)</i>	14
a. Definisi <i>Activity Daily Living</i>	14
b. Macam – Macam <i>Activity Daily Living</i>	15
c. Cara Pengukuran <i>Activity Daily Living (ADL)</i>	15
C. Tinjauan Umum Keluarga Dan Dukungan Keluarga.....	18
1. Tinjauan Umum Keluarga.....	18
a. Pengertian Keluarga.....	18
b. Struktur Keluarga.....	19
c. Interaksi Sehat / Sakit Keluarga.....	21
d. Tugas Keluarga.....	23
e. Peranan Keluarga Terhadap Penderita Stroke.....	24
2. Tinjauan Umum Dukungan Keluarga.....	25
a. Pengertian Dukungan Keluarga.....	25
b. Macam – macam bentuk dukungan keluarga.....	25
c. Fungsi Dukungan Keluarga.....	26
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN METODE PENELITIAN	27
A. Kerangka Konseptual.....	27
B. Hipotesis Penelitian.....	28
C. Defenisi Operasional.....	29
BAB IV METODE PENELITIAN	31
A. Jenis Penelitian.....	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	31

C. Populasi dan Sampel	31
D. Instrumen Penelitian	32
E. Pengumpulan Data	33
F. Pengolahan dan Penyajian	35
G. Analisa Data.....	35
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
A. Hasil	37
1. Pengantar	37
2. Gambaran Lokasi Penelitian.....	37
3. Penyajian Karateristik Data Umum	39
4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti.....	41
B. Pembahasan	44
1. Hubungan dukungan keluarga dengan <i>activity daily livng</i> pada pasien paska stroke.....	44
BAB VI PENUTUP.....	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

HALAMAN DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional.....	28
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan umur pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016	39
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016.....	39
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016.....	40
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016	41
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi berdasarkan dukungan keluarga pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016	41
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi berdasarkan <i>activity daily living</i> pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016	42
Tabel 5.7 Analisa hubungan dukungan keluarga dengan <i>activity daily living</i> pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar bulan Februari-Maret 2016	43

HALAMAN DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual.....	28



HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Pernyataan Persetujuan Melakukan Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
- Lampiran 5 : Permohonan Kesiediaan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 7 : Lembar Instrumen Penelitian
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Tabel *Output SPSS*



DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

\geq	: Lebih besar
$<$: Lebih kecil
p	: Nilai kemungkinan / Probability Continuity Correction
α	: derajat kemaknaan
H_0	: Hipotesis nol (praduga tak ada)
H_a	: Hipotesis alternatif (praduga ada)
ADL	: Activity Daily Living
AHA	: <i>American Heart Association</i>
RIKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SPSS	: Statistical Program for Social Science
WHO	: <i>World Health Organization</i>
YASTROKI	: Yayasan Stroke Indonesia



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan zaman yang semakin modern tidak hanya memberi dampak positif bagi kelangsungan hidup manusia, tetapi juga menyisakan banyak dampak negatif khususnya masalah kesehatan. Gaya hidup modern yang tidak sehat, seperti mengonsumsi makanan siap saji, pola makan yang tidak teratur, dan kurangnya aktivitas, memicu timbulnya penyakit berbahaya seperti diabetes, hipertensi dan stroke.

Stroke menjadi salah satu masalah yang cukup serius dilihat dari kecenderungan meningkatnya jumlah penderita stroke setiap tahun. Berdasarkan data *WHO* menunjukkan bahwa sebanyak 15 juta orang per tahun di seluruh dunia terkena stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta orang lainnya mengalami kecacatan (Ardi, 2011).

Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia merupakan yang terbanyak di wilayah Asia (yastroki, 2012). Prevalensi stroke di Indonesia telah mengalami peningkatan dari 8,3‰ pada 2007 menjadi 12,1‰ pada tahun 2013, dan Sulawesi Selatan menjadi daerah dengan penyangkapan stroke tertinggi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala (17,9 ‰), diikuti DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), serta insiden tertinggi berada pada kategori usia ≥ 75 tahun (Risksedas, 2013).

Data *WHO* (2010) memprediksikan bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030. Menurut *WHO* dalam Jayanti (2015) stroke adalah tanda-tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi

otak fokal (global), dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler. Kematian yang disebabkan oleh stroke pada serangan pertama sekitar 18%-37%, sedangkan kematian pada serangan selanjutnya sekitar 62%, selain itu terdapat 2 juta penderita stroke yang mampu bertahan hidup dari serangan stroke mengalami beberapa kecacatan dan sekitar 40% memerlukan bantuan dalam aktivitas sehari-hari (Brunner & Sudarth, 2002).

Gangguan yang dialami akibat stroke sangat mempengaruhi dan memberikan dampak terhadap kehidupan. Sepertiga dari stroke memiliki ketidakmampuan jangka panjang (*Department of Health London, 2007*). Ketidakmampuan jangka panjang yang dialami termasuk ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari seperti makan, mandi, berpakaian, menggunakan toilet, manajemen pengobatan dan berjalan. Pasien mungkin memerlukan bantuan untuk melaksanakan aktivitas tersebut secara mandiri karena pertimbangan usia dan penyakit.

Ketergantungan *activities of daily living (ADL)* pada penderita stroke sangat tinggi setelah terkena serangan stroke yang menyebabkan penurunan aktivitas terjadi sangat signifikan serta cepat. Menurut data yang diperoleh setelah terjadi serangan stroke gangguan yang pertama dialami pasien adalah *activities of daily living (ADL)* yang terjadi hampir 75%, hanya 57% orang yang dapat selamat dari serangan stroke.

Pengaruh dari ketergantungan *activities of daily living (ADL)* akan berkurang dari 58% dalam satu minggu setelah serangan stroke dan bertambah 9% setelah enam bulan (Duncan dalam Dewi, 2014). Ketidakmampuan fungsional mencerminkan gangguan yang dialami akibat dari patologi stroke misalnya gangguan dalam beraktivitas berpindah dan berjalan, ketidakmampuan untuk bekerja, ketidakmampuan dalam aktivitas bermasyarakat serta aktivitas

rekreasi di waktu luang. Untuk melihat tingkat ketergantungan yaitu mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat, dan ketergantungan total yang dapat diukur menggunakan *indeks Barthel* yaitu suatu instrumen yang bertujuan untuk mengukur status fungsional individu (Dewi, 2014).

Kelemahan aktivitas fungsional yang terjadi pada pasien stroke akan terus berlanjut sementara itu perbaikan dari *activities of daily living (ADL)* akan bertahap kembali pada bulan pertama sampai bulan keenam paska serangan stroke. Salah satu upaya perbaikan adalah dengan penanganan seperti rehabilitasi sejak dini akan membantu dalam perbaikan aktivitas yang mengalami kelemahan.

Salah satu masalah yang dirasakan pasien stroke saat rehabilitasi adalah masalah psikis seperti rasa malu, rendah diri dan tidak dapat menerima kenyataan sehingga peran keluarga dan lingkungan sekitar sangat besar. Dukungan Keluarga merupakan support sistem utama bagi pasien dalam mempertahankan kesehatannya. Adanya kecenderungan pasien stroke mengalami depresi, maka sangat diperlukan peran keluarga dalam membantu proses perawatan dan memandirikan pasien untuk dapat sebaik mungkin melakukan aktivitas kembali meskipun tidak sepenuhnya kembali normal. Keluarga merupakan sistem pendukung utama pemberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Dukungan sosial keluarga merupakan sesuatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Setiadi, 2008). Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke (Mulyatsih, 2008).

Berdasarkan beberapa penelitian terkait mengenai kemampuan *activities of daily living (ADL)* pada pasien stroke. Hahqoo et al, dalam Ardi, (2011) menemukan sekitar 65,5% penderita stroke ketergantungan dan membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas kehidupan sehari-hari. Berdasarkan penelitian Ratnasari dan Kristiyawati tentang adanya hubungan antara depresi dengan ketergantungan *activities of daily living (ADL)* pada pasien stroke, dengan sifat hubungan positif artinya bahwa semakin tinggi tingkat depresi semakin tinggi pula tingkat ketergantungan *activities of daily living (ADL)* pada pasien stroke. Sedangkan menurut penelitian Chusnul (2012) dan Margi (2014) menyatakan adanya hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activities of daily living (ADL)* lansia yang paska stroke. Penelitian serupa juga dilakukan oleh Basuki dan Haryanto (2012), menyatakan bahwa dukungan keluarga pada pasien stroke dalam menjalani rehabilitasi stroke yaitu 51,6% kurang dan 48,4% baik. Dan hasil yang didapatkan bahwa mayoritas (51,6%) dukungan keluarga masih kurang pada pasien stroke.

Hal ini diakibatkan karena kebanyakan keluarga ikut terpuruk dalam kondisi yang dirasakan pasien, sehingga pasien merasa bahwa hidupnya menjadi beban untuk keluarganya yang berujung pada depresi yang berpengaruh pada kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Stroke merupakan salah satu masalah serius yang sering menimbulkan depresi dan ketergantungan. Salah satu dampak dari penderita paska stroke adalah ketergantungan yang menyebabkan masalah dalam memenuhi *activities of daily living (ADL)*. Oleh karena itu dukungan keluarga merupakan peran utama dalam memberikan perhatian, motivasi dan bantuan khususnya dalam pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari pasien sehingga dapat mengurangi kecemasan pasien akan kondisinya dan mempercepat proses pemulihan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti merumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut : “apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien paska stroke
- b. Mengidentifikasi *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke
- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien paska stroke

Sebagai bahan informasi dan menjadi bahan pertimbangan khususnya bagi keluarga yang memiliki keluarga dengan stroke untuk berperan dalam meningkatkan kemandirian *activity daily living* penderita paska stroke.

2. Bagi keluarga pasien paska stroke

Sebagai masukan dan pengetahuan dalam merawat anggota keluarga paska stroke sehingga keluarga dapat berperan dalam memberikan motivasi, perawatan dan bantuan pada pasien paska stroke berhubungan dengan kemandirian *Activity Daily Living (ADL)*

3. Bagi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Sebagai bahan masukan untuk menambah literatur dalam ranah keperawatan, khususnya untuk penanganan pasien paska stroke yang menjalani program rehabilitasi

4. Bagi Peneliti

Merupakan suatu pengalaman berharga bagi peneliti dalam memperluas wawasan keilmuan, khususnya dalam bidang keperawatan mengenai dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke. Dan sebagai bahan acuan untuk peneliti selanjutnya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke adalah suatu gangguan yang timbul karena terjadi gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. (Bustan, 2015).

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Ginsberg, 2007).

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Muttaqin (2008), stroke dikelompokkan atas dua yaitu :

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Stroke ini biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi pada saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun.

b. Stroke Nonhemoragik

Stroke nonhemoragik dapat berupa iskemia atau emboli dan trombosis serebral. Stroke ini biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder.

3. Faktor Resiko Terjadinya Stroke

Ada sejumlah faktor resiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut *University of Pittsburgh Medika Center* (2003) dan *American Heart Association* (2007) dalam Bustan (2015), ada dua jenis faktor resiko yaitu :

a. Faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah, antara lain:

1) Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terserang stroke.

2) Jenis Kelamin

Secara umum, laki-laki memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan perempuan. Kecuali perempuan yang berusia 45-54 tahun memiliki resiko 4 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

3) Riwayat Keluarga

Keluarga dengan riwayat anggota keluarga pernah mengalami stroke beresiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

4) Ras

Angka kejadian stroke lebih tinggi pada kulit hitam dibandingkan dengan kulit putih.

b. Faktor resiko stroke yang dapat diubah

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor resiko tertinggi dari stroke

2) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik.

3) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

4) Obesitas

Peningkatan berat badan mengakibatkan resiko terjadinya stroke

5) Mengonsumsi alkohol dan obat-obatan

4. Etiologi

Menurut Smeltzer, dalam Ariani (2013) stroke biasanya di akibatkan dari salah satu dari 4 kejadian yaitu sebagai berikut :

a. Trombosis serebral

Trombosis Serebral, merupakan bekuan darah yang berada di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum dari stroke.

b. Embolisme serebral

Embolisme serebral merupakan bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain dan menyumbat aliran darah pada bagian otak tertentu.

c. Iskemia serebral

Iskemia serebral adalah penurunan aliran darah ke area otak

d. Hemoragi serebral

Hemoragi serebral, yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

5. Manifestasi klinis Stroke

Ada beberapa manifestasi klinis dari penyakit stroke menurut Smeltzer & Suzane dalam Delima Siahaan,(2011) yaitu :

- a. Kehilangan motorik antara lain hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) dan hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh)
- b. Kehilangan komunikasi antara lain disatria (kesulitan bicara), disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya)
- c. Gangguan persepsi antara lain disfungsi persepsi visual, gangguan hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori

- d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik
- e. Disfungsi kandung kemih.

6. Dampak Pasien Paska Stroke

Beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke menurut Stroke Association, yakni :

a. Masalah kognitif

Terdapat beberapa masalah kognitif terjadi pada penderita paska stroke. Beberapa masalah tersebut adalah :

1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah masalah mengenai memori jangka pendek. Dimana mengingat informasi baru bisa sangat sulit bagi penderita, dan kecepatan menggunakan memori mereka mungkin tampak lebih lambat dari biasanya.

2) Perhatian

Setelah stroke, perhatian pasien paska stroke akan menjadi mudah terganggu dan merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan yang dilakukan.

3) persepsi

Setelah stroke, masalah bisa muncul pada berbagai tahap persepsi misalnya dari mengambil informasi hingga menafsirkan informasi atau mengakses memori tentang informasi tersebut.

b. Masalah Komunikasi

Kondisi utama dimana stroke dapat mempengaruhi komunikasi adalah sebagai berikut :

- 1) Afasia dapat mempengaruhi bagaimana berbicara, kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan, dan membaca atau menulis.
- 2) Disartria terjadi ketika stroke menyebabkan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Jika terjadi disartria, suara akan terdengar berbeda dan akan kesulitan dalam berbicara dengan jelas.

3) Dyspraxia pidato yang terjadi ketika tidak bisa menggerakkan otot-otot dalam urutan yang benar dan urutan untuk membuat suara yang diperlukan untuk pidato yang jelas. Hal ini membuat pasien paska stroke tidak dapat mengucapkan kata-kata dengan jelas.

c. Depresi

Depresi dapat terjadi kapan saja setelah stroke. Gejala yang paling umum dari depresi adalah :

- 1) Perasaan sedih
- 2) Kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari dan tidak bisa menikmati hal-hal yang dilakukan
- 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan
- 4) Merasa cemas
- 5) Perubahan pola tidur karena tidak mampu tidur atau tidur terlalu banyak
- 6) Perubahan nafsu makan
- 7) Sakit fisik
- 8) Merugikan diri sendiri
- 9) Menghindari orang
- 10) Kehilangan harga diri atau kepercayaan diri

d. Masalah Emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosionalisme
- 3) Perubahan kepribadian
- 4) Kemarahan

e. Masalah Fisik

Efek yang paling umum dari stroke yang fisik seperti kelemahan, mati rasa dan kekakuan.

- 1) Kelemahan dan kelumpuhan
- 2) Spastisitas

- 3) Masalah dengan berjalan kaki
- 4) Perubahan sensasi

f. Masalah Penglihatan

Masalah penglihatan yang sering terjadi setelah mengalami stroke, adalah sebagai berikut :

- 1) Kehilangan penglihatan sentral
- 2) Hilangnya lapang pandang
- 3) Masalah gerakan mata
- 4) Masalah proses visual

7. Rehabilitasi Pasien Paska Stroke

Dalam upaya mengembalikan kemampuan motorik dan meningkatkan kualitas hidup, para penderita stroke dapat menjalani program rehabilitasi neurologis dengan dipandu oleh terapis dan dokter. Rehabilitasi pasien paska stroke yang dini dan teratur dapat mengembalikan kemampuan motorik para penderitanya secara bertahap hingga kesehatan mereka dapat pulih kembali. Rehabilitasi stroke adalah pusat terapi bagi para penderita stroke di dalamnya berisi berbagai macam terapi mulai dari fisioterapi hingga terapi okupasi.

Latihan terapis fisik yang secara rutin dijalankan oleh penderita stroke telah berhasil menunjukkan hasil yang positif berupa peningkatan kemampuan anggota gerak bawah (lower limb), mobilitas fungsional (keseimbangan dan berjalan) dan kualitas hidup. Rehabilitasi anggota gerak atas sangat penting bagi penderita stroke, mengingat disfungsi bagian tubuh atas sangat berpengaruh terhadap kapasitas mereka untuk melakukan kegiatan sehari-hari (*activities of daily living*) seperti makan / minum, mandi berpakaian, mengkonsumsi obat dan lain sebagainya (Hariandja, 2013).

Menurut WHO dalam Aurin (2008) tujuan Rehabilitasi pasien paska stroke adalah :

- a. Memperbaiki fungsi motorik, wicara, kognitif dan fungsi lain yang terganggu.
- b. Readaptasi sosial dan mental untuk memulihkan hubungan interpersonal dan aktivitas sosial.
- c. Dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari.

B. Tinjauan Umum *Activity Daily Living (ADL)*

1. Definisi *Activity Daily Living (ADL)*

Menurut Suparyanto (2012) *Activity Daily Living (ADL)* adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari.

Activity daily living (ADL) meliputi antara lain : ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat.

Activity Daily Living (ADL) merupakan aktifitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

Activity Daily Living (ADL) merupakan keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus di miliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang di kerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi atau berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

2. Macam-macam *Activity Daily Living (ADL)*

a. Macam-macam *Activity Daily Living (ADL)* menurut Sugiarto, dalam Suparyanto (2012) :

1) *Activity Daily Living (ADL)* Dasar

yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi makan, minum, berpakaian, *toileting*, mandi, dan mobilisasi. Ada juga yang memasukan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori *ADL* dasar ini, dalam kepustakaan lain juga di sertakan kemampuan mobilitas.

2) *Activity Daily living (ADL)* Instrumental

yaitu *ADL* yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang.

3) *Activity Daily Living (ADL)* Vaksional

yaitu *ADL* yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

4) *Activity Daily living (ADL)* Non Vaksional

yaitu *ADL* yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

b. Macam-macam aktivitas dasar sehari-hari dasar (Ardy, 2011) terdiri dari :

1) Makan

Makan dan menelan merupakan proses yang kompleks yang melibatkan fungsi nervus kranialis. Makan sendiri tanpa bantuan, makan sendiri kecuali mendapatkan bantuan dalam mengambil makanan sendiri, menerima bantuan dalam makan sebagian atau sepenuhnya.

2) Mandi

Mandi merupakan komponen yang sangat penting dalam perawatan yang bertujuan untuk kebersihan diri. Ketidakmampuan mandi adalah ketidakmampuan untuk mencuci atau mengeringkan tubuh tanpa bantuan orang lain, dipengaruhi oleh usia dan kelemahan fisik

3) Merawat diri

Merawat diri meliputi mencuci tangan, membasuh wajah, menyisir rambut, menggosok gigi dan mencukur

4) Berpakaian

Berpakaian memungkinkan pasien untuk mempertahankan konsep diri dan harga diri selain memberi perlindungan

5) Buang air besar

Masalah buang air besar yang sering dialami pasien stroke adalah pasien tidak menyadari kebutuhan untuk defekasi, inkontinensia dan konstipasi. Stroke menyebabkan perubahan eliminasi buang air besar karena berbagai perubahan yang terjadi setelah stroke yaitu penurunan mobilitas, *intake* serat yang kurang, pasien tergantung pada orang lain untuk ke toilet, penurunan atau tidak adanya sensasi yang dibutuhkan untuk defekasi, gangguan kognitif dan penggunaan obat-obatan yang dapat mempengaruhi fungsi.

6) Buang air kecil

Masalah perkemihan yang sering dialami setelah stroke adalah inkontinensia urine yaitu ketidakmampuan mengontrol pengeluaran urine.

7) Penggunaan toilet

Orang lebih memilih untuk menggunakan toilet dalam memenuhi kebutuhan eliminasi, namun pasien yang mengalami keterbatasan dan ketidakmampuan akan

mengalami kesulitan menggunakan toilet. Penggunaan alat bantu dapat memenuhi kebutuhan eliminasi secara mandiri.

8) Berpindah

Pasien yang mengalami kelemahan akan mengalami kesulitan untuk duduk dan berpindah sehingga membutuhkan bantuan. Pasien yang lemah membutuhkan bantuan dan penggunaan sabuk sangat berguna untuk mempertahankan status fungsional dan keselamatan pasien.

9) Mobilitas

Mobilitas adalah kemampuan untuk melakukan aktivitas dengan pergerakan yang bebas termasuk berjalan, berlari, duduk, berdiri dan melakukan aktivitas sehari-hari. Kelemahan fisik yang dialami pasien stroke menyebabkan ketidakmampuan dalam mobilitas fisik, termasuk menggunakan tangga meliputi naik dan turun tangga. Pada saat naik atau turun tangga hal ini membutuhkan waktu, keseimbangan dan kekuatan. Kemampuan mobilisasi merupakan hal yang perlu diperhatikan pada saat rehabilitasi.

C. Tinjauan Umum Keluarga Dan Dukungan Keluarga

1. Tinjauan Umum Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Menurut Friedman 1998 dalam Yenni (2011) yang menyatakan bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga.

Menurut Andarmoyo (2012) keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, dan emosional serta sosial individu yang ada di dalamnya, dilihat dari interaksi yang regular dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum.

b. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menunjukkan bagaimana keluarga tersebut diorganisasikan, cara unit-unit tersebut ditata serta

bagaimana komponen tersebut berhubungan satu sama lain. Selain itu, struktur dalam keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga tersebut di masyarakat.

1) Ciri-ciri struktur keluarga

Menurut Mubarak (2006) ciri-ciri dari struktur keluarga adalah sebagai berikut:

a) Terorganisasi

Keluarga adalah cerminan sebuah organisasi, dimana setiap anggota keluarga memiliki peran dan fungsinya masing-masing sehingga tujuan keluarga dapat tercapai.

b) Keterbatasan

Dalam mencapai tujuan, setiap anggota keluarga memiliki peran dan tanggung jawabnya masing-masing, sehingga dalam berinteraksi setiap anggota tidak bisa semena-mena tetapi memiliki keterbatasan yang dilandaskan pada tanggung jawab masing-masing anggota keluarga.

c) Perbedaan dan kekhususan

Adanya peran yang beragam dalam keluarga menunjukkan bahwa masing-masing anggota keluarga mempunyai peran dan fungsi yang berbeda dan khas seperti halnya peran ayah sebagai pencari nafkah utama dan peran ibu sebagai anggota keluarga yang merawat anak-anak.

2) Jenis struktur keluarga

Berikut ini adalah struktur keluarga yang umumnya terdapat di Indonesia secara umum:

a) Berdasarkan jalur hubungan darah :

(1) Patrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun berdasarkan garis keturunan bapak.

(2) Matrilineal

Keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui garis keturunan ibu.

b) Berdasarkan keberadaan tempat tinggal :

(1) Matrilokal

Sepasang suami istri yang mana setelah menikah dan tinggal bersama keluarga sedarah istri.

(2) Patrilocak

Sepasang suami istri yang mana setelah menikah dan tinggal bersama keluarga sedarah suami.

c) Berdasarkan pribadi pengambilan keputusan :

(1) Patriakal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami.

(2) Matriakal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri.

c. Interaksi Sehat/Sakit dalam Keluarga

Status sehat sakit anggota keluarga saling mempengaruhi keseluruhan keluarga dan interaksinya, sementara itu keluarga pada gilirannya mempengaruhi perjalanan penyakit dan status sehat/sakit terhadap keluarga dan dampak status sehat/sakit keluarga saling terkait atau saling bergantung (Leahey, dalam padila, 2012).

Enam tahap sehat/sakit dan interaksi keluarga disajikan untuk menggambarkan secara lebih lanjut mengenai hubungan ketergantungan antara keluarga dan status kesehatan anggotanya, antara lain sebagai berikut:

1) Upaya keluarga dalam promosi kesehatan

Umumnya, keluarga berperan penting dalam semua bentuk promosi kesehatan, namun keluarga juga dapat memajukan anggotanya kepada hal-hal yang membahayakan. Banyak bentuk promosi kesehatan, pencegahan melibatkan isu seputar gaya hidup seperti menghentikan kebiasaan merokok dan berolahraga secara teratur. Apakah seorang anak mendapatkan imunisasi atau apakah seorang ayah dimotivasi untuk meningkatkan kegiatan olahraga dan mengkonsumsi makanan yang begizi. Promosi kesehatan dimulai di keluarga. Strategi kesejahteraan, agar berhasil biasanya membutuhkan perbaikan gaya hidup seluruh anggota keluarga. Selain itu, didalam keluarga, anggota keluarga belajar mengenai status kesehatan dan citra tubuhnya seperti apakah mereka sering sakit atau sehat dan kuat.

2) Penilaian keluarga terhadap gejala

Tahap ini dimulai ketika suatu gejala individu dikenali, ditafsirkan terkait dengan keparahannya, dirasakan mengganggu oleh individu yang mengalami gejala tersebut dan keluarganya. Tahap ini terdiri atas keyakinan keluarga akan gejala atau penyakit seorang anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut.

3) Mencari perawatan

Tahap pencarian perawatan ketika keluarga memutuskan bahwa anggota keluarga yang sakit benar-benar sakit dan membutuhkan pertolongan. Individu yang sakit dan keluarga mulai mencari pengobatan, informasi dari internet. Keputusan menyangkut apakah penyakit anggota keluarga sebaiknya ditangani di rumah atau di klinik atau di rumah sakit

4) Merujuk dan mendapatkan perawatan

Tahap ini dimulai saat dilakukan kontak dengan pelayanan kesehatan atau tenaga kesehatan profesional atau praktisi pengobatan tradisional. Keluarga bertindak sebagai agen perujukan kesehatan utama dan akan merujuk anggotanya ke jenis layanan atau praktisi yang dinilai sesuai. Tentu saja, keputusan mengenai layanan yang akan digunakan juga ditentukan oleh ketersediaan dan kemudahan akses pelayanan kesehatan bagi keluarga.

5) Respons akut klien dan keluarga terhadap penyakit

Ketika klien menerima asuhan dari praktisi kesehatan, klien menyerahkan hak dan keputusan tertentu, dan diharapkan menerima peran sebagai pasien, yang ditandai dengan ketergantungan pada saran profesi kesehatan. Kemauan untuk menaati saran pelayanan kesehatan, dan berupaya untuk pulih. Selama tahap respon akut, keluarga harus menyesuaikan diri dengan penyakit, diagnosis dan pengobatan anggota keluarga yang sakit. Penyakit yang serius atau mengancam jiwa dapat mengakibatkan krisis keluarga, yaitu keluarga mengalami masa ketidakteraturan sebagai respon terhadap stressor kesehatan yang besar.

6) Adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan

Proses adaptasi anggota keluarga terhadap penyakit dan adaptasi serta coping keluarga sebagai sebuah unit, telah lama dipelajari secara mendalam oleh para ilmuwan keluarga dan

perawat peneliti keluarga. Tahap adaptasi adalah masa saat perawat keluarga dihubungi untuk membantu keluarga menghadapi stressor kesehatan.

Adanya penyakit yang serius dan kronik pada salah satu anggota keluarga biasanya mempunyai dampak besar pada sistem keluarga, terutama pada struktur peran dan pelaksanaan fungsi keluarga. Keluarga merupakan penyedian pelayanan kesehatan utama bagi pasien yang mengalami penyakit kronik.

Keluarga kemudian menjalankan sebuah peran pendukung yang penting selama periode pemulihan dan rehabilitasi klien. Jika dukungan ini tidak tersedia, keberhasilan pemulihan/ rehabilitasi menurun secara signifikan. (Friedman at all, 2010)

d. Tugas keluarga

Menurut Leny (2010) Pada dasarnya tugas pokok keluarga adalah sebagai berikut :

- 1) Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
- 2) Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- 3) Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- 4) Soosialisasi antar anggota keluarga
- 5) Pengaturan jumlah anggota keluarga
- 6) Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
- 7) Membangkitkan dorongan dan semangat para anggotanya.

e. Peranan Keluarga Terhadap Penderita Stroke

Sehat dan sakit merupakan bagian dari kehidupan dan dapat dipelajari individu dari keluarga. Friedman (2010) mengidentifikasi dengan jelas kepentingan pelayanan keperawatan yang terpusat pada keluarga (*family centered nursing care*), yaitu :

- 1) Keluarga terdiri dari anggota yang saling ketergantungan satu sama lainnya (interdependen) dan berpengaruh dengan yang lainnya. Jika salah satu sakit maka anggota keluarga lain juga merupakan bagian yang sakit.

- 2) Adanya hubungan yang kuat antara keluarga dengan status kesehatan anggotanya maka anggota keluarga sangat penting peranannya dalam setiap pelayanan keperawatan.
- 3) Tingkat kesehatan anggota keluarga sangat signifikan dengan aktivitas di dalam promosi kesehatannya.
- 4) Keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga dapat sebagai indikasi masalah yang sama pada anggota yang lain.

Pentingnya peran keluarga dalam perawatan penderita paska stroke dapat dipandang dari berbagai segi yaitu :

- a) Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya.
- b) Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga.

Berbagai pelayanan kesehatan bukan tempat penderita seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu pasien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif. Salah satu faktor penyebab terjadinya stroke berulang adalah keluarga tidak tahu cara menangani perilaku penderita di rumah (Irdawati, 2009).

2. Tinjauan Umum Dukungan keluarga

1) Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moril maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan. (Sarwono, 2003 dalam Primasari, 2011).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit, keluarga juga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung

selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. (Friedman, 1998 dalam Wijayanti, 2008).

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

2) Macam-Macam Bentuk Dukungan Keluarga

Gallo dan Reichel dalam Dewi (2014) membagi jenis-jenis dukungan keluarga menjadi 3 jenis yaitu :

1) Dukungan fisiologis

Dukungan fisiologis merupakan dukungan yang dilakukan dalam bentuk pertolongan-pertolongan dalam aktivitas sehari-hari yang mendasar seperti dalam hal mandi, menyiapkan makanan, dan memperhatikan gizi, *toileting*, menyediakan tempat tertentu, merawat seseorang bila sakit, membantu kegiatan fisik sesuai kemampuan, seperti senam, menciptakan lingkungan yang aman, dan lain-lain

2) Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis yakni ditunjukkan dengan memberikan perhatian dan kasih sayang pada anggota keluarga, memberikan rasa aman, membantu menyadari dan memahami tentang identitas. Selain itu, meminta pendapat atau melakukan diskusi, meluangkan waktu bercakap-cakap untuk menjaga komunikasi yang baik dengan intonasi atau nada bicara jelas, dan sebagainya.

3) Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang diberikan dengan cara menyarankan individu untuk mengikuti kegiatan spiritual seperti pengajian, memberikan kesempatan untuk memilih fasilitas kesehatan sesuai dengan keinginan sendiri, tetap menjaga interaksi dengan orang lain.

3) Fungsi Dukungan Keluarga

Menurut Dewi (2014) bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu :

(1) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminataor (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat di gunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

(2) Dukungan penilaian atau penghargaan

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga di antaranya memberikan support, penghargaan, perhatian.

(3) Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.

Menurut Friedman (2010) mengatakan bahwa dukungan instrumental termasuk kedalam fungsi perawatan kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi yang diterapkan terhadap anggota keluarga. Bentuk dari fungsi perawatan kesehatan berupa menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya sedangkan bentuk fungsi ekonomi berupa penyediaan sumber daya yang cukup seperti finansial. Dukungan instrumental bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktifitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitan yang dihadapi, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap dan memadai bagi penderita, menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain.

(4) Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional

meliputi dukungan yang mewujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang dan simpati. Dukungan emosional yang diberikan keluarga berarti keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman dalam penelitian Yenni, 2011). Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberikan semangat, mengurangi putus asa, mengurangi rasa rendah diri dan keterbatasan sebagai akibat ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan) yang dialami.



BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

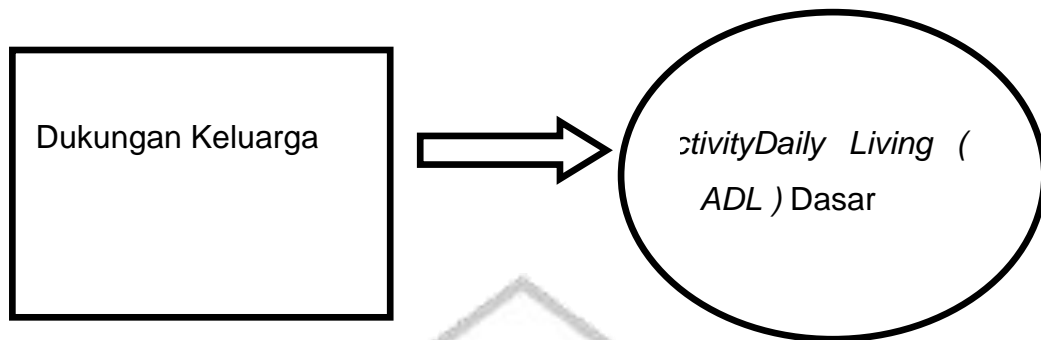
A. Kerangka Konseptual

Pemenuhan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke adalah kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari, karena mengalami keterbatasan mobilisasi akibat adanya gangguan fungsi otak dan motorik. Ketergantungan yang dialami pasien perlu dukungan dari orang-orang terdekat, terutama keluarga yang merupakan support utama dalam proses penyembuhan.


Dukungan keluarga merupakan andil yang besar dalam proses pemulihan pasien, Fungsi dukungan keluarga mengacu pada interaksi anggota keluarga terutama pada kualitas hubungan dan interaksi antar anggota keluarga, dimana dukungan keluarga yang diberikan berupa sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit, sehingga pasien akan merasa lebih percaya diri dan lebih diperhatikan dalam menghadapi kondisi ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan berupa dukungan informasional, instrumental, penilaian dan dukungan emosional.

Berdasarkan uraian di atas serta pemikiran penulis maka dikemukakan variabel independen dan variabel dependen melalui kerangka konsep sebagai berikut :


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan :

 : Variabel independen

 : Variabel dependen

 : Penghubung variabel

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan teori yang ada di tinjauan pustaka dan kerangka konseptual di atas, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut "Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living (ADL)* pada pasien paska stroke.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Tabel Defenisi Operasional

Variabel	Defenisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
Independen: Dukungan keluarga	Suatu upaya berupa tindakan, dan sikap yang diberikan oleh anggota keluarga kepada pasien paska stroke dalam kemandirian melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL)	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan emosional - Dukungan informasi - Dukungan instrumental - Dukungan penghargaan (penilaian) 	kuesioner	Ordinal	<p>kurang, bila total skor jawaban responden 16-32</p> <p>Cukup, bila total skor jawaban responden 33-48</p> <p>Baik, bila total skor jawaban responden 49-64</p>
Dependen: ADL Dasar	Kemampuan pasien stroke dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari	Macam-macam ADL : <ul style="list-style-type: none"> - Makan - Berpakaian - merawat diri (cuci muka, menyisir rambut, menyikat gigi) - mandi - buang air kecil (BAK) - buang air besar (BAB) - penggunaan toilet - mobilisasi/ 	kuesioner	ordinal	<p>Ketergantungan Total, bila total skor jawaban responden 0-3</p> <p>Ketergantungan sedang, bila total skor jawaban responden 4-6</p>

		berpindah			Ketergantungan ringan, total skor jawaban responden 7-9 Mandiri, bila total skor jawaban responden 10
--	--	-----------	--	--	---



BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik, dengan menggunakan rancangan *cross sectional study* yaitu pengamatan atau pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan dukungan keluarga dengan *activity daily living (ADL)* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tempat dan waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Tempat ini dipilih karena memiliki cukup jumlah responden untuk mengumpulkan data. Selain itu lokasi penelitian dekat dengan tempat tinggal peneliti, dan mudah dijangkau.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian direncanakan pada bulan Februari 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien paska stroke yang menjalani rehabilitasi di ruang Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Jumlah populasi selama satu bulan terakhir sebanyak 35 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil dari bagian populasi pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Teknik pengambilan sampel penelitian ini adalah *Nonprobability sampling*

dengan menggunakan pendekatan *consecutive sampling* yakni suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi.

Adapun kriteria pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria di mana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Pasien paska stroke yang menjalani rehabilitasi di fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris
- 2) Pasien paska stroke dalam keadaan sadar
- 3) Pasien paska stroke yang bisa membaca dan menulis

b. Kriteria eklusi

Kriteria eklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak representatif dan tidak memenuhi syarat untuk diteliti, dengan alasan seperti hambatan etis, menolak menjadi responden atau keadaan tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian. Kriteria eklusi pada penelitian ini adalah :

- 1) Pasien paska stroke yang mengalami afasia wernig
- 2) Pasien paska stroke yang mengalami defisit lapang pandang

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrumen penelitian dilengkapi dengan data demografi berupa nama responden (initial), jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan pendidikan terakhir. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk variabel dukungan keluarga dan variabel *Activity Daily Living*. Variabel independen dukungan keluarga peneliti menggunakan skala *likert* yang terdiri dari 16 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif untuk

dukungan instrumental terdapat pada pernyataan nomor (1 dan 2) dan pernyataan negatif pada nomor (3 dan 4). Untuk dukungan informasional pernyataan positif terdapat pada nomor (5 dan 6) sedangkan pernyataan negatif terdapat pada nomor (7 dan 8). Untuk dukungan emosional pernyataan positif terdapat pada nomor (9 dan 10) sedangkan pernyataan negatif terdapat pada nomor (11 dan 12). Untuk dukungan penghargaan pernyataan positif terdapat pada nomor (13 dan 14) sedangkan pernyataan negatif terdapat pada nomor (15 dan 16). Untuk pernyataan positif dengan alternatif jawaban selalu diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, kadang-kadang diberi nilai 2, dan tidak pernah diberi nilai 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif dengan alternatif jawaban selalu diberi nilai 1, sering diberi nilai 2, kadang-kadang diberi nilai 3, dan tidak pernah diberi nilai 4. Variabel independen dukungan keluarga dikategorikan menjadi Baik, Cukup dan kurang. Kategori Baik, apabila total jawaban responden 49-64. Kategorik Cukup, bila total jawaban responden 33-48 dan Kategorik Kurang, bila total jawaban responden 16-32

Variabel dependen *Activity Daily Living* (ADL) peneliti menggunakan kuesioner dengan skala *guttman* yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan alternatif jawaban “Ya” diberi nilai 1, dan jawaban “Tidak” diberi nilai 0. Dan variabel *Activity Daily Living* dikategorikan “ketergantungan berat” bila total jawaban responden 0-3, dikategorikan “ketergantungan sedang” bila total jawaban responden 4-6, dikategorikan “ketergantungan ringan” bila total jawaban 7-9 dan dikategorikan “Mandiri”, bila total jawaban responden 10.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak instansi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit stella Maris Makassar. Setelah mendapat

persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut :

1. *Informed consent*

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

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode

3. *Confidentiallity*

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

Data-data yang dikumpulkan berupa :

a. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung dari responden melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian dan dilakukan pendampingan pada saat responden mengisi kuesioner, dengan tujuan pada saat responden mengalami kesulitan dalam pengisian bisa diberikan arahan

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

F. Pengolahan dan penyajian data

1. *Editing* (penyuntingan)

Editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan keseragaman data. Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan atau meneliti satu per satu setiap jawaban yang telah diisi oleh responden guna mengoreksi kekeliruan.

2. *Coding*

Dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data yaitu memberikan simbol dari setiap kuesioner yang telah diisi oleh responden. Pada tahap ini dilakukan mengisi daftar kode yang disediakan pada lembar kuesioner sesuai dengan hasil pengamatan yang telah dilakukan.

3. *Tabulating* (tabulasi)

Pada tahap ini dilakukan pengolahan data ke dalam suatu tabel dan diolah dengan bantuan komputer. Data diolah dalam bentuk tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan dependen. Penyajian data yang dilakukan adalah bentuk tabel.

G. Analisa Data

1. Analisa Univariat

Menggambarkan masing-masing variabel yang diteliti, yaitu variabel independen (dukungan keluarga) dan variabel dependen (kemandirian *Activity Daily Living*) dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentasi dari tiap variabel yang diteliti menggunakan komputer program *SPSS 20 for Windows*.

2. Analisa Bivariat

Analisa ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji *Chi-square* dengan uji alternatif *kolmogorov-smirnov*, dengan nilai kemaknaan

$\alpha=0,05$ (memiliki ketepatan/keakuratan 95 % dan kesalahan 5%) dengan interpretasi :

- a. Apabila $p < \alpha$, H_a diterima dan H_0 ditolak. Artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Apabila $p \geq \alpha$, H_a ditolak dan H_0 diterima. Artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.



BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, sejak tanggal 29 Februari sampai dengan 14 Maret 2016. Pengambilan sampel dengan teknik nonprobability sampling. Jumlah sampel yang di ambil sebanyak 33 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data dengan menggunakan komputer program SPSS for windows versi 20.0. Kemudian data ini selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji statistik, dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).

2. Gambaran lokasi penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta Katolik di kota Makassar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 8 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940. Rumah sakit ini berada di jalan Somba Opu No.273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keperihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang tidak mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris

mengacu pada misi Tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Adapun visi misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut :

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus pada sesama.

b. Misi

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

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

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

a. Uraian visi

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

b. Uraian misi

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

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1
Distribusi Berdasarkan Umur
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016

karateristik	Mean	Median	Standar Deviasi	Min-Max
Umur responden	58.00	56.00	9,959	42-84

Sumber: data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari 33 responden diperoleh distribusi responden menunjukkan rata-rata kelompok umur terbanyak berada pada kelompok umur 58 tahun dengan standar deviasi 9,959. Hal ini menunjukkan bahwa kebanyakan lansia mengalami stroke.

b. Berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Perempuan	18	54,5
Laki-laki	15	45,5
Total	33	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 33 responden diperoleh distribusi data jenis kelamin perempuan

sebanyak 18 responden (54,5%) dan laki-laki sebanyak 15 responden (45,5%).

c. Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Berdasarkan Pendidikan
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	3	9,1
SMP	3	9,1
SMA	18	54,5
SPK	1	3,0
D3	3	9,1
S1	4	12,1
S3	1	3,0
Total	33	100

Sumber: data primer 2016.

Berdasarkan tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa dari 33 responden diperoleh distribusi data jumlah pendidikan terbanyak berada pada kelompok pendidikan SMA sebanyak 18 responden (54,5%), dan jumlah responden paling sedikit pada kelompok pendidikan SPK sebanyak 1 responden (3,0%), dan S3 sebanyak 1 responden (3,0%).

d. Berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4
Distribusi Berdasarkan Pekerjaan
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
IRT	12	36,4
Buruh	2	6,1
Pensiunan	7	21,2
Wiraswasta	7	21,2
PNS	3	9,1
Perawat	1	3,0
Dokter	1	3,0
Total	33	100

Sumber data primer 2016

Berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari 33 responden diperoleh distribusi data jumlah pekerjaan terbanyak adalah IRT sebanyak 12 responden (36,4%), dan jumlah pekerjaan terkecil yaitu Perawat sebanyak 1 responden (3,0%), dan Dokter sebanyak 1 responden (3,0%).

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisis univariat

1) Dukungan keluarga pada pasien paska stroke

Tabel 5.5
Distribusi Dukungan Keluarga
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016.

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	22	66,7
Cukup	8	24,2
Kurang	3	9,1
Total	33	100

Sumber: Data Primer 2016

Berdasarkan, tabel 5.5 menunjukkan bahwa, dari 33 responden diperoleh distribusi data dukungan keluarga baik yaitu sebanyak 22 responden dan dukungan keluarga kurang sebanyak 3 responden (9,1%).

2) *Activity Daily Living* Pada Pasien Paska Stroke

Tabel 5.6
Distribusi *Activity Daily Living*
Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar Bulan
Februari-Maret 2016

Activity Daily Living	Frekuensi	Persentase (%)
Ketergantungan berat	3	9,1
Ketergantungan sedang	6	18,2
Ketergantungan ringan	9	27,3
Mandiri	15	45,5
Total	33	100

Sumber: Data Primer 2016

Dari 33 responden Sebanyak 15 responden (45,5%) yang melakukan *activity daily living* secara mandiri dan yang mengalami ketergantungan berat sebanyak 3 responden (9,1%).

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.7
Analisa Hubungan Dukungan Keluarga Dengan
Activity Daily Living Pasien Paska Stroke
Di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar 2016

<i>Activity Daily Living</i>												
		Ketergantungan berat		ketergantungan sedang		ketergantungan ringan		mandiri		total		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dukungan keluarga	Cukup	2	6,1	4	12,1	4	12,1	1	3,0	11	33,3	
	Baik	1	3,0	2	6,1	5	15,2	14	42,2	22	66,7	
	Total	3	9,1	6	18,2	9	27,3	15	45,5	33	100	

Test kolmogorov smirnov

Berdasarkan hasil uji alternatif *kolmogorov smirnov* menunjukkan tingkat signifikansi (p) 0,025. Maka hipotesis alternatif (Ha) diterima dan hipotesis nol (Ho) ditolak, dengan demikian berarti “ada hubungan dukungan keluarga dengan *activity daily living* pasien paska stroke di RS Stella Maris Makassar”.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *chi-square* dengan tabel 3x4 tidak terbaca pada pearson chi square. karena *nilai expected counthya* < 5 dan > 20 % sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan transformasi data dengan dengan menggabungkan kategorik kurang dan cukup pada variael independen dukungan keluarga menjadi kategori cukup. Alasan peneliti menggabungkan kategori kategori kurang menjadi cukup karena hasil datanya lebih cenderung pada kategori cukup, Maka diperoleh tabel 2x4 seperti yang tertera pada tabel 5.7 menunjukkan bahwa kategori dukungan Keluarga baik dengan

activity daily living mandiri sebanyak 14 responden (42,2%), dan dukungan keluarga cukup dengan ketergantungan berat sebanyak 2 responden (6,1%).

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dimana dari 33 responden terdapat 22 (66,7%) responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik dan dapat melakukan *activity daily livingnya* secara mandiri. Dan terdapat 11 (33,%) responden mempunyai dukungan keluarga yang cukup dan memiliki ketergantungan dalam melakukan *activity daily living* pada pasien paska stroke. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan *activity daily living* pada pasien paska stroke dengan menggunakan uji *kolmogorov smirnov* diperoleh nilai $\rho = 0,025 < \alpha = 0,05$. Hal ini berarti ada hubungan dukungan keluarga dengan *activity daily living* pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Endrayani (2011) mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kemandirian *activity daily living* pasien post stroke di RSUD Muhammadiyah Bantul yang menyatakan bahwa semakin tinggi dukungan keluarga yang diberikan semakin mandiri *activity daily livingnya*.

Menurut asumsi peneliti bahwa dukungan keluarga memegang peranan penting dalam menentukan proses penyembuhan seseorang termasuk pada pasien stroke. Dimana keluarga merupakan orang terdekat, terpercaya dan keterikatan fisik dan emosional seperti pada suami, istri, anak saudara kandung dan mertua yang memberikan dukungan berupa sikap, tindakan dan perhatian yang sangat menentukan status kesehatan sehingga mempengaruhi kemandirian dalam aktivitas sehari-hari pasien paska stroke itu sendiri. Dengan adanya perhatian, kasih sayang dalam mendampingi pasien paska stroke, pasien merasa lebih nyaman, optimis dan termotivasi yakin

untuk sembuh sehingga aktivitas sehari-harinya dapat yang dilakukan secara mandiri. Fungsi dukungan keluarga, mempengaruhi baik dan kurangnya dukungan yang diberikan. Apabila salah satu dari fungsi dukungan keluarga kurang diberikan akan mempengaruhi proses pemulihan pasien paska stroke itu sendiri. Berdasarkan hasil penelitian dukungan penghargaan yang diberikan masih kurang, Dukungan keluarga yang kurang dalam bentuk penilaian seperti keluarga merasa terbebani dengan kondisi kesehatan pasien yaitu Kesibukan anggota keluarga lainnya menyebabkan keluarga merasa terbebani untuk mengikuti rehabilitasi stroke menemani rehabilitasi di rumah sakit karena waktu yang terbuang menjadi lebih lama (Haryanto 2013). Hal ini mengakibatkan pasien semakin depresi yang akan mempengaruhi hubungan sosialnya dan mengalami ketergantungan dalam melakukan aktivitas sehari-harinya

Berdasarkan hasil penelitian ini juga didapatkan bahwa dukungan keluarga yang baik dan pasien mengalami ketergantungan melakukan *activity daily livingnya*. Hal ini dipengaruhi oleh berat atau ringannya dampak serangan stroke bervariasi, tergantung pada lokasi dan luas daerah otak yang rusak Bila aliran darah terputus hanya pada area yang kecil atau terjadi pada daerah otak yang tidak rawan, efeknya ringan dan berlangsung sementara. Sebaliknya, bila aliran darah terputus pada daerah yang luas atau bagian otak vital, terjadi kelumpuhan yang parah sampai pada kematian (Nasution, 2011 dalam Haryanto, 2013). Hal ini sejalan dengan teori Feigin (2006) dalam Endrayani (2011) bahwa pada keadaan setelah stroke terjadi perubahan-perubahan yang menghambat aktivitas pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari.

Menurut asumsi peneliti tidak hanya dukungan keluarga yang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kemandirian *activity daily living* pasien paska stroke. Hal lain yang mempengaruhi adalah tingkat keparahan atau bagian otak yang terserang, yang dapat

mempengaruhi proses penyembuhannya. Salah satu dampak dari paska stroke adalah kelemahan fisik dan bahkan kelumpuhan anggota tubuh. Dan salah satu cara penanganan pasien paska stroke yaitu melalui rehabilitasi sejak dini akan membantu dalam memandirikan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Dengan adanya dukungan keluarga juga sangat membantu memotivasi perubahan tingkat kemandirian pasien paska stroke, dari ketergantungan berat menjadi sedang, dan sedang menjadi ringan dan dari ringan menjadi mandiri.

Selain itu umur juga sangat berpengaruh pada kemandirian *activity daily living* pasien paska stroke. penelitian Fadillaah (2011) mengemukakan bahwa setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatannya. Dimana semakin bertambah umur seseorang akan mengalami penurunan fungsional dan berdampak pada kelemahan fisik yang akan mempengaruhi kemandirian *activity daily living* pasien paska stroke. Dari hasil penelitian ini sebagian besar pasien paska stroke berada pada rentang lansia.

Menurut asumsi peneliti lansia paska stroke menimbulkan kekhawatiran bagi keluarga yang berlebihan dan membutuhkan bantuan yang dapat menyebabkan ketergantungan aktivitas sehari-hari yang lebih tinggi dan sebaliknya dukungan keluarga yang tepat akan memperbaiki atau mempertahankan kemampuan aktivitas sehari-hari lansia (Soejono 2002).

Pengaruh dari peran keluarga dalam mendukung proses penyembuhannya misalnya kesetiaan dan support keluarga dalam mendampingi pasien mengikuti program rehabilitasi secara teratur. Kemampuan lansia dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari jika dukungan keluarga yang optimal diberikan maka lansia terdorong untuk mandiri dalam aktivitas sehari-hari, sehingga status kesehatannya meningkat, jika tidak ada dukungan keluarga maka

lansia akan tergantung dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari, maka status kesehatannya menurun. Penelitian yang dilakukan Putri (2014) menyatakan bahwa penurunan kondisi fisik saat memasuki masa usia lanjut akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri individu, salah satunya yaitu susunan sistem saraf dimana lanjut usia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dan akan menjadi lebih parah bila lansia mengalami stroke, karena beberapa bagian tubuhnya tidak dapat digerakkan atau menjadi terbatas gerakannya.

Hal ini juga dipengaruhi oleh dampak psikologis dari stroke yaitu pasien menjadi depresi dan pesimis untuk penyembuhannya. Dan kondisi pasien seperti ini akan membuat keluarga ikut terpuruk dalam menghadapi pasien dan merasa sebagai suatu beban dalam mengurus dan membantu meningkatkan kemandirian *activity daily living* lansia paska stroke.

Selain itu dukungan keluarga dapat membantu perawat dalam perencanaan program penyembuhan stroke (Sutrisno,2007 dalam Haryanto,2013). Salah satu cara penanganan pasien paska stroke yaitu melalui rehabilitasi sejak dini akan membantu dalam memandirikan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Dengan adanya dukungan keluarga juga sangat memotivasi perubahan tingkat kemandirian pasien paska stroke.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 33 responden pada tanggal 29 Februari-14 Maret 2016 di RS Stella Maris Makassar maka dapat disimpulkan:

1. Dukungan Keluarga terhadap pasien paska stroke di RS Stella Maris Makassar sebagian besar menunjukkan dukungan keluarga yang baik
2. Sebagian besar pasien paska stroke di RS Stella Maris Makassar dapat melakukan *Activity Daily Living* secara mandiri
3. Ada hubungan dukungan keluarga dengan *Activity Daily Living* Pasien Paska Stroke di RS Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi keluarga pasien paska stroke
Perlu ditingkatkan pengetahuan melalui penerimaan berbagai informasi-informasi tentang penanganan pasien paska stroke yang dapat dilakukan. Dan disarankan kepada keluarga untuk lebih memperhatikan keadaan pasien dan untuk terus memotivasi dalam menjalankan rehabilitasi dan pengobatan.
2. Bagi pasien paska stroke
agar pasien mampu melakukan kegiatan dasar sehari-hari sehingga dapat mencegah timbulnya frekuensi serangan dan tingkat kemandirian yang maksimal bisa diminimalkan.
3. Bagi Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Lebih aktif dalam memberikan informasi langsung kepada keluarga atau memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan kepada

pasien paska stroke dalam menjalankan rehabilitasi. Informasi tersebut dapat diberikan dengan melakukan penyuluhan kesehatan kepada seluruh keluarga yang datang menemani pasien secara langsung.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai pedoman dan bahan informasi yang bermanfaat serta perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kemandirian *activity daily living* pada pasien paska stroke dengan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar.



DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, S. (2012). *Keperawatan Keluarga : Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*, Edisi I, Cetakan I, Yogyakarta : Graha Ilmu
- Ardi, M. (2011). *Analisis Hubungan Ketidakmampuan Fisik Dan Kognitif Dengan Keputusan Pada Pasien Stroke Di Makassar [Tesis]*. Fakultas Ilmu Universitas Indonesia. [http:// lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id). Diakses pada tanggal 21 November 2015
- Ariana, T. A.(2013). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta : Salemba Medika
- Aurin,V.(2008).*Mengenal dan Memahami Stroke*. <http://e-journal.uajy.ac.id> . Diakses pada tanggal 30 November 2015
- Batticaca, F., B. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Bustan, M., N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Rineka Cipta
- Brunner & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC
- Chusnul,K. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan*. <https://syariah.uin-malang.ac.id> . Diakses pada tanggal 25 November 2015
- Darusallam.,M. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan Hopelessness Pada Pasien Stroke Di Blitar.[Tesis]*. FIK UI Depok.. Diakses pada tanggal 11 April 2016
- Dewi, M., S. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Frekuensi Kunjungan Antenatal Care Pada Komunitas Ibu Slum Area Kelurahan Selapajang Jaya Kota Tangerang. [Tesis]*. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. [http :// repository.uinjkt.ac.id](http://repository.uinjkt.ac.id). Diakses pada tanggal 20 November 2015
- Dharma, K., K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian, cetakan I*. Jakarta: Trans Info Media
- Endriyani.,L. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Activities of Daily Living Pasien Post Stroke Di RSUD PKU*

Muhammadiyah Bantul. <http://opac.say.ac.id>. Diakses pada tanggal 10 April 2016

Fadillah., S.,Z. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pasien Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupten Jember. <http://repository.unej.ac.id>. Diakses pada tanggal 15 April 2016.

Friedman, M., M., dkk. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktik*, Edisi 5 Jakarta : EGC

Ginsberg, L. (2007). *Lecture Notes Neurologis*. Jakarta : Erlangga

Hariandja, J.R.C. (2013). *Identifikasi Kebutuhan Akan Sistem Rehabilitasi Berbasis Teknologi Terjangkau Untuk Penderita Stroke Di Indonesia*. Universitas Katolik Parahyangan
<http://journal.unpar.ac.id>. Diakses pada tanggal 25 November 2015

Haryanto dan Basuki. (2012). Study Deskriptif Dukungan Keluarga pada Paien Stroke yang Menjalani Rehabilitasi Stroke Di RSUD Bedah Perkalongan. <https://repository.usu.ac.id>. Diakses pada tanggal 28 November 2015

Khulaifah., S., Haryanto., J., Nihayati.,H. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Activity Daily Living Di Dusun Sembayat Timur kecamatan Manyar, Kabupaten Gresik. <http://journal.unair.ac.id>. Diakses pada tanggal 12 April 2016

Kurniati., F. (2013). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pelaksanaan Mobilisasi Pada Pasien Paska Operasi Appendicitis Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. <http://opac.say.ac.id>. Diakses pada tanggal 12 April 2016

Kusuma, H. (2011). Hubungan Antara Depresi Dan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS Yang Menjalani

- Perawatan Di RSUPN Cipto Manggunkusumo Jakarta. [Tesis].
<http://lib.ui.ac.id>. Diakses pada tanggal 25 November 2015
- Hidayat, A., A., A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Irdawati. (2009). *Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Perilaku Dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Paska Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
<http://eprints.ums.ac.id>. Diakses pada tanggal 17 November 2015
- Jayanti, A., A. (2015). *Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Di Sulawesi Selatan Tahun 2013 : (Analisis Data RISKESDAS 2013) [Skripsi]* SKM FIKK UI Syarif Hidayatullah.
<http://repository.uinjkt.ac.id>. Diakses pada tanggal 18 November 2015
- Jhonson & Leny. (2010). *Keperawatan Keluarga : plus contoh aspek keluarga*, cetakan I. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Margi. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemampuan Perawatan Diri (Self Care) pada pasien paska stroke.
<https://repository.wirma.ac.id>. Diakses pada tanggal 23 November 2015
- Mubarak, W., I. (2006). *Ilmu Keperawatan Komunitas 2 ; Teori & Aplikasi Dalam Praktik : Dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Keluarga*, cetakan I. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar; Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika
- Mulyatsih, E. (2008). *Stroke: Petunjuk Praktis Bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Paska Stroke*. <http://perpustakaan.poltekkes-denpasar.ac.id>
- Notoatmodjo.,S. (2005). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*, Edisi I. Yogyakarta : Nuho Medika
- Primasari,V.,O. (2011). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Ambulu*

Kabupaten Jember. [Skripsi]. <http://repository.unej.ac.id>. Diakses pada tanggal 21 November 2015

Putri.,D.,A.(2012). Hubungan Antara Kemandirian Dalam Melakukan Aktivitas Sehari-Hari Dengan Kepuasan Hidup Pada Lanjut Usia Yang Mengalami Stroke. <http://journal.unair.ac.id>. Diakses pada tanggal 12 April 2016

RISKESDAS. (2013). www.depkes.go.id. Diakses pada tanggal 17 November 2015

Sari,A.,M. (2011). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kunjungan Antenatal Care Pada Ibu Hamil Di Klinik Herona Medical Centre Kecamatan Ujung Kota Pare-Pare. [Skripsi]. Diakses pada tanggal 9 April 2016

Siahaan, D. (2011). Perawatan Penderita Stroke Di Rumah Oleh Keluarga Suku Batak Toba Di Pematangsiantar. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. <http://repository.usu.ac.id>. Diakses pada tanggal 27 November 2015

Stroke Association. (2014). Common Problem After Stroke. <http://www.stroke.org.uk>. Diakses pada tanggal 25 November 2015.

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R & D, Cetakan XVIII*. Bandung: Alfabeta

Suhartini.,S. (2013). Faktor- faktor yang mempengaruhi kemandirian lansia.<http://Damandiri.or.id>. Diakses pada tanggal 12 April 2016

Suparyanto, (2012). *Ketergantungan Activity Daily Living Pada Pasien Stroke.* <http://dr-suparyanto/2012/02/konsep-adl-activity-daily-living.html>. Diakses pada tanggal 16 November 2015.

Wijayanti, S. (2008). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Klien Gangguan Jiwa Di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit Grhasia ,Yogyakarta.* Fakultas Kedokteran Universitas

Muhammadiyah Yogyakarta.

<http://thesis.umi.ac.id>. Diakses pada tanggal 19 November 2015

Yayasan Stroke Indonesia-yastroki. (2012). <http://www.yastroki.or.id>.
Diakses pada tanggal 19 November 2015

Yenni, (2011). *Dukungan Keluarga Dan Karakteristik Lansia Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Perkotaan Bukit Tinggi* [Tesis]. Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Indonesia. <https://www.lib.ui.id>.
Diakses pada tanggal 20 November 2015.





**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

Nomor: 025/STIK-SM/S-1.52/11/2016.

Perihal : Izin Penelitian.

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di –
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. N a m a : Adriana Andrian Berek Tobi
N I M : C12142011059
2. Nama : Dina Paunno
NIM : C1214201109

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan keluarga Dengan Kemandirian Activity Daily Living Pada pasien pasca Stroke Di RS Stella Maris Makassar”

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Makassar, 11 Februari , 2016
Wakil Ketua I Bidang Akademik
STIK Stella Maris,

Sr. Anita Sampe, JMJ, SKep.Ns, MAN
NIDN: 0917107402



**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

Nomor : 28/STIK-SM/S-1.52/II/2016

Perihal : Permohonan Izin Penelitian.

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di —
MAKASSAR

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Andriana Andrian Berek Tobi
NIM : C1114201059
2. Nama : Dina paunno
NIM : C1214201109

Judul Penelitian : **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Activity Daily Living Pada Pasien paska Stroke Di RS Stella Maris Makassar ”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

Act Melat Penelitian

- Sta. Bernadeth I
- Sta. Bernadeth II
- Sta. Bernadeth III A
- Sta. Bernadeth III B
- Priburapi

Makassar, 11 Februari, 2016
Wakil Ketua I Bidang Akademik
STIK Stella Maris,


Sr. Anita Sampe, JMJ, SKep.Ns.MAN
NIDN: 0917107402



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : 681A.DJR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Andriana Andrian Barek Tobi
Tempat / Tanggal Lahir : Keningau, 9 Juli 1992
N I M : C. 12 14201 059
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Dina Paunno
Tempat / Tanggal Lahir : Haria, 30 Juli 1993
N I M : C. 12 14201 109
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di Unit Fisioterapi RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 29 Februari 2016 sampai dengan 14 Maret 2016 dengan judul :
“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Activity Daily Living Pada Pasien Paska Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 15 Maret 2016

Hormat kami,
Direktur,


RS. Stella Maris Sohartha, M. Kes

cc. Arsip

PERMOHONAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Yth. Bapak/Ibu

di Tempat

Dengan Hormat,

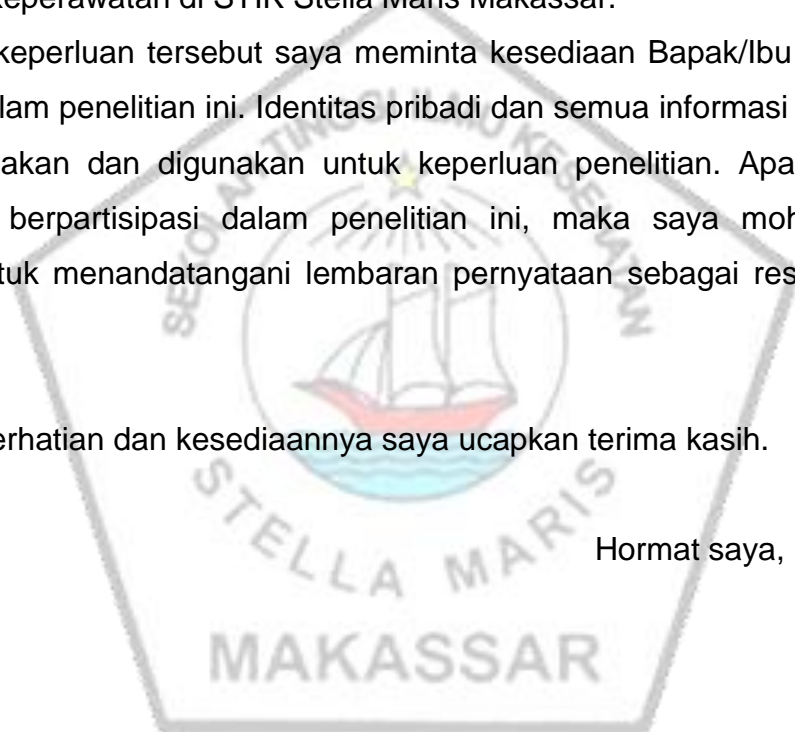
Saya mahasiswi STIK Stella Maris Makassar bermaksud akan mengadakan penelitian mengenai **“Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Activity Daily Living* Pada Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**

Penelitian ini merupakan salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program S1 Keperawatan di STIK Stella Maris Makassar.

Untuk keperluan tersebut saya meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Identitas pribadi dan semua informasi yang diberikan akan dirahasiakan dan digunakan untuk keperluan penelitian. Apabila Bapak/Ibu setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar pernyataan sebagai responden dalam penelitian ini.

Atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Activity Daily Living* Pada Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Peneliti : Andriana Andrian Berek Tobi
Dina Paunno

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (inisial) :
Umur :
Jenis kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapa pun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian *Activity Daily Living* Pada Pasien Paska Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar” yang dilaksanakan oleh Andriana Berek Tobi dan Dina Paunno dengan mengisi kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahsiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu keperawatan.

Makassar..... 2016

Responden

(.....)

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN ACTIVITY DAILY LIVING PADA PASIEN PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

A. Identitas Responden

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

B. Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan teliti pernyataan dan pertanyaan yang ada
2. Mohon bantuan dan kesediaan saudara/I untuk menjawab seluruh pernyataan dan pertanyaan dengan jujur dan sebenar-benarnya.
3. Berilah tanda checklist (√) pada kotak jawaban yang dipilih.

C. Kuesioner Dukungan Keluarga

No	Pernyataan	Jawaban			
		Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
1.	Keluarga menyiapkan makanan dan minuman untuk saya				
2.	Keluarga menyiapkan tongkat atau kursi roda untuk saya				
3.	Keluarga tidak memperhatikan menu makanan yang sehat untuk saya				

4.	Keluarga tidak menyiapkan alat-alat untuk perawatan diri saya				
5.	Keluarga mengingatkan saya untuk makan tepat waktu				
6.	Keluarga mengingatkan saya untuk berhati-hati saat ingin pergi ke toilet				
7.	keluarga tidak menanyakan kepada saya, masalah apa saja yang saya hadapi dalam melakukan aktifitas sehari-hari				
8.	Keluarga tidak mengingatkan saya untuk melakukan aktivitas sehari-hari bila saya lupa				
9.	Keluarga menemani dan mendampingi saya saat makan				
10.	Keluarga memperhatikan kegiatan sehari-hari yang saya lakukan				
11.	Keluarga tidak memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari				
12.	Keluarga mengeluh saat mendampingi saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari				
13.	Keluarga memberikan kesempatan kepada saya untuk meminta bantuan apabila saya tidak bisa mengontrol BAB atau BAK				
14.	Keluarga memberi kesempatan kepada saya untuk melakukan aktivitas harian seperti makan, mandi, berpakaian , dan merawat diri yang mampu saya lakukan				

15.	Keluarga memarahi saya saat saya tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari				
16.	Keluarga tidak menyakinkan saya bahwa saya mampu melakukan aktivitas sehari-hari				

D. Kuesioner *Activity Daily Living*

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		ya	Tidak
1.	Apakah anda memerlukan bantuan untuk memotong-motongkan makanan dan disuapi saat makan		
2.	Apakah anda bisa mandi sendiri		
3.	Apakah anda dibantu dalam melakukan perawatan diri seperti, menyisir rambut dan bercukur		
4.	Apakah anda menyiapkan pakaian dan berpakaian sendiri		
5.	Apakah anda memerlukan bantuan pergi ke toilet ketika anda ingin BAB atau BAK		
6.	Apakah anda dapat mengontrol BAK		
7.	Apakah anda dapat mengontrol BAB		
8.	Apakah anda memerlukan bantuan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya		
9.	Apakah anda berjalan menggunakan kursi roda atau tongkat		
10.	Apakah anda bisa berjalan sendiri		

Master Tabel
Hubungan dukungan keluarga dengan
***activity daily living* pada pasien**
paska stroke di Rumah Sakit
Stella Maris Makassar

No	Inisial	JK	Kode	Umur	Kode	Pendidikan	Kode	Pekerjaan	Kode
1	A	P	1	51	<u>2</u>	SMP	2	IRT	1
2	H	P	1	55	<u>2</u>	S1	6	pensiunan	3
3	W	L	2	52	<u>2</u>	SMA	3	pensiunan	3
4	M	P	1	57	<u>2</u>	S1	6	pensiunan	3
5	S	P	1	46	<u>1</u>	SMA	3	IRT	2
6	Y	P	1	54	<u>2</u>	SMA	3	IRT	1
7	K	L	2	70	<u>4</u>	SMA	3	pensiunan	3
8	A	L	2	74	<u>5</u>	D3	5	pensiunan	3
9	E	P	2	44	<u>1</u>	SMA	3	IRT	1
10	M	P	1	69	<u>4</u>	SMA	3	IRT	1
11	R	L	2	48	<u>1</u>	S1	6	PNS	5
12	K	P	1	56	<u>2</u>	SD	1	IRT	1
13	M	P	1	65	<u>3</u>	SMP	2	IRT	1
14	E	L	2	68	<u>4</u>	SMA	3	Buruh	2
15	J	L	2	54	<u>2</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
16	N	P	1	58	<u>3</u>	SMA	3	IRT	1
17	H	P	1	65	<u>3</u>	SMA	3	IRT	1
18	J	L	2	42	<u>1</u>	S1	6	PNS	5
19	S	P	1	55	<u>2</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
20	M	L	2	84	<u>6</u>	S3	7	Dr	7
21	H	P	1	60	<u>3</u>	D3	5	pensiunan	3
22	K	P	1	54	<u>2</u>	SD	1	IRT	1
23	M	L	2	64	<u>3</u>	SD	1	Buruh	2
24	W	L	2	53	<u>2</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
25	O	P	1	66	<u>4</u>	SMA	3	IRT	1
26	Z	L	2	43	<u>1</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
27	A	P	1	64	<u>3</u>	SMA	3	pensiunan	3
28	M	P	1	49	<u>1</u>	SPK	4	Perawat	6
29	O	L	2	68	<u>4</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
30	H	P	1	67	<u>4</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
31	J	L	2	53	<u>2</u>	SMA	3	Wiraswasta	4
32	P	P	1	43	<u>1</u>	SMP	2	IRT	1
33	E	L	2	63	<u>3</u>	D3	5	PNS	5

Lampiran 8

4	4	4	4	16	BAIK	3
3	2	3	3	11	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3

DUKUNGAN INFORMASIONAL				TOTAL	SKOR	KODE
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	3	4	15	BAIK	3
4	4	3	4	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	3	15	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3

Lampiran 8

4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3

DUKUNGAN EMOSIONAL				TOTAL	SKOR	KODE
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	4	4	4	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	4	4	4	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3

Lampiran 8

4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3

DUKUNGAN PENGHARGAAN				TOTAL	SKOR	KODE
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	1	1	10	CUKUP	2
3	3	3	2	11	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	3	3	14	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	3	4	15	BAIK	3
4	4	3	4	15	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	3	3	14	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	3	15	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	3	4	4	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
2	2	2	2	8	KURANG	1
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	3	4	15	BAIK	3

Lampiran 8

3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
4	4	4	3	15	BAIK	3
4	4	4	4	16	BAIK	3
3	3	3	3	12	CUKUP	2
4	4	4	4	16	BAIK	3



Lampiran 8

Dukungan Keluarga																Total	SKOR	kode
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	KURANG	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	58	BAIK	3
3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	46	CUKUP	2
4	2	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	62	BAIK	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	61	BAIK	3
4	1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	59	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	63	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	KURANG	1
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	62	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	62	BAIK	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	61	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	32	KURANG	1
3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	CUKUP	2
4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	60	BAIK	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3

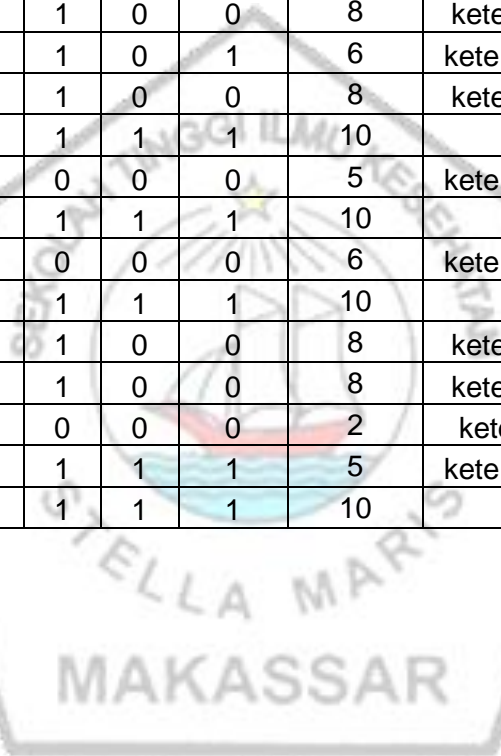
Lampiran 8

4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	63	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	CUKUP	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	BAIK	3

Activity Daily Living										Total	SKOR	Kode
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	ketergantungan berat	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	ketergantungan ringan	3
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	ketergantungan berat	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4

Lampiran 8

0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	7	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	6	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	5	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	6	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8	ketergantungan ringan	3
0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	ketergantungan berat	1
0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	ketergantungan sedang	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	mandiri	4



Hasil SPSS Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden dan Variabel Dukungan Keluarga Dengan *Activity Daily living* Pasien Paska Stroke.

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	33	33	33	33
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.73	1.45	3.42	2.82
Std. Error of Mean		.235	.088	.265	.297
Median		2.00	1.00	3.00	3.00
Mode		2 ^a	1	3	1
Std. Deviation		1.353	.506	1.521	1.704
Variance		1.830	.256	2.314	2.903
Range		5	1	6	6
Minimum		1	1	1	1
Maximum		6	2	7	7
Sum		90	48	113	93

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	42-49	7	21.2	21.2	21.2
	50-56	10	30.3	30.3	51.5
	57-63	4	12.1	12.1	63.6
	64-70	10	30.3	30.3	93.9
	71-77	1	3.0	3.0	97.0
	78-84	1	3.0	3.0	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	18	54.5	54.5	54.5
	Laki-laki	15	45.5	45.5	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	3	9.1	9.1	9.1
SMP	3	9.1	9.1	18.2
SMA	18	54.5	54.5	72.7
SPK	1	3.0	3.0	75.8
D3	3	9.1	9.1	84.8
S1	4	12.1	12.1	97.0
S3	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
IRT	12	36.4	36.4	36.4
Buruh	2	6.1	6.1	42.4
Pensiunan	7	21.2	21.2	63.6
Wiraswasta	7	21.2	21.2	84.8
PNS	3	9.1	9.1	93.9
Perawat	1	3.0	3.0	97.0
Dokter	1	3.0	3.0	100.0
Total	33	100.0	100.0	

Statistics

		Dukungan Keluarga Pasien Paska Stroke	Activity Daily Living Pasien Paska Stroke
N	Valid	33	33
	Missing	0	0
Mean		2.58	3.09
Std. Error of Mean		.115	.176
Median		3.00	3.00
Mode		3	4
Std. Deviation		.663	1.011
Variance		.439	1.023
Range		2	3
Minimum		1	1
Maximum		3	4
Sum		85	102

Dukungan Keluarga Pasien Paska Stroke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	3	9.1	9.1	9.1
	cukup	8	24.2	24.2	33.3
	baik	22	66.7	66.7	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Activity Daily Living Pasien Paska Stroke

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ketergantungan berat	3	9.1	9.1	9.1
	ketergantungan sedang	6	18.2	18.2	27.3
	ketergantungan ringan	9	27.3	27.3	54.5
	mandiri	15	45.5	45.5	100.0
	Total	33	100.0	100.0	

Hasil SPSS Hubungan Dukungan Keluarga Dengan *Activity Daily Living* Pasien Paska Stroke.

dukungan keluarga paska stroke * activity daily living paska stroke Crosstabulation

		activity daily living paska stroke				Total	
		ketergantungan berat	ketergantungan sedang	ketergantungan ringan	mandiri		
dukungan keluarga paska stroke	kurang	Count	1	2	0	0	3
		Expected Count	.3	.5	.8	1.4	3.0
		% within dukungan keluarga paska stroke	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		% within activity daily living paska stroke	33.3%	33.3%	0.0%	0.0%	9.1%
		% of Total	3.0%	6.1%	0.0%	0.0%	9.1%
	cukup	Count	1	2	4	1	8
		Expected Count	.7	1.5	2.2	3.6	8.0
		% within dukungan keluarga paska stroke	12.5%	25.0%	50.0%	12.5%	100.0%
		% within activity daily living paska stroke	33.3%	33.3%	44.4%	6.7%	24.2%
		% of Total	3.0%	6.1%	12.1%	3.0%	24.2%
	baik	Count	1	2	5	14	22
		Expected Count	2.0	4.0	6.0	10.0	22.0
% within dukungan keluarga paska stroke		4.5%	9.1%	22.7%	63.6%	100.0%	

Lampiran 9

Total	% within activity daily living paska stroke	33.3%	33.3%	55.6%	93.3%	66.7%
	% of Total	3.0%	6.1%	15.2%	42.4%	66.7%
	Count	3	6	9	15	33
	Expected Count	3.0	6.0	9.0	15.0	33.0
	% within dukungan keluarga paska stroke	9.1%	18.2%	27.3%	45.5%	100.0%
	% within activity daily living paska stroke	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.1%	18.2%	27.3%	45.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.000 ^a	6	.020
Likelihood Ratio	15.413	6	.017
Linear-by-Linear Association	10.474	1	.001
N of Valid Cases	33		

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

Pengabungan Sel

DK_2 paska stroke * activity daily living paska stroke Crosstabulation

		activity daily living paska stroke				Total	
		ketergantun gan berat	ketergantun gan sedang	ketergantun gan ringan	mandiri		
DK_2 paska stroke	kurag+cukup	Count	2	4	4	1	11
		Expected Count	1.0	2.0	3.0	5.0	11.0
		% within DK_2 paska stroke	18.2%	36.4%	36.4%	9.1%	100.0%
		% within activity daily living paska stroke	66.7%	66.7%	44.4%	6.7%	33.3%
		% of Total	6.1%	12.1%	12.1%	3.0%	33.3%
	baik	Count	1	2	5	14	22
		Expected Count	2.0	4.0	6.0	10.0	22.0
		% within DK_2 paska stroke	4.5%	9.1%	22.7%	63.6%	100.0%
		% within activity daily living paska stroke	33.3%	33.3%	55.6%	93.3%	66.7%
		% of Total	3.0%	6.1%	15.2%	42.4%	66.7%

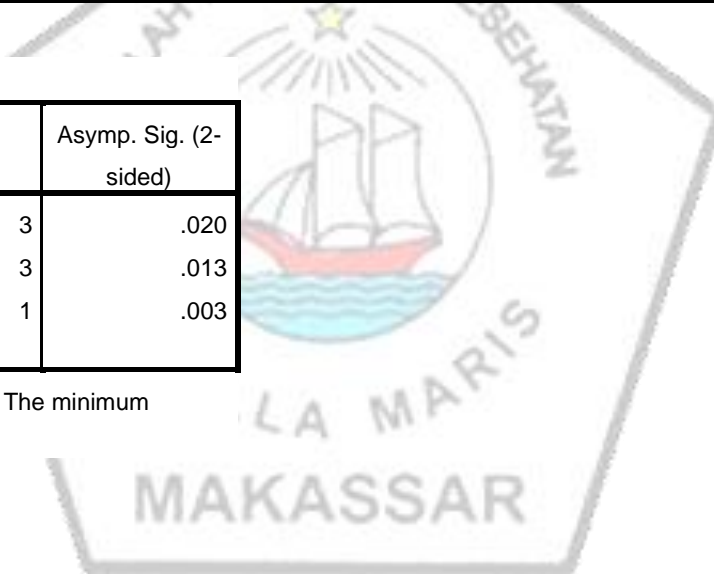
Lampiran 9

Total	Count	3	6	9	15	33
	Expected Count	3.0	6.0	9.0	15.0	33.0
	% within DK_2 paska stroke	9.1%	18.2%	27.3%	45.5%	100.0%
	% within activity daily living paska stroke	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	9.1%	18.2%	27.3%	45.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.800 ^a	3	.020
Likelihood Ratio	10.839	3	.013
Linear-by-Linear Association	8.533	1	.003
N of Valid Cases	33		

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.



Lampiran 9

Frequencies

	DK_2 paska stroke	N
activity daily living paska stroke	kurag+cukup	11
	baik	22
	Total	33

Kolmogorov Smirnov

Test Statistics^a

		activity daily living paska stroke
Most Extreme Differences	Absolute	.545
	Positive	.000
	Negative	-.545
Kolmogorov-Smirnov Z		1.477
Asymp. Sig. (2-tailed)		.025

a. Grouping Variable: DK_2 paska stroke

