



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN
PASCA STROKE DI POLIKLINIK
FISIOTERAPI RS STELLA
MARIS MAKASSAR**

PENELITIAN NON- EXPERIMENTAL

OLEH :

**ASCHRIANI PABENDON
(CX1414201121)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2016**



SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN
PASCA STROKE DI POLIKLINIK
FISIOTERAPI RS STELLA
MARIS MAKASSAR**

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

PENELITIAN NON- EXPERIMENTAL

OLEH :

**ASCHRIANI PABENDON
(CX1414201121)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2016**

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN
PASCA STROKE DI POLIKLINIK
FISIOTERAPI RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

**ASCHRANI PABENDON
NIM : CX1414201121**

Disetujui Oleh :

Pembimbing



**(Rosdewi, S.Kp., MSN)
NIDN: 0906097002**

**Bagian
Akademik dan Kemahasiswaan**

**(Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep., Ns., MAN)
NIDN: 0917107402**

HALAMAN PENGESAHAN

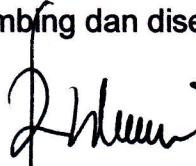
SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU KELUARGA
TENTANG PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK
FISIOTERAPI RS STELLA MARIS MAKASSAR**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

ASCHRANI PABENDON (CX1414201121)

Telah dibimbing dan disetujui oleh :



(Rosdewi, S.Kp, MSN)
NIDN.0906097002

Telah diuji dan dipertahankan dihadapan penguji pada tanggal 25 April
2016 dan telah dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima.

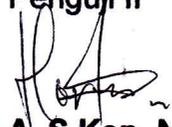
Susunan Dewan Penguji

Penguji I



(Rosdewi, S.Kp, MSN)
NIDN.0906097002

Penguji II



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

Penguji III



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

Makassar, April 2016
Program S1 Keperawatan Dan Ners
KETUA STIK STELLA MARIS MAKASSAR

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aschriani Pabendon

Nim : CX1414201121

Menyatakan dengan sungguh – sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, April 2016

Aschriani Pabendon

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aschriani Pabendon

Nim : CX1414201121

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.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Mei 2016

Yang menyatakan,

Aschriani Pabendon

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaannya sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di RS Stella Maris Makassar.” Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi menyempurnakan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, begitu banyak bantuan dan semangat dari berbagai pihak karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tulus terutama kepada.

1. Ibu Henny Pongantung, S.kep, Ns, MSN selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep, Ns, MAN selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
3. Dr Thomas Suharto ,MMR selaku Direktur Rumah Stella Maris Makassar dan Staf Direksi yang telah memberikan izin kepada penulis .dalam melanjutkan pendidikan,dan juga memberikan izin dalam melakukan penelitian.
4. Ibu Rosdewi, S.Kp, MSN selaku pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan dalam proses pembuatan hingga selesainya skripsi ini.
5. Ibu Lorantina A., S.Kep., Ns., M.Kep & Ibu Theresia Limbong., SKM., M.Kes selaku penguji yang telah memberikan saran dan arahnya.

6. Seluruh dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendukung dalam proses pembuatan hingga selesainya skripsi ini.
7. Teristimewa ucapan terima kasih kepada orang tua Aschriani Pabendon yaitu Christina Pabendon & Andarias Asis yang telah memberikan semangat, nasehat, doa serta dukungan, dan segala bentuk cinta kasih selama proses perkuliahan, penyusunan hingga penyelesaian skripsi ini.
8. Seluruh teman-teman seperjuangan STIK Stella Maris Makassar khususnya S1 Khusus angkatan ke-6 yang telah memberikan masukan melalui diskusi-diskusi yang bermakna, kenangan bersama kalian tidak akan terlupakan.
9. Sahabat dan teman-teman terdekat Aschriani Pabendon yaitu Elisa Yusvin, Feby Pasau, Irma Kituk, Delvy, Rifka, Kakak Conny yang telah memberikan dukungan dan doa selama pembuatan skripsi ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung dan membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspiratif untuk melaksanakan penelitian selanjutnya.

Makassar, April 2016

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RS STELLA MARIS MAKASSAR. (dibimbing oleh ROSDEWI)

ASCHRIANI PABENDON
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
(+ 51 halaman+ 24 daftar pustaka+ 10 tabel+ 7 lampiran)

Perawatan pasien pasca stroke membutuhkan waktu dan proses yang cukup lama, dalam proses perawatan tersebut membutuhkan bantuan keluarga untuk membantu dalam pemenuhan aktifitas sehari-harinya. Pengetahuan sangat diperlukan untuk menunjang perilaku yang baik dalam perawatan pasien pasca stroke. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional study*. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat penderita pasca stroke yang sedang menjalani perawatan rehabilitasi di ruangan poliklinik fisioterapi RS Stella Maris Makassar, dengan jumlah sampel yaitu sebanyak 27 responden yang diambil dengan menggunakan teknik *Nonprobability Sampling* dengan pendekatan *Consecutive Sampling*. Analisa dengan menggunakan uji statistik Chi Square dan dibaca pada nilai *Fisher's Exact* dengan tingkat kemaknaan ($\alpha = 0,05$) dan diperoleh nilai $p = 0,007$. Dari hasil tersebut dapat dilihat bahwa nilai $p < \alpha$, Dengan demikian dapat diartikan bahwa terdapat hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di RS Stella Maris Makassar.

Kata kunci : *pengetahuan, perilaku, perawatan pasca stroke*

Kepustakaan : 24 (2007-2015)

ABSTRACT

KNOWLEDGE FAMILY RELATIONSHIPS WITH FAMILY BEHAVIOR ON THE TREATMENT OF PATIENTS AFTER STROKE IN RS STELLA MARIS MAKASSAR.

(Supervised by ROSDEWI)

ASCHRIANI PABENDON

S1 S1 NURSING PROGRAM AND nurses

(+ 51 pages + 24 bibliographical + 10table + 6 appendix)

Post-stroke patient care takes time and a fairly long process, the treatment process will require the help of the family to assist in the fulfillment of his daily activities. Knowledge is needed to support good behavior in the treatment of post-stroke patients. The purpose of this study to determine the relationship of family to family behavior knowledge about post-stroke patient care. This research is an analytic observational research with cross sectional study. The sample in this study is the family taking care of post-stroke patients who are undergoing rehabilitation treatment at the clinic, physiotherapy, hospital room Stella Maris Makassar, with the number of samples as many as 27 respondents drawn using the technique nonprobability Consecutive Sampling Sampling approach. Statistical analysis using Chi Square test and test alternatif ie Fisher's Exact test with significance level ($\alpha = 0.05$) and the obtained value of $p = 0.007$. From these results it can be seen that the value of $p < \alpha$, Thus it can be interpreted that there is a relationship with the family knowledge about family behavior post-stroke patient care in hospitals Stella Maris Makassar. Increased knowledge can support with confidence towards a positive behavior in the treatment of post-stroke patients.

Keywords : *knowledge, behavior, post-stroke care*
Bibliography : 24 (2007-2015)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Penelitian	5
1. Institusi Pendidikan	5
2. Praktek Keperawatan.....	5
3. Masyarakat	5
4. Peneliti	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan umum tentang pengetahuan.....	6

1. Pengertian pengetahuan.....	6
2. Tingkat pengetahuan	6
3. Sumber pengetahuan	7
4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	8
5. Cara memperoleh pengetahuan	9
6. Pengukuran pengetahuan	10
B. Tinjauan umum tentang perilaku	10
1. Pengertian perilaku	10
2. Bentuk perilaku	11
3. Faktor-faktor yang berperan dalam perilaku	11
C. Tinjauan umum tentang stroke.....	12
1. Pengertian stroke.....	12
2. Klasifikasi stroke	12
3. Etiologi	13
4. Patofisiologi	13
5. Manifestasi klinik	16
6. Faktor resiko stroke	16
7. Dampak dari pasca stroke	18
8. Penatalaksanaan	19
D. Tinjau umum tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah	20
1. Posisi tempat tidur dan terapi fisik	20
2. Duduk, berdiri dan berjalan	21
3. Perawatan kulit	22
4. Kebutuhan nutrisi	23
5. Mengatasi gangguan berbicara	24
6. Mengatasi masalah gangguan memori	25
7. Mengatasi masalah emosional	26
8. Mencegah cedera dan jatuh	26
9. Kepatuhan dalam pengobatan	27

10. Kebutuhan buang air kecil (BAK)	27
11. Kebutuhan buang air besar (BAB)	27
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ..	29
A. Kerangka Konseptual	29
B. Hipotesis	31
C. Definisi Operasional	31
BAB IV METODE PENELITIAN	33
A. Jenis Penelitian	33
B. Tempat dan Waktu Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel	33
D. Instrumen Penelitian	34
E. Pengumpulan Data	35
F. Pengolahan Data	36
G. Analisa Data	37
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil penelitian	38
1. Pengantar	38
2. Gambaran dan lokasi penelitian	38
3. Karakteristik responden	40
4. Hasil analisa variabel yang diteliti	41
a. Analisa univariat	41
b. Analisa bivariat	43
B. Pembahasan	43
BAB VI PENUTUP	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian	31
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan umur	40
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan	40
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan	41
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi berdasarkan pengetahuan keluarga	41
Tabel 5.8 Distribusi frekuensi berdasarkan perilaku keluarga	42
Tabel 5.9 Hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke	43

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep.....	30

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar persetujuan responden
- Lampiran 2 : Lembar permohonan menjadi responden
- Lampiran 3 : Kuisuiner penelitian
- Lampiran 4 : Master tabel
- Lampiran 5 : Hasil Uji Statistik
- Lampiran 6 : Rancangan jadwal kegiatan
- Lampiran 7 : Surat keterangan telah menyelesaikan penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah serangan otak yang timbul secara mendadak dimana terjadi gangguan fungsi otak sebagian atau menyeluruh sebagai akibat dari gangguan aliran darah atau karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah tertentu di otak, sehingga menyebabkan sel-sel otak kekurangan darah, oksigen atau zat-zat makanan dan akhirnya dapat terjadi kematian sel-sel dalam waktu relatif singkat (Yayasan Stroke Indonesia, 2009).

Di negara maju stroke merupakan penyakit mematikan setelah jantung dan kanker. Sedangkan di Indonesia sendiri merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Menurut World Stroke Organization (WSO) 2010 saat ini telah diperkirakan 1 dari 6 orang diseluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidupnya. Berdasarkan data, angka kejadian stroke meningkat secara dramatis seiring usia. Setiap penambahan usia 10 tahun sejak usia 35 tahun, resiko stroke meningkat dua kali lipat dan hipertensi sebagai faktor resiko utama di Indonesia juga semakin meningkat, maka diperkirakan dimasa yang akan datang sekitar 12 juta penduduk Indonesia berumur diatas 35 tahun memiliki potensi terkena serangan stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2009).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Rinkerdas) di Indonesia tahun 2007 kasus stroke di wilayah perkotaan di 33 provinsi dan 440 kabupaten mengumpulkan sebanyak 258.366 sampel rumah tangga, perkotaan 987.205 untuk pengukuran berbagai variabel kesehatan masyarakat, dan hasilnya adalah bahwa penyakit stroke merupakan penyebab kematian utama dikalangan penduduk perkotaan 19,4%. Selain itu data Rinkerdas

tahun 2013, prevalensi stroke umur 15 tahun di Sulawesi Selatan menjadi peringkat pertama tertinggi dari 33 provinsi yaitu sebanyak 17,9%.

Kematian akibat stroke pada serangan pertama adalah 30%-35%, dan kemungkinan terjadi kecacatan mayor pada yang selamat adalah 35%-40% dari jumlah tersebut membutuhkan perawatan lanjutan di rumah dan juga membutuhkan bantuan aktivitas hidup sehari-hari.

Ketika pasien stroke pulang ke rumah masih meninggalkan gejala sisa, misalnya : keadaan kehilangan motorik, kehilangan komunikasi atau kesulitan bicara, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif, disfungsi kandung kemih dan efek psikologik. Sehingga perawatan harus diberikan secara terus menerus agar kondisi penderita pasca stroke membaik, penyakitnya terkontrol, resiko serangan stroke berulang menurun dan tidak terjadi komplikasi atau bahkan kematian yang mendadak. Untuk itu keluarga dituntut untuk mengetahui bagaimana perawatan penderita pasca stroke, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan penderita (Mulyatsih, 2008).

Perawatan pasien pasca stroke itu sendiri meliputi : (1) Posisi tempat tidur dan terapi fisik. (2) Duduk, berdiri dan berjalan. (3) Perawatan Kulit. (4) Kebutuhan nutrisi. (5) Mengatasi gangguan berbicara. (6) Mengatasi masalah gangguan memori. (7) Mengatasi masalah emosional. (8) Mencegah cedera jatuh. (9) Kepatuhan dalam pengobatan. (10) Kebutuhan buang air kecil (BAK). (11) Kebutuhan buang air besar (BAB).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya di kelurahan Cinangka kecamatan Sawangan diketahui terdapat 30 orang penderita pasca stroke, dari hasil penelitian tersebut didapatkan pengetahuan keluarga mengenai stroke cukup adalah 38,5% dan kurang adalah 3,8%. Dan penelitian yang dilakukan di Kelurahan

Dwikora Medan yang membahas tentang pengetahuan keluarga dengan sikap dan tindakan dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke, yang mempunyai 30 sampel dan didapatkan hasil pengetahuan keluarga baik 43,3%, cukup baik 56,7% dan kurang baik 6,7%. Dan sikap keluarga dengan hasil baik 50,0%, cukup baik 36,7% dan kurang baik 13,3%. Sedangkan tindakan keluarga didapatkan baik 36,7%, cukup baik 56,7% dan kurang baik 6,7%. Dari beberapa penelitian tersebut maka dapat mengambil kesimpulan pengetahuan erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambil dalam merawat penderita pasien pasca stroke, karena dengan pengetahuan tersebut keluarga memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan.

Pada pengambilan data awal yang dilakukan di ruangan fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pada tahun 2013 terdapat 41 orang, pada tahun 2014 terdapat 52 orang dan pada tahun 2015 terdapat 66 orang penderita pasca stroke yang telah melakukan perawatan rehabilitasi di fisioterapi RS Stella Maris. Sedangkan penderita yang masih aktif menjalani terapi di RS Stella Maris terdapat ± 35 orang.

Kurangnya pengetahuan keluarga akan menyebabkan keluarga salah persepsi, gelisah, cemas, dan salah dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami pasca stroke. Selain itu juga kurangnya pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami pasca stroke akan berdampak pada penderita itu juga, seperti akan terjadi pola makan yang salah, stroke berulang, penderita juga tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, sampai komplikasi kepenyakit lainnya dan menyebabkan kematian. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti “Hubungan Pengetahuan keluarga dengan Perilaku Keluarga tentang perawatan Pasien Pasca Stroke”

B. Rumusan Masalah

Tingginya prevalensi penderita stroke di Indonesia khususnya di daerah Sulawesi Selatan serta proses pemulihan dan penyembuhan yang membutuhkan waktu yang cukup lama, akan membuat penderita stroke bergantung pada orang lain khususnya dalam hal ini keluarga ataupun orang-orang terdekat untuk dapat membantu dalam proses penyembuhannya salah satunya adalah perawatan. Namun, pada kenyataannya tidak semua keluarga ataupun orang terdekat yang merawat pasien dengan pasca stroke mempunyai pengetahuan yang baik mengenai stroke dan informasi yang baik mengenai perawatan yang tepat untuk penderita pasca stroke di rumah.

Berdasarkan pemaparan diatas maka rumusan dalam penelitian adalah “Apakah ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang perawatan penderita pasca stroke
- b. Mengidentifikasi perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke
- c. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan bahan kepustakaan untuk institusi pendidikan mengenai pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke.

2. Bagi praktek keperawatan

Meningkatkan kesadaran dan memotivasi perawat dalam hal pemberian *discharge planning* kepada keluarga sebelum pasien pulang ke rumah dan meningkatkan kesadaran perawat dalam hal melibatkan keluarga dalam perawatan rehabilitasi selama di rumah sakit.

3. Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat khususnya keluarga tentang perawatan penderita pasca stroke.

4. Bagi peneliti

Merupakan pengalaman dalam rangka menambah pengetahuan dan wawasan serta pengembangan diri dalam melakukan riset penelitian tentang hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan umum tentang pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga, yaitu proses melihat dan mendengar. Selain itu proses pengamalan dan proses belajar dalam pendidikan formal maupun informal (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, merupakan dominan yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (overt behaviour). Proses kognitif meliputi ingatan, pikiran, persepsi, simbol-simbol penalaran dan pemecahan persoalan (Lestari, 2015).

Pengetahuan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1999), pengetahuan diartikan segala sesuatu yang diketahui atau segala sesuatu yang berkenan dengan mata pelajaran.

Hasil dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah suatu proses mengingat dan mengenal kembali tentang sesuatu yang diperoleh dari hasil melihat dan mendengar untuk menentukan tindakan seseorang terhadap sesuatu yang akan dilakukannya.

2. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan adalah tingkat seberapa kedalaman seseorang dalam menghadapi, mendalami, memperdalam pengertian seperti sebagai mana manusia menyesuaikan masalah tentang konsep-konsep baru dan kemampuannya.

Untuk mengukur tingkat pengetahuan seseorang secara rinci terdiri dari enam tingkatan :

a. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu yang dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali bahan yang diterima atau dipelajari. Kata kerja yang dipelajari untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

b. Memahami (Comprehension)

Kemampuan tentang menjelaskan suatu objek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu kondisi atau situasi nyata.

d. Analisis (Analysis)

Kemampuan untuk menjabarkan materi kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi/penilaian terhadap suatu materi/objek.

3. Sumber Pengetahuan

a. Orang yang memiliki otoritas

Salah satu upaya seseorang mendapatkan pengetahuan yaitu dengan bertanya pada orang yang memiliki otoritas atau yang dianggapnya lebih tahu. Pada zaman moderen ini, orang yang ditempatkan memiliki otoritas, misalnya dengan

pengakuan melalui gelar, termasuk juga dalam hal ini misalnya, hasil publikasi resmi mengenai kesaksian otoritas tersebut, seperti buku-buku atau publikasi resmi pengetahuan.

b. Indra

Indra adalah peralatan pada diri manusia sebagai salah satu sumber internal pengetahuan. Dalam filsafat science moderen menyatakan bahwa pengetahuan pada dasarnya adalah dan hanyalah pengalaman-pengalaman konkrit kita yang terbentuk kerana presepsi indra, seperti persepsi penglihatan, pendengaran, perabaan, penciuman, pencicipan, dan lidah.

c. Akal

Dalam kenyataannya ada pengetahuan tertentu yang biasanya dibagun oleh manusia tanpa harus atau tidak biasa mempersepsinya dengan indra terlebih dahulu. Pengetahuan dapat diketahui dengan pasti dan dengan sendirinya karena potensi akal.

d. Intuisi

Salah satu sumber pengetahuan yang mungkin adalah intuisi atau pemahaman yang langsung tentang pengetahuan yang tidak merupakan hasil pemikiran yang sadar atau persepsi rasa yang langsung. Intuisi dapat berarti kesadaran tentang data-data yang langsung dirasakan.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Lestari, 2015 :

a. Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang bila ekonominya baik, tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan akan tinggi pula.

b. Kultur (budaya dan agama)

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring sesuai tidaknya dengan budaya yang ada apapun agama yang dianut.

c. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan maka akan mudah menerima hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut.

d. Pengalaman

Pengalaman disini berkaitan dengan umur dan pendidikan individu. Pendidikan yang tinggi, maka pengalaman akan lebih luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalamannya akan semakin banyak.

5. Cara Memperoleh Pengetahuan

a. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

a) Cara coba salah (Trial and Error)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba. Kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

b) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah dan berbagai prinsip orang lain yang menerima, mempunyai yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya

baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

c) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi dimasa lalu.

b. Cara moderen dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626) akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian.

6. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket dengan menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden yang disesuaikan dengan tingkat pengetahuan yang diukur.

B. Tinjauan umum tentang perilaku

1. Pengertian perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar), oleh karena itu perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme dan kemudian organisme tersebut merespon (Skinner, 1938)

Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengamalan serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Dengan kata lain, perilaku merupakan respon/reasi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Lestari, 2015)

Dari sudut biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. (Notoatmodjo, 2007)

2. Bentuk Perilaku

a. Perilaku pasif (respons internal)

Perilaku yang sifatnya masih tertutup, terjadi dalam diri individu dan tidak dapat diamati secara langsung. Perilaku ini sebatas sikap belum ada tindakan yang nyata.

b. Perilaku aktif (respons eksternal)

Perilaku yang sifatnya terbuka, perilaku aktif adalah perilaku yang dapat diamati langsung, berupa tindakan yang nyata.

3. Faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku

Munurut Notoatmodjo (2007) ada dua jenis faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku, yaitu :

a. Faktor internal

Faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri yaitu berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya untuk memperoleh pengaruh-pengaruh dari luar.

b. Faktor eksternal

Teori Lawrence green dalam Lestari (2015), ada faktor yang mempengaruhi perilaku individu :

a) Faktor yang mempermudah

Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lainnya yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat.

b) Faktor pendukung

Faktor ini mencakup fasilitas, sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan dan sebagainya.

c) Faktor pendorong

Yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, istri, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

C. Tinjauan umum tentang stroke

1. Pengertian stroke

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

Stroke adalah suatu "Brain Attack" atau serangan otak. Sesuai dengan istilah serangan, kejadian stroke hampir selalu tiba-tiba dengan gejala yang beragam (Mulyalsih & Ahmad, 2015).

Sedangkan menurut WHO (2002) stroke adalah manifestasi klinik dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh yang berlangsung dengan cepat.

Berdasarkan definisi diatas disimpulkan bahwa stroke adalah sindrom neurologi atau gangguan fungsi serebral yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba dengan gejala yang beragam yang dapat menimbulkan kecacatan.

2. Klasifikasi Stroke

Stroke dibagi dalam dua golongan, yaitu :

a. Stroke Hemoragik

Sekitar 70% stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya disebabkan oleh *rupture* atau pecahnya *aneurysma*, yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena *rupture* pada *arterovenomalformation* (AVM), yaitu suatu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena. Kedua jenis penyebab stroke perdarahan, yaitu

aneurysma dan AV merupakan kelainan anatomis pembuluh darah yang terbawa sejak lahir (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

b. Stroke Non Hemoragik

Stroke Non Hemoragik atau stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju keotak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal. Yang pertama karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah (*atherosclerosis*) dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah *thrombus*. Yang kedua akibat tersumbatnya pembuluh darah otakoleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* di jantung. *Thrombus* atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien yang terpasang ketup jantung buatan, setelah serangan *miokard infark akut*, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa fibrilasi atrial, yaitu irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

3. Etiologi

Penyebab stroke yang paling sering terjadi adalah :

- a. Penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan benda-benda darah pada dinding pembuluh darah.
- b. Pecahnya pembuluh darah akibat kelemahan pada dinding pembuluh darah atau kelainan pada keadaan darah itu sendiri.
- c. Endapan pada dinding pembuluh darah atau pada dinding jantung yang terlepas dan menyumbat pembuluh darah yang lebih kecil.

4. Patofisiologi

Trombus dan embolus pada pembuluh darah otak mengakibatkan aliran darah ke otak berkurang atau terhenti sama

sekali ke daerah distal otak yang mengalami thrombus dan emboli sehingga otak kekurangan sumber kalori berupa glukosa dan mineral lain serta oksigen. Isckemik terjadi ketika aliran darah menurun kurang dari 25ml/100g/menit. Akibatnya neuron tidak biasa mempertahankan metabolisme (respirasi) aerobnya. Mitokodria berubah menjadi respirasi anaerob sehingga menghasilkan asam laktat dan perubahan PH. Perubahan bentuk metabolisme ini juga mengakibatkan penurunan jumlah neuron dalam memproduksi *adenosine triphospate* (ATP), yang akan dijadikan sumber energi dalam aktivitas sel neuron berupa proses depolarisasi. Penurunan aliran darah serebral menyebabkan terjadinya daerah penumbrah dan berkembang menjadi daerah infark. Daerah penumbra yaitu daerah yang iskemik dan terdapat pada daerah sekitar yang mengelilingi daerah infark. Daerah ini dapat segera mengalami infark jika tidak dilakukan tindakan penyelamatan. Daerah ini dapat diselamatkan dengan meningkatkan aliran daerah cerebral menuju ke daerah tersebut dalam waktu yang cepat. Jika hal ini berlanjut akan mengakibatkan bertambahnya kerusakan pada selaput sel. Akibat yang di timbulkan adalah kalsium dan glutamate banyak terbuang dan terjadi vasokonstriksi dan menghasilkan radikal bebas. Proses ini memperbesar area infark pada penumbra dan memperberat gangguan neurologis terutama stroke isckemik. Area infark dan penumbra ini akan menimbulkan bertambah luasnya edema otak di sekitar penumbra dan infark sebagai akibat tekanan dan iskemik sehingga menyebabkan gangguan system saraf yang lebih luas yang bersifat sementara. Area edema ini akan berkurang dalam waktu beberapa jam atau beberapa hari sehingga gangguan saraf secara perlahan lahan dapat kembali normal sesuai dengan perkembangan proses yang terjadi.

Proses evolusi dari jaringan iskemik ke arah infark ini cukup cepat, iskemik selama 8 jam sampai 12 jam akan menimbulkan keadaan di mana neuron mengecil, sitoplasma, nucleus rusak dan sel mati, *Cerebral blood flow* (CBF), sebesar 18 ml per 100 gram/menit selama 4 jam akan menimbulkan infark CBF, sebesar 15 ml per 100 gram/menit akan menimbulkan infark dalam 3,5 jam, CBF 10 ml per 100 gram/menit akan menjadikan infark dalam 3 jam, CBF 5 ml per 100 gram/menit akan menimbulkan infark dalam 30 menit.

Stroke hemorragik terjadi sesuai dengan penyebab perdarahan otak dan lokasi perdarahannya. Perdarahan subarachnoid dapat terjadi akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling utama adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus willis dan kelaian bentuk Arteri Vena (AVM). Perdarahan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya tekanan dalam otak yang menimbulkan terjadinya proses penekanan dan merusak jaringan otak sekitarnya. Daerah yang tertekan tersebut selanjutnya akan mengalami herniasi dan menyebabkan edema sekunder akibat dari iskemik dan menambah tekanan intracranial semakin berat. Perdarahan subarachnoid juga di sebabkan oleh efek sekunder isckemik pada otak akibat terjadinya penurunan perfusi dan vasospasme. Perdarahan Intraserebral paling sering terjadi pada pasien stroke dengan hipertensi dan arterosklerosis.

Kerusakan sel otak ini akan menyebabkan deficit neurologis seperti kelumpuan, gangguan bicara, gangguan kognitif, gangguan psikologis dan gangguan kesadaran. Defisit neurologis ini berkaitan erat dengan daerah serebral yang terkena, akan tetapi deficit neurologis biasanya terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah infark, hal ini terjadi karena penyilangan jalur motor neuron, dan penyilangan terjadi pada diskus piramidalis (*Discussion of piramidalis*).

5. Manifestasi klinik

Menurut Arum (2015) tanda dan gejala stroke adalah :

- a. Merasakan lemah dan mati rasa atau baal pada bagian wajah, tangan, atau kaki terutama salah satu bagian tubuh.
- b. Tiba-tiba merasa kebingungan secara mendadak, gangguan berbicara atau sulit berbicara, gangguan pemahaman atau sulit mengerti.
- c. Mengalami masalah melihat suatu benda dengan kedua mata. Penglihatan tiba-tiba kabur seperti ada tirai yang menutup kedua mata.
- d. Mengalami masalah saat berjalan, terasa pusing dan kehilangan keseimbangan serta kordinasi.
- e. Mengalami sakit kepala yang sangat berat tanpa diketahui penyebab yang jelas.
- f. Perut mengalami rasa mual, panas, dan muntah-muntah terlalu sering.
- g. Pingsan mendadak, tiba-tiba mengalami kehilangan kesadaran.

6. Faktor resiko stroke

a. Faktor yang dapat diubah

a) Hipertensi (Tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang besar terjadinya serangan stroke. Hipertensi mengakibatkan gangguan aliran darah yang dimana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

b) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah di

tubuh, jika pusat pengaturan aliran darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah tersebut dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

c) Diabetes mellitus

Diabetes mellitus atau kencing manis mempunyai resiko mengalami stroke. Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

d) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah lebih tinggi. LDL yang lebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

e) Obesitas

Obesitas atau kegemukan merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tinggi kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas biasanya kadar LDL lebih tinggi dibanding dengan kadar HDL.

f) Merokok

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah yang menjadi sempit dan kaku.

Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

b. Faktor yang tidak dapat diubah

a) Usia

Semakin bertambahnya usia semakin besar pula resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses generasi (penuaan) yang terjadi secara alami. Pada orang-orang yang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak.

b) Jenis kelamin

Dibandingkan dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Hal ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya besar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah dari tubuh.

c) Riwayat keluarga

Jika salah satu anggota keluarga pernah menderita stroke maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga beresiko lebih tinggi untuk terkena stroke dibandingkan dengan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya. Maka dari itu diajarkan melakukan mengecek tekanan darah secara rutin untuk memperkecil resiko terkena stroke.

7. Dampak dari pasca stroke

Menurut WHO ada 4 aspek konsekuensi yang dapat di lihat dari stroke :

- a. Aspek patologi : membicarakan tentang anatomi, etiologi dan patofisiologi stroke secara klinik dan intervensi medic (surgical)

- b. *Impairment* : menggambarkan hilangnya fungsi fisiologis, psikologis, motorik, sensorik, intelektual, penglihatan, pendengaran yang disebabkan stroke.
- c. *Disability* : setiap hambatan, kehilangan kemampuan untuk berbuat sesuatu yang seharusnya mampu dilakukan orang sehat seperti melakukan aktifitasnya sehari-hari (mandi, ke toilet, menyisir rambut), tidak biasa jalan, gangguan bicara, menelan dan melihat akibat stroke.
- d. *Handicap* : halangan atau gangguan pada seseorang penderita stroke akibat impairment atau *disability* tersebut.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien stroke dibagi menjadi dua fase, yaitu fase akut dan fase rehabilitasi.

a. Fase akut

Pada fase ini kondisi hemodinamik pasien belum stabil, umumnya dalam perawatan di rumah sakit, bisa diruang rawat biasanya ataupun di unit stroke. Di bandingkan dengan perawatan diruang rawat biasa pasien yang di rawat di unit stroke memberikan *outcome* yang lebih baik. Pasien lebih mudah mandiri dan pasien lebih mudah kembali ke kehidupan sosialnya di masyarakat dan mempunyai kualitas hidup yang baik (Julia, 2013)

Fase akut stroke biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Pasien yang koma pada saat masuk dipertimbangkan mempunyai prognosis yang buruk. Sebaliknya pasien yang sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang adekuat (Brunner & Suddath, 2002).

b. Fase rehabilitasi

Rehabilitasi stroke adalah program pemulihan pada kondisi stroke yang bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik dan kemampuan fungsional pasien stroke, sehingga mereka mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Sasaran utama pada fase ini adalah pasien dengan keluarga meliputi perbaikan mobilitas, menghindari nyeri bahu, pencapaian perawatan diri, mendapatkan kontrol kandung kemih, perbaikan proses pikir, pencapaian beberapa bentuk komunikasi, pemeliharaan integritas kulit, perbaikan fungsi keluarga dan tidak adanya komplikasi (Brunner & Suddarth, 2002).

Pada fase rehabilitasi pasien dapat dirawat di rumah sakit di pusat rehabilitasi ataupun di rumah sendiri yang bergantung bergantung pada sejumlah faktor, termasuk status kesehatan, prognosis kelangsungan hidup dan ketergantungan pasien.

D. Tinjauan umum tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah

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. Proses pemulihan di rumah ini membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga dan pengasuh mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan bagaimana cara keluarga mengatasinya (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Beberapa perawatan penderita pasca stroke antara lain :

1. Posisi tempat tidur dan terapi fisik

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit, dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dibandingkan kaki. Sehingga biasanya pasien telah mampu belajar berjalan tetapi lengannya masih mengalami kelemahan.

Apabila sewaktu pulang ke rumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien se nyaman mungkin, tidur terlentang ataupun miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah. Posisi tangan atau kaki yang lemah sebaiknya diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak (edema) pada tangan dan kaki. Hindari tempat tidur pasien dari basah, lembab dan kotor. Dan usahakan seprai tempat tidur pasien tidak terlipat agar tidak terjadi gesekan pada kulit.

Keluarga dan pengasuh dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di rumah sakit. Untuk mempertahankan kekuatan otot latihan harus dilakukan oleh fisioterapis 3-4 kali seminggu, sedangkan sisa hari yang lain dapat dilakukan oleh keluarga. Pada pasien yang masih mengalami kelemahan anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah. Anjurkan pasien makan, minum dan mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang lemah dibawah pengawasan keluarga. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberi stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas sebelum sakit.

2. Duduk, Berdiri dan berjalan

Pada saat latihan mobilisasi seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan keseimbangan pada saat duduk, berdiri dan berjalan. Keluarga dapat membantu pasien duduk dengan cara, keluarga duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan keluarga yang lainnya berada disisi yang sehat. Letakkan tangan pada belakang punggung pasien kemudian tarik pasien kearah duduk tegak yang seimbang. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal di belakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah tangan yang lemah.

Untuk melatih keseimbangan pasien berdiri, keluarga dapat menyediakan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah dirinya sudah tegak atau belum. Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berdiri sendiri semaksimal mungkin. Keluarga dapat berdiri disamping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa nyaman. Selanjutnya, jika pasien sudah berdiri tegak keluarga dapat membantu pasien berjalan dengan cara berdiri pada sisi yang lemah atau berada dibelakang pasien. Untuk latihan berjalan hindari pemakaian alat bantu seperti tongkat, ataupun walker.

3. Perawatan kulit

Pada waktu pulang ke rumah kadang beberapa pasien pasca stroke belum mampu bergerak sendiri. Pada pasien ini beresiko mengalami luka dikulit akibat tekanan, sehingga peran keluarga sangat penting untuk mencegah terjadinya luka ini. Keluarga harus merubah posisi tidur pasien 2-3 jam baik siang maupun malam. Perhatikan daerah yang beresiko terjadinya luka, seperti tumit, lutut, bokong, siku, punggung telinga, khususnya pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Pada saat merubah posisi pasien, cobalah untuk mengangkat pasien

dan jangan menggeser untuk menghindari terjadinya luka. Upaya lain adalah mengoleskan pelembab atau minyak pada daerah yang tertekan. Bila pasien masih sering mengompol keluarga harus memperhatikan kebersihan daerah kemaluan dan mempertahankan supaya tetap kering. Kebersihan diri pasien juga harus dijaga oleh keluarga, seperti dalam pemenuhan perawatan diri, mandi, keramas, menggosok gigi. Keluarga juga harus membantu pasien untuk berpakaian dengan benar.

4. Kebutuhan nutrisi

Penderita stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari). Jika nafsu makan penderita berkurang maka penderita stroke dapat diberikan makanan ringan tinggi-kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2-3 jam, bersama dengan minuman suplemen. Penderita pasca stroke dianjurkan untuk mengonsumsi banyak sayur dan buah karena dapat menurunkan resiko stroke hingga 30%. Konsumsilah 5 porsi buah dan sayuran setiap hari. Pilihlah protein rendah lemak (Julia, 2013).

Kurangi konsumsi daging merah, sebaiknya konsumsilah ikan, ayam (tanpa kulit), karena kebanyakan daging merah mengandung lemak jenuh yang menyebabkan timbunan lemak pada pembuluh darah arteri. Kurangi konsumsi garam karena konsumsi garam yang berlebih dapat meningkatkan tekanan darah, selain itu hindari konsumsi makanan ringan yang mengandung garam. Konsumsilah makanan yang kaya akan serat karena makan yang kaya akan serat membantu mengontrol kadar lemak dalam darah. Konsumsilah sereal gandum, beras merah, dan roti. Hindari konsumsi makanan yang tinggi glukosa, hal ini mengurangi resiko Diabetes Mellitus yang

merupakan salah satu faktor resiko serangan stroke berulang (Julia, 2013)

Penderita stroke juga harus makan dalam posisi duduk, bukan berbaring untuk mencegah terjadinya aspirasi. Bila terpaksa harus makan ditempat tidur, pasien harus duduk tegak 60-90 derajat. Ketika pasien menelan ajurkan pasein untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Bila pasein masih terpasang selang atau NGT, selang atau NGT itu harus diganti secara periodik. Waktu penggantian selang tersebut tergantung bahan dari selangnya. Selang NGT adalah selang yang dimasukan kelambung melalui hidung pasien. Keluarga harus memahami bahwa bagi pasien yang mengalami gangguan menelan, cairan lebih berbahaya dari pada makanan lunak. Biasanya makanan cair diberikan setiap 6 kali sehari, yaitu jam 06.00 pagi, 09.00 pagi, 12.00 siang, 15.00 sore, 18.00 sore, dan 21.00 malam (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

5. Mengatasi gangguan berbicara

Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat berbicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan berbicara atau afasia. Secara umum afasia terbagi atas tiga jenis, afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global. Pasien afasia motarik ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan atau mengekspresikan kata-kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang lain. Sebaliknya, pasein afasia sensorik tidak memahami pembicaraan orang, tetapi pasien dapat mengeluarkan kata-kata. Akibatnya pasien dengan afasia sensorik terlihat tidak nyambung kalau diajak berbicara, oleh karena otak tidak mampu menginterpretasikan pembicaraan orang meskipun pendengarannya baik. Sedangkan bila kerusakan otak luas dan menyerang pusat

ekspresi dan pusat pengertian bicara di otak kiri, pasien akan mengalami afasia global. Pasien tidak mampu memahami pembicaraan orang lain dan tidak mampu mengungkapkan kata-kata secara verbal (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah, bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Bila keluarga mengabaikan pasien stroke yang mengalami afasia, misalnya mendiamkan atau menganggap seolah-olah pasien tidak memahami pembicaraan keluarga pasien akan merasa frustrasi dan sakit hati (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

Pada saat berbicara dengan pasien afasia usahakan agar wajah kita menghadap lurus dengan pasien. Hal ini akan membantu pasien melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita. Usahakan untuk menggunakan kalimat-kalimat pendek dan berikan tekanan pada kata-kata yang penting. Jika memungkinkan gunakan ekspresi wajah, gerakan tubuh irama suara sehingga pasien dapat memahami perkataan kita. Seringkali pasien stroke dengan afasia motorik merasa frustrasi karena tidak mampu mengungkapkan apa yang diinginkan, sebagai akibatnya pasien mudah marah atau mengamuk. Salah satu upaya untuk menanganinya dengan menyediakan papan komunikasi. Papan komunikasi ini berisi simbol atau gambar aktifitas kegiatan harian pasien. Untuk mempercepat pemulihan, pasien stroke yang afasia dianjurkan untuk berlatih dengan terapis wicara secara teratur minimal 2 kali seminggu (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

6. Mengatasi masalah gangguan memori

Pasien pasca stroke kadang juga mengalami gangguan fungsi luhur berupa gangguan memori atau gangguan gaya ingat. Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan melihat

foto album keluarga, teman, dan kerabat atau gambar-gambar yang dikenali oleh pasien. Selain itu keluarga juga dapat mengorientasi kembali pemahaman pasien terhadap tempat, waktu dan orang (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

7. Mengatasi masalah emosional

Sebagian pasien pasca stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi. Hal ini teruma terjadi pada pasien stroke dengan afasia. Emosi labil ditandai dengan pasien mudah sekali menangis, atau kadang mudah tertawa. Sedangkan tanda dan gejala depresi antara lain bicara pasien menjadi pelan dan lambat, pasien menolak minum obat, tidak mempunyai motivasi untuk latihan fosioterapi, atau pasien menjadi sangat sensitif dan mudah tersinggung (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

Untuk mengatasi hal tersebut keluarga dapat memberi support mental dan selalu mengorientasikan pasien kepada reaita. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan kegiatan yang menyenangkan bersama-sama diluar rumah, atau mengikut sertakan pasien pada acara keluarga atau acara keagamaan (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

8. Mencegah cedera dan jatuh

Fakto resiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat-obat sedaktif, kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari, inkontenensia, gangguan penglihatan, dan kurang kekuatan tungkai bawah (Julia, 2013).

Indikasi terbaik bahwa pasien siap bergerak adalah ke itngkat mobilisasi yang lebih tinggi adalah kemampuan menoleransi tinggat mobilisasi yang telah mereka capai. Demi alasan keamanan, sebaiknya ada satu dua orang keluarga berdiri di samping penderita stroke, untuk membatu penderita teruma pada tahap-tahap awal (Julia, 2013).

9. Kepatuhan dalam pengobatan

Dukungan keluarga diketahui sangat penting dalam kepatuhan terhadap program pengobatan jangka panjang. Keluarga bertanggung jawab terhadap semua prosedur dan pengobatan keluarga yang sakit, seperti obat, penggunaan alat-alat khusus dan menjalankan latihan atau pengobatan lanjutan (Julia, 2013).

10. Kebutuhan buang air kecil (BAK)

Sekitar 85% pasien pasca stroke mengalami inkontenensia urin. Tanda dan gelajanya pasien tidak dapat menahan berkemih, urin keluar tanpa disadari oleh pasien, dan frekuensi berkemih yang meningkat. Pada siang hari, berikan pasien minum satu gelas setiap 2 jam. Untuk mengantisipasi pasien tidak ngompol, keluarga dapat menawarkan pasien untuk berkemih secara teratur setiap dua atau tiga jam. Upaya lain yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah dengan memakaikan pempres kepada penderita, jika tidak sebaiknya sediakan urinal yang mudah dijangkau oleh pasien, bagi beberapa penderita stroke yang sudah memiliki kondisi yang cukup bagus dapat langsung diantar ke kamar mandi oleh anggota keluarga namun harus tetap dijaga dengan ketat. Sebaiknya kamar mandi untuk penderita stroke disediakan pegangan disepanjang dinding untuk mencegah resiko jatuh. Pada pasien yang mengalami gangguan fungsi luhur atau bersikap kooperatif, keluarga dapat menganjurkan pasien untuk berlatih "Kagel Exercise" yaitu suatu latihan mengcangkan dan melemaskan otot-otot panggul yang bertujuan untuk menguatkan otot-otot panggul yang pada akhirnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol buang air kecil atau berkemih (Mulyalsih & Ahmad, 2015).

11. Kebutuhan buang air besar (BAB)

Masalah buang air besar pada pasien pasca stroke bervariasi, seperti konstipasi (sulit buang air besar), diare, buang air besar tidak terasa. Masalah yang paling sering ditemukan adalah konstipasi. Banyak hal yang menyebabkan terjadinya konstipasi, antara lain tirah baring lama, kurangnya aktifitas fisik, asupan kurang serat, kurang minum air dan efek samping obat. Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien bergerak aktif, mengonsumsi makanan yang tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter dan membiasakan diri duduk di kloset secara teratur setiap pagi.

BAB III

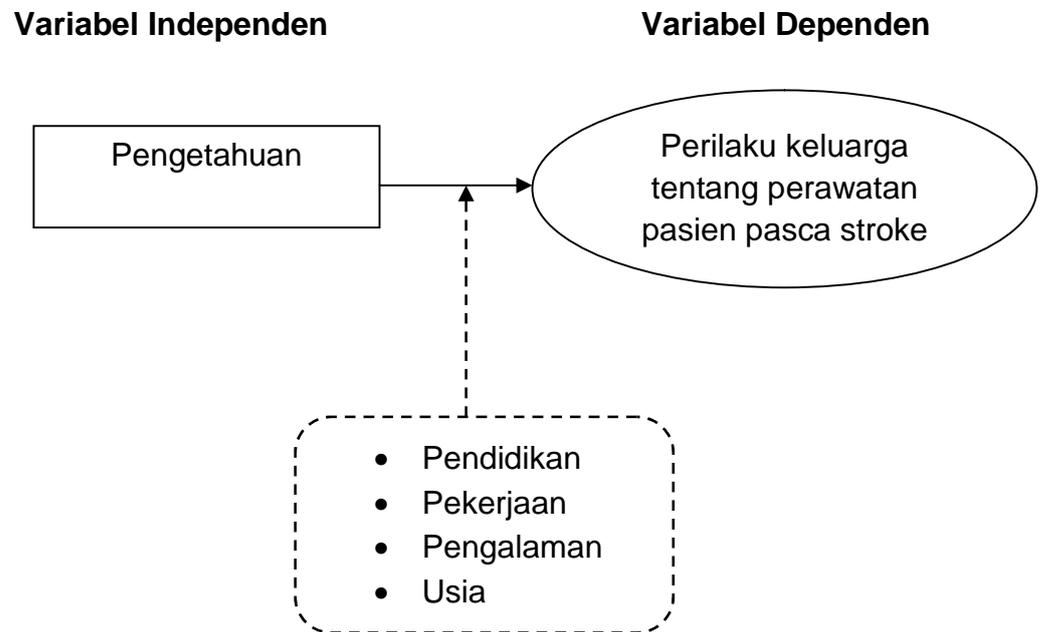
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Perawatan pasien pasca stroke membutuhkan waktu dan proses yang cukup lama, dalam hal ini peran keluarga sangat penting untuk membantu proses rehabilitasi yang sedang penderita lakukan baik perawatan rehabilitasi di rumah sakit maupun rehabilitasi yang dilakukan di rumah sendiri.

Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan panca indra manusia yaitu indra penglihatan, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari proses pengalaman dan proses belajar dalam pendidikan formal dan informal. Pengetahuan juga merupakan dominan yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behaviour*). Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

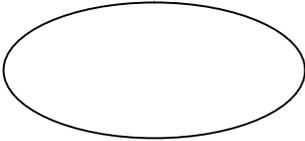
Oleh karena itu pengetahuan keluarga erat kaitanya dengan perilaku keluarga tentang perawatan penderita yang mengalami pasca stroke, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat penderita stroke, diantaranya : pendidikan, pekerjaan, dan pengalaman. Untuk memudahkan dalam pemahaman, maka kerangka konseptual dalam penelitian ini sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

 = Variabel Independen

 = Variabel Dependen

 = Variabel Perancu

B. Hipotesis penelitian

Berdasarkan teori yang ada ditinjau dari pustaka dan kerangka konsep di atas, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut : “ Ada Hubungan pengetahuan dengan Perilaku Keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke Di Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar”.

C. Defenisi operasional

Tabel 3.1

Defenisi operasional variabel penelitian

No	Varabel penelitian	Defenisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
1.	Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke	Sesuatu yang diketahui keluarga tentang perawatan pasien stroke	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan posisi dan latihan gerak sendi 2. Keseimbangan duduk, berdiri dan berjalan 3. Perawatan kulit 4. Pemenuhan nutrisi 5. Mengatasi gangguan berbicara 6. Mengatasi masalah gangguan memori 7. Mengatasi masalah emosional 	Kuisisioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baik jika skor 31-40 • Kurang jika skor 20-30

			8. Mencegah cedera dan jatuh 9. Kepatuhan dalam pengobatan 10. Kebutuhan buang air kecil (BAK) 11. Kebutuhan buang air besar (BAB)			
2.	Perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke.	Suatu aksi/reaksi keluarga dalam perawatan pasien pasca stroke.	1. Pengaturan posisi dan latihan gerak sendi 2. Keseimbangan duduk, berdiri dan berjalan 3. Perawatan kulit 4. Pemenuhan nutrisi 5. Mengatasi gangguan berbicara 6. Mengatasi masalah gangguan memori 7. Mengatasi masalah	Kuisisioner	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Baik jika skor 73-96 • Cukup jika skor 49-72 • Kurang jika skor 24-48

			emosional			
			8. Mencegah cedera dan jatuh			
			9. Kepatuhan dalam pengobatan			
			10. Kebutuhan buang air kecil (BAK)			
			11. Kebutuhan buang air besar (BAB)			

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan metode observasional analitik yang bertujuan untuk mencoba mencari hubungan antar variabel dengan cara mengamati atau observasi. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan *cross sectional* yang merupakan penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen yang dilakukan pada waktu yang bersamaan untuk melihat hubungan pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Poli Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat penelitian adalah di Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar. Alasan peneliti memilih lokasi, karena ruang fisioterapi merupakan tempat perawatan atau terapi lanjutan untuk pasien yang mengalami pasca stroke dan survei awal yang dilakukan oleh peneliti cukup banyak penderita pasca stroke yang melakukan terapi di tempat tersebut.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang merawat langsung penderita pasca stroke

yang sedang menjalani terapi di poli fisioterapi di RS Stella Maris Makassar. Dari hasil pengambilan data awal di ruang fisioterapi didapatkan jumlah pasien yang masih aktif menjalani rehabilitasi sampai bulan Januari 2016 sebanyak 35 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian anggota populasi yang dipilih dengan menggunakan prosedur tertentu sehingga diharapkan dapat mewakili populasi. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik sampling yang tidak memberi peluang yang sama bagi seluruh anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden yang diperlukan terpenuhi. Dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- a) Bersedia menjadi responden
- b) Responden merupakan keluarga yang merawat pasien pasca stroke secara langsung yang dapat berkomunikasi

b. Kriteria eksklusi

- a) Responden tidak bisa membaca dan menulis
- b) Responden berlatar pendidikan dan bekerja dalam bidang kesehatan.

3. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian. Dalam penelitian ini instrumen penelitian dilengkapi dengan data demografi berupa nama responden dan penderita stroke (initial), umur responden dan penderita stroke, pekerjaan dan pendidikan terakhir responden, jenis kelamin penderita stroke, lamanya menderita stroke dan lamanya perawatan di

rumah pada penderita pasca stroke. Pengumpulan data pada penelitian ini baik variabel independen dan dependen dilakukan dengan menggunakan kuisioner secara langsung kepada responden. Pada kuisioner A dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan keluarga tentang stroke dan perawatan pasien pasca stroke, dengan skala *Guttman*. Yaitu benar dan salah. Dimana “benar” diberi 2 dan “salah” diberi nilai 1, dengan jumlah pernyataan 20, pernyataan negatif 4 dan pernyataan positif 16. Kategori pengetahuan keluarga baik jika skor 31-40, kategori pengetahuan keluarga cukup jika skor 20-30. Pada kuisioner B dilakukan untuk mengetahui perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke, dengan skala *Likert*. Yaitu selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Dimana “selalu” diberi nilai 4, “sering” diberi nilai 3, “jarang” diberi nilai 2 dan “tidak pernah” diberi nilai 1, dengan jumlah pernyataan 24, pernyataan negatif 4 dan pernyataan positif 20. Kategori perilaku keluarga baik jika skor 73-96, kategori perilaku keluarga cukup jika skor 49-72 dan kategori perilaku keluarga kurang jika skor 24-48.

D. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini dipandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian sebagai berikut:

1. Informed consent

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

2. Anomity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, penetili tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembar tersebut akan diberikan inisial atau kode.

3. Confidentially

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung oleh penetili oleh objek yang akan diteliti.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah adalah data yang diambil oleh peneliti dari sumber lain, yang antara lain penelitian sebelumnya yang terkait dengan judul penelitian, data internet, data perpustakaan dan sebagainya.

E. Pengolahan data

1. Editing

Proses editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan keseragaman data.

2. Coding

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu dengan memberi simbol pada setiap kuisisioner yang telah diisi oleh responden.

3. Tabulasi

Data dioleh dalam bentuk tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan dependen. Penyajian data yang digunakan dalam bentuk tabel dimana data dimasukkan kedalam progaram SPSS untuk dilakukan pengolahan data.

F. Analisis Data

Untuk memperoleh hasil penelitian, peneliti melakukan analisis dengan cara yaitu :

1. Analisis univariat

Analisa univariat digunakan untuk menganalisis masing-masing variabel yang diteliti untuk melihat distribusi frekuensi dan presentasi dari pengetahuan keluarga dan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang disajikan dengan menggunakan uji statistik non parametrik yaitu chi-square dengan tingkat kemaknaan $= 0,05$ untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

Interpretasi :

- a. Apabila $p < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah
- b. Apabila $p \geq 0,05$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima artinya tidak ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 28 Februari 2016 sampai dengan 28 Maret 2016. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik consecutive sampling yang merupakan cara pengambilan sampel yang dilakukan dengan memilih sampel yang memenuhi kriteria peneliti sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel terpenuhi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan computer program SPSS for windows versi 20. Kemudian data dianalisis dengan menggunakan uji statistik chi-square dengan tabel 2x2. Hasil analisis dari kedua variabel diatas yaitu ada dua sel yang memiliki nilai Expected Count (nilai harapan) kurang dari 5 sehingga dibaca pada uji alternatif chi-square yaitu nilai fisher (Fisher's exact). Dari hasil uji statistik diperoleh $p = 0,007$ dan $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan $p < \alpha$, maka dapat disimpulkan ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

2. Gambaran umum 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 Jl. 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 membuahakan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Selama ± 73 tahun melayani masyarakat, Rumah Sakit Stella Maris berinovasi dan berkembang baik dari peralatan dan pelayanan. Keterbukaan dalam mengikuti perkembangan Rumah Sakit menjadi Rumah Sakit Modern dan berkomitmen meningkatkan kualitas pelayanan secara menyeluruh dan terus menerus.

Penelitian ini dilaksanakan di instalasi fisioterapy Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dengan kapasitas 6 tempat tidur dan 1 tempat tidur untuk traksi, dengan jumlah tenaga 5 orang.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi terekat pada PT. Citra Ratna Nirmala sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Ada pun misi Rumah Sakit Stella Maris Makassar adalah sebagai berikut :

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

- 1) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah.
- 2) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- 3) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutahir dan komprehensif.

4) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Karakteristik responden

a. Berdasarkan umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur
Di RS Stella Maris Makassar

Umur (tahun)	Frekuensi	Presentase %
23-28	6	22,2
29-34	3	11,1
41-46	8	29,6
47-52	4	14,8
53-58	5	18,5
59-64	1	3,7
Total	27	100

Sumber data primer 2016

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Makassar, diperoleh data jumlah responden terbanyak pada umur 41-46 tahun yaitu 8 (29,6%) responden dan jumlah responden terkecil berada pada umur 59-64 tahun yaitu 1 (3,7%) responden.

b. Berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan
Di RS. Stella Maris Makassar

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase%
Tidak Kerja	9	33,3
Kerja	18	66,7
Total	27	100

Sumber data primer 2016

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Stella Maris Makassar, diperoleh data jumlah responden terbanyak yaitu kerja 16 (59,3%) responden dan

jumlah responden yang tidak kerja yaitu 11 (40,7%) responden.

c. Berdasarkan pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan
Di RS Stella Maris Makassar

Pendidikan	Frekuensi	Presentase %
SMP	3	11,1
SMA	18	66,7
D3	3	11,1
S1	4	14,8
Total	27	100

Sumber data primer 2016

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, diperoleh data jumlah pendidikan responden terbanyak berada pada tingkat pendidikan SMA yaitu 18 (66,7%) responden dan jumlah pendidikan responden terkecil berada pada tingkat pendidikan SMP dan D3 yaitu 3 (11,1%) responden.

4. Hasil analisa variabel yang diteliti

a. Analisa Univariat

1. Pengetahuan keluarga

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan
Keluarga Di RS Stella Maris Makassar

Pengetahuan	Frekuensi	Presentase %
Baik	24	88,9
Kurang	3	11,1
Total	27	100

Sumber data primer 2016

Distribusi responden menurut pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di RS Stella Maris Makassar tahun 2016, menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan dengan kategori baik yaitu 24 (88,9%) responden, dan yang memiliki pengetahuan dengan kategori kurang yaitu 3 (11,1%) responden.

2. Perilaku keluarga

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Keluarga
Di RS Stella Maris Makassar

Perilaku	Frekuensi	Presentase %
Kurang	0	0
Cukup	6	22,2
Baik	21	77,8
Total	27	100

Sumber data primer 2016

Distribusi responden menurut perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di RS Stella Maris Makassar, menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki perilaku dengan kategori baik yaitu 21 (77,8%) dan responden yang memiliki perilaku dengan kategori cukup yaitu 6 (22,2%). Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.8

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.6
Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Perilaku Keluarga
tentang perawatan pasien pasca stroke
di RS Stella Maris Makassar

Pengetahuan keluarga	Perilaku keluarga						P = 0,007
	Baik		cukup		Total		
	F	%	F	%	n	%	
Baik	21	77,8	3	11,1	24	88,9	
Kurang	0	0,0	3	11,1	3	11,1	
Jumlah	21	77,8	6	22,2	27	100	

Hasil analisis Chi square

Berdasarkan uji statistik chi-square diperoleh nilai $p = 0,007$ dengan tingkat kemaknaan (signifikan) $= 0,05$, artinya $p < .$ Dengan hasil menunjukkan sebagian besar pengetahuan keluarga baik dengan perilaku yang baik yaitu 21 (77,8%) responden, pengetahuan keluarga baik dengan perilaku yang cukup yaitu 3 (11,1%), dan pengetahuan keluarga kurang dengan perilaku baik yaitu 0 (0,0%) responden, dan pengetahuan keluarga kurang dengan perilaku cukup yaitu 3 (11,1%) responden.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap keluarga yang merawat penderita pasca stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dengan menggunakan uji statistik chi-square diperoleh $p = 0,007$ yang artinya $p < .$ sehingga H_a diterima H_o ditolak artinya terdapat hubungan pengetahuan

dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga baik dengan perilaku baik yaitu 21 (77,8%) responden dan pengetahuan keluarga kurang dengan perilaku cukup yaitu 3 (1,11%) responden. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Julia Hartati mengenai hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku family caregiver dalam merawat penderita pasca stroke di rumah tahun 2012 bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik 45 (57,7%), responden yang memiliki pengetahuan kurang 30 (38,5%), responden dengan pengetahuan kurang 3 (3,8%). Dan perilaku family caregiver didapatkan hasil perilaku baik 56 (71,8%), perilaku cukup 21 (26,9%), dan kurang 1 (1,3%) responden.

Menurut Lestari (2015) pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Dan pengetahuan merupakan dominan yang penting dalam membentuk tindakan seseorang. Sedangkan perilaku adalah hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respon/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Lestari, 2015).

Notoatmodjo (2007) mengatakan pendidikan, informasi dan pengalaman dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan mudah menerima hal yang baru dan akan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru. Pengalaman berkaitan dengan umur seseorang, semakin bertambahnya usia maka pengalaman juga akan bertambah. Informasi juga sekarang dapat diperoleh dengan mudah melalui media elektrik, sosial dan media cetak. Sebaliknya jika seseorang

tidak mempunyai pendidikan, pengalaman dan tidak mempunyai informasi maka pengetahuan seseorang dapat dikatakan kurang.

Sedangkan faktor yang dapat mempengaruhi perilaku adalah faktor internal dan eksternal. Faktor internal atau faktor yang berada dalam diri individu itu sendiri yaitu berupa kecerdasan, persepsi, motivasi, minat dan emosi. Sedangkan faktor eksternal yaitu faktor yang dapat mempermudah, faktor pendukung dan faktor pendorong. Semakin tinggi pengaruh dari faktor internal individu maka perilaku individu akan semakin baik. Itu dibuktikan dengan semakin tinggi tingkat pendidikan atau kecerdasan, motivasi dan minat untuk melakukan sesuatu maka perilaku atau aksi/reaksi akan semakin baik. Sebaliknya jika faktor internal pada diri seseorang kurang dan faktor eksternal tidak ada maka perilaku seseorang akan menunjukkan perilaku yang kurang (Notoatmodjo, 2007).

Tingginya pengetahuan dan perilaku keluarga dari hasil penelitian ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan perilaku yaitu tingkat pendidikan, pengalaman, kesadaran dan motivasi. Dimana data karakteristik responden menurut pendidikan bahwa sebagian responden yaitu 18 (66,7%) memiliki pendidikan tingkat SMA. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan sehingga keluarga yang memiliki pendidikan lebih tinggi memiliki pengetahuan yang baik (Notoatmodjo, 2007). Faktor pengalaman berkaitan dengan usia keluarga dan lamanya menderita stroke. Dimana data karakteristik responden menurut usia berada pada umur 41-46 tahun dan data karakteristik penderita stroke menurut lamanya menderita stroke berada pada 8-12 bulan dan 23-27 bulan. Menjelaskan semakin bertambahnya usia maka semakin bertambah pula pengalaman yang diperolehnya, dan semakin lama penderita mengalami stroke maka pengalaman keluarga dalam merawat akan bertambah sering

dengan resiko stroke berulang yang terjadi pada penderita pasca stroke (Mulyatsih, 2015). Faktor kesadaran dan motivasi adalah dorongan atau meresponi suatu tindakan untuk mencapai tujuan tertentu dimana tujuan dari keluarga adalah merawat keluarganya yang sedang sakit. Sehingga walaupun dalam penelitian ini juga sebagian responden memiliki pekerjaan, perawatan yang keluarga lakukan terhadap pasien pasca stroke tetap baik karena keluarga mempunyai motivasi, minat yang baik. Dan kondisi pasien pasca stroke tersebut sebagian besar tingkat kemandiriannya baik. Sedangkan masih terdapatnya hasil pengetahuan kurang dengan perilaku cukup pada penelitian ini karena responden berada apa tingkat pendidikan rendah yaitu SMP, sehingga pengetahuan terhadap penderita pasca stroke kurang dan mempengaruhi perilaku untuk perawatan penderita pasca stroke.

Dari pernyataan diatas, sehingga peneliti berasumsi bahwa pengetahuan yang baik dapat dijadikan sebagai dasar dalam pembentukan perilaku keluarga dalam merawat penderita pasca stroke. Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan pengetahuan. Oleh karena itu, pengetahuan keluarga yang baik akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat penderita pasca stroke.

Dari hasil penelitian ini juga terdapat 3 (11,1%) responden mempunyai pengetahuan baik dengan perilaku cukup. Dari teori yang telah dipaparkan diatas bahwa perilaku juga dipengaruhi oleh faktor internal yang didalamnya terdapat motivasi, minat dan emosi. Dalam hal ini menyatakan jika motivasi dan minat seseorang untuk melakukan sesuatu besar dan dukung dengan emosi yang baik maka akan menghasilkan perilaku yang baik. Dengan demikian dapat dikatakan jika keluarga kurang mempunyai motivasi dan minat untuk merawat penderita pasca stroke, maka akan berpengaruh juga ke perilaku keluarga tersebut. hal ini dapat

dikaitkan dengan pekerjaan responden, dimana responden dengan pengetahuan baik dan perilaku cukup memiliki pekerjaan.

Maka peneliti berasumsi keluarga yang mempunyai pengetahuan baik perilaku kurang bisa disebabkan karena mempunyai motivasi dan minat yang kurang akibat adanya pekerjaan. Juga perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan motivasi yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng, sebaliknya jika perilaku tidak didasari dengan pengetahuan yang baik, tidak adanya kesadaran dan motivasi maka akan tercipta perilaku yang kurang. Peningkatan pengetahuan disertai peningkatan kepercayaan diri dapat melahirkan perubahan perilaku kearah positif berupa adanya perbaikan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 28 Februari 2016 – 28 Maret 2016 pada 27 responden diperoleh kesimpulan bahwa :

1. Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke sebagian besar menunjukkan pengetahuan yang baik
2. Sebagian besar keluarga menunjukkan perilaku yang baik dalam merawat pasien pasca stroke.
3. Ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.

B. Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian tersebut diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Keluarga

Keluarga merupakan orang terdekat dengan penderita pasca stroke yang akan membantu keseharian aktifitas dari penderita pasca stroke. Dengan kecanggihan dan kemajuan teknologi diharapkan keluarga lebih banyak lagi menggali pengetahuan tentang perawatan pasien pasca stroke.

2. Bagi Praktisi Keperawatan

Perawatan pasien pasca membutuhkan waktu yang lama, dengan demikian disarankan parawat atau petugas kesehatan lainnya di Rumah Sakit Stella Maris Makassar agar terus memberikan informasi melalui pendidikan kesehatan dan *discharge planning* tentang perawatan pasien pasca stroke sebelum pasien pulang dan melakukan perawatan rehabilitasi di rumah.

3. Bagi institusi

Sesuai dengan visi & misi STIK Stella Maris agar mempunyai perawat yang unggul dalam bidang neurorehabilitasi khususnya pada pasien stroke, disarankan agar lebih lagi meningkatkan ilmu dan praktek dilapangan kepada mahasiswa-mahasiswi yang ada tentang neurorehabilitasi. Dan juga referensi mengenai stroke dan neurorehabilitasi agar lebih diperbanyak digudang ilmu STIK Stella Maris.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya disarankan untuk mengubah metode menggunakan metode observasi agar mendapatkan hasil penelitian yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Arum., S. P., 2015. *Stroke : Kenali, cegah & mengobati*. Jakarta : Notebook
- Anggraeni, S,M,D., 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam bidang kesehatan* Jogjakarta. Nuha Medika.
- Dharma, K.K., 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta : TIM
- Dahlan, M.S., 2016. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan :Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Irdawati., 2009. *Hubungan antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura*. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/> diakses pada tanggal 26 oktober 2015
- Janno, S., 2011. *Hubungan pengetahuan keluarga dengan sikap dan tindakan dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di lingkungan III Kelurahan Dwikora Medan*. <http://sari-mutiara.ac.id/> diakses pada tanggal 26 oktober 2015
- Julia Hartati., 2013. *Hubungan tingkat pengetahuan dengan perilaku family caregiver dalam merawat penderita pasca stroke di rumah*. <http://respository.uinjkt.ac.id/> Diakses pada tanggal 26 oktober 2015
- Junaidi, I., 2011. *Stroke : waspadai ancamannya*. Yogyakarta : penerbit Andi
- Lestari, T., 2015. *Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Numed
- Lingga, L., 2013. *All About Stroke*. Jakarta : Kompas Gramedia

Mulyatsih & Ahmad, A., 2015. *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah*. Jakarta :FKUI

Misbach, J., 2011. *Stroke : Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta :Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Infonesia

Muttaqin, A., 2008. *Pengantar Asuhan keperawatan klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta: salemba Medika.

Nursalam., 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.

Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S., 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nadine, E.,A., Monique, F.,K., & Rebecca, N., 2015. *The relationship between caregiver impacts and the unmet needs of survivors of stroke*. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S85147> diakses pada tanggal 30 oktober 2015

Rachel, M., Annette, L., David Mc & Lindy Clemson., 2010. *Family caregivers perceptions of hospitas-based allied health services post-stroke : use of the measure of processes of care to Invertigate processes of care*. <http://dx.ot.australia/> diakses pada tanggal 30 oktober 2015

Riset kesehatan dasar., 2007. www.depkes.go.id/resources/download/.../Hasil%20Riskasdas%20 2013. Diakses pada tanggal 30 oktober 2015

Smeltzer .Bare., 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Sudart* .vol 2E/8.Jakarta : EGC.

Sofyan, R., 2010. *Stroke dan Rehabilitasi paska stroke* . Jakarta : Bhuana Ilmu Populer

World stroke organisazion,. 2010. <http://www.world-stroke.org/> diakses pada tanggal 30 oktober 2015

Yayasan stroke indonesia., 2009. <http://www.yastroki.or.id/>diakses pada tanggal 31 oktober 2015

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.

Peneliti : Aschriani Pabendon

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Initial) :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul "HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI POLIKLINIK FISIOTERAPI RS STELLA MARIS MAKASSAR", yang dilaksanakan oleh Aschriani Pabendon, dengan cara mengisi kuisisioner yang diberikan.

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

Makassar, Maret 2016

(Tanda tangan responden)

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth
Ibu Calon Responden
Di –
Tempat

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini:
Nama : Aschriani Pabendon
Alamat : Jl. Daeng Tompo

Adalah mahasiswa program studi SI Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang **“Hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Poliklinik Fisioterapi RS Stella Maris Makassar”**

Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian.

Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang saudara/saudari berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti,

Aschriani Pabendon

KUISIONER PENELITIAN

“HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASEIN PASCA STROKE YANG DI POLIKLINIK FISIOTERAPI RS STELLA MARIS MAKASSAR”

Oleh : Aschriani Pabendon

Petunjuk pengisian :

1. Semua pertanyaan dalam kuisisioner ini harus dijawab
2. Berikan tanda centang () pada kolom yang telah disediakan
3. Setiap pertanyaan dijawab hanya dengan satu jawaban
4. Apabila ada pertanyaan yang tidak dimengerti silahkan bertanya pada peneliti.

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama Keluarga (Inisial) :
2. Usia :
3. Pekerjaan :
4. Pendidikan Terakhir :

II. IDENTITAS PENDERITA STROKE

1. Nama Penderita stroke (Inisial) :
2. Usia penderita stroke :
3. Jenis kelamin penderita Stroke :
4. Lamanya menderita stroke :

III. PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG STROKE DAN PERAWATAN PASIEN STROKE DI RUMAH

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Kaki atau tangan yang lemah perlu mendapatkan perhatian khusus.		
2.	Sisi bagian tubuh yang lemah harus diganjal dengan bantal		
3.	Latihan gerak sendi dan posisi tempat tidur tidak penting untuk penderita stroke		

[Type text]

4.	Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberi stimulasi atau rangsangan ke sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas sebelum sakit		
5.	Penggunaan bantal dibelakang kepala, leher, bahu dan tangan yang lemah sangat penting untuk menjaga keseimbangan duduk penderita pasca stroke.		
6.	Daerah tumit, lutut, bokong, siku dan punggung telinga yang mengalami kelemahan beresiko terjadinya luka.		
7.	Perubahan posisi 2-3 jam tidak penting untuk penderita pasca stroke dengan tirah baring (terbaring dalam waktu yang lama)		
8.	Penderita pasca stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan kaya serat, & cairan.		
9.	Mengonsumsi garam dan daging merah baik untuk penderita pasca stroke.		
10.	Penderita pasca stroke harus makan dalam posisi duduk bukan berbaring untuk mencegah terjadinya tersedak.		
11.	Penderita pasca stroke dengan gangguan berbicara dapat mengalami frustrasi.		
12.	Terapi berbicara pada penderita pasca stroke yang mengalami gangguan berbicara penting untuk dilakukan.		
13.	Penderita pasca stroke juga dapat mengalami gangguan memori dan gaya ingat.		
14.	Penderita pasca stroke tidak perlu diberikan support dan motivasi.		

[Type text]

15.	Penderita pasca stroke yang mempunyai keseimbangan yang kurang beresiko tinggi jatuh dan cidera.		
16.	Pengawasan dari keluarga sangat perlu untuk mencegah resiko jatuh dan cidera pada penderita pasca stroke.		
17.	Dukungan keluarga penting dalam kepatuhan pengobatan jangka panjang penderita pasca stroke.		
18.	Sebagian besar penderita pasca stroke akan mengalami inkontenensia urin (tidak dapat menahan kencing atau berkemih).		
19.	Latihan mengencangkan dan melemaskan otot panggul sangat berguna untuk meningkatkan kemampuan dalam mengontrol berkemih.		
20.	Sebagian besar penderita pasca stroke mengalami konstipasi (sulit buang air besar)		

[Type text]

IV. PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT PASEIN PASCA STROKE

Petunjuk pengisian :

1. Semua pertanyaan dalam kuisioner ini harus dijawab
2. Berikan tanda centang () pada kolom yang telah disediakan
3. Setiap pertanyaan dijawab hanya dengan satu jawaban
4. Apabila ada pertanyaan yang tidak dimengerti silahkan bertanya pada peneliti.

Keterangan :

SL : Selalu

SR : Sering

JR : Jarang

TP : Tidak pernah

NO	PERNYATAAN	SL	SR	JR	TP
1.	Pada saat berbaring atau duduk keluarga memposisikan tangan atau kaki yang lemah dengan menopangnya menggunakan bantal.				
2.	Keluarga tidak membantu penderita pasca stroke melakukan latihan gerak sendi				
3.	Keluarga membantu penderita pasca stroke untuk duduk, berdiri, dan berjalan dengan cara memapah atau berada di sisi lemah penderita.				
4.	Keluarga mengubah posisi tidur penderita pasca stroke dengan tirah baring setiap 2-3 jam				
5.	Keluarga membantu mengoleskan pelembab atau minyak pada daerah lumpuh yang sering terkena.				
6.	Keluarga tidak memperhatikan kebersihan penderita pasca stroke				
7.	Keluarga membantu penderita pasca stroke dalam berpakaian dengan benar.				

[Type text]

8.	Keluarga membantu penderita pasca stroke untuk perawatan kebersihan diri seperti, mandi, keramas dan menggosok gigi.				
9.	Keluarga membantu menjaga pola makan penderita pasca stroke dengan membatasi konsumsi makanan yang banyak mengandung garam, kolesterol, dan tinggi glukosa.				
10.	Keluarga tidak membantu penderita pasca stroke dalam pemenuhan nutrisinya dengan memberikan makanan yang tinggi serat dan bervariasi.				
11.	Keluarga membantu penderita pasca stroke untuk terapi berbicara				
12.	Keluarga membantu penderita pasca stroke dalam berkomunikasi dengan orang lain				
13.	Keluarga membantu melatih fungsi daya ingat dan orientasi penderita pasca stroke.				
14.	Keluarga memberikan support kepada penderita pasca stroke selama perawatan di rumah.				
15.	Keluarga mengajak penderita pasca stroke untuk melakukan kegiatan yang menyenangkan seperti rekreasi.				
16.	Keluarga membantu menopang tubuh yang lemah saat penderita pasca stroke berjalan.				
17.	Keluarga mengawasi penderita pasca stroke dalam melakukan aktivitasnya sehingga terhindar dari resiko jatuh.				

[Type text]

18.	Keluarga membantu penderita pasca stroke untuk kontrol ke rumah sakit atau ke dokter terdekat.				
19.	Keluarga membantu penderita pasca stroke untuk minum obat secara teratur dan tepat waktu.				
20.	Keluarga membantu penderita pasca stroke dalam pemenuhan BAK (buang air kecil) seperti memakaikan pempers atau membantu ke toilet.				
21.	Keluarga membantu penderita pasca stroke berlatih mengencangkan dan melemaskan otot panggul untuk meningkatkan kemampuan mengontrol BAK.				
22.	Keluarga memberikan motivasi kepada penderita pasca stroke untuk bergerak, banyak mengonsumsi air putih dan makan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi (sulit buang air besar)				
23.	Keluarga tidak membantu menjaga kebersihan tempat tidur penderita pasca stroke dengan mengganti jika basah dan lembab				
24.	Keluarga membantu merapikan seprai penderita pasca stroke untuk memberikan kenyamanan tidur.				

HASIL ANALISIS UJI STATISTIK

		Statistics					
		umur responden	pendidikan responden	pekerjaan responden	umur penderita stroke	Jenis kelamin penderita	lamanya menderita stroke
N	Valid	27	27	27	27	27	27
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		3,74	2,30	5,67	3,22	1,70	2,93
Median		4,00	2,00	7,00	3,00	2,00	2,00
Mode		4	2	7	3	2	2 ^a
Std. Deviation		1,933	,869	1,922	1,121	,465	1,639
Variance		3,738	,755	3,692	1,256	,217	2,687
Range		6	3	4	5	1	4
Sum		101	62	153	87	46	79
Percentiles							
25		2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00
50		4,00	2,00	7,00	3,00	2,00	2,00
75		5,00	3,00	7,00	4,00	2,00	5,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

umur responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23-28	6	22,2	22,2	22,2
	29-34	3	11,1	11,1	33,3
	41-46	8	29,6	29,6	63,0
	47-52	4	14,8	14,8	77,8
	53-58	5	18,5	18,5	96,3
	59-64	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

pendidikan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	3	11,1	11,1	11,1
SMA	17	63,0	63,0	74,1
D3	3	11,1	11,1	85,2
S1	4	14,8	14,8	100,0
Total	27	100,0	100,0	

pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak kerja	9	33,3	33,3	33,3
kerja	18	66,7	66,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

umur penderita stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 43-48	1	3,7	3,7	3,7
49-54	6	22,2	22,2	25,9
55-60	10	37,0	37,0	63,0
61-66	7	25,9	25,9	88,9
67-72	2	7,4	7,4	96,3
73-78	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Jenis kelamin penderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid perempuan	8	29,6	29,6	29,6
laki-laki	19	70,4	70,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

lamanya menderita stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3-7	6	22,2	22,2	22,2
8-12	9	33,3	33,3	55,6
13-17	2	7,4	7,4	63,0
18-22	1	3,7	3,7	66,7
23-27	9	33,3	33,3	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Statistics

		pengetahuan keluarga	perilaku keluarga
N	Valid	27	27
	Missing	0	0
Mean		1,89	2,78
Median		2,00	3,00
Mode		2	3
Std. Deviation		,320	,424
Variance		,103	,179
Range		1	1
Sum		51	75
Percentiles	25	2,00	3,00
	50	2,00	3,00
	75	2,00	3,00

pengetahuan keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	3	11,1	11,1	11,1
baik	24	88,9	88,9	100,0
Total	27	100,0	100,0	

perilaku keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
cukup	6	22,2	22,2	22,2
Valid baik	21	77,8	77,8	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuan keluarga *						
perilaku keluarga	27	100,0%	0	0,0%	27	100,0%

pengetahuan keluarga * perilaku keluarga Crosstabulation

		perilaku keluarga		Total		
		cukup	baik			
pengetahuan keluarga	kurang	Count	3	0	3	
		% within pengetahuan keluarga	100,0%	0,0%	100,0%	
		% within perilaku keluarga	50,0%	0,0%	11,1%	
		% of Total	11,1%	0,0%	11,1%	
	baik	Count	3	21	24	
			% within pengetahuan keluarga	12,5%	87,5%	100,0%
			% within perilaku keluarga	50,0%	100,0%	88,9%
			% of Total	11,1%	77,8%	88,9%
Total	Count	6	21	27		
		% within pengetahuan keluarga	22,2%	77,8%	100,0%	
		% within perilaku keluarga	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	22,2%	77,8%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,813 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	7,292	1	,007		
Likelihood Ratio	10,519	1	,001		
Fisher's Exact Test				,007	,007
Linear-by-Linear Association	11,375	1	,001		
N of Valid Cases	27				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

b. Computed only for a 2x2 table

RANCANGAN JADWAL KEGIATAN

NO	URAIAN KEGIATAN	BULAN																							
		NOVEMBER		DESEMBER				JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI	
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	
1	Pengajuan judul																								
2	Acc judul																								
3	Penyusunan proposal																								
4	Seminar proposal																								
5	Perbaikan proposal																								
6	Penelitian																								
7	Penyusunan laporan riset																								
7	Seminar hasil																								
8	Perbaikan skripsi																								
9	Pengumpulan																								



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 : 1059.DIR.SM.DIKL.KET.EX.IV.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

N a m a : Aschriani Pabendon
Tempat / Tanggal Lahir : Palu, 15 Oktober 1992
N I M : CX. 1414201121
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 28 Februari 2016 sampai dengan 28 Maret 2016 dengan judul:
“ Hubungan Pengetahuan Keluarga dengan Perilaku Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Poliklinik Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 22 April 2016

Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris
dr. Thomas Sohartha, M. Kes

cc. Arsip