

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA DALAM MERAJAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK



OLEH:

SENJA PUTRISIA FAJAR ELDININGTYAS
NIM. 131411131082

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA DALAM MERAJAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

PENELITIAN DESKRIPTIF ANALITIK

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada
Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga**



**OLEH:
SENJA PUTRISIA FAJAR ELDININGTYAS
NIM. 131411131082**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 19 Agustus 2018
Yang Menyatakan,



Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM. 131411131082

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademika Universitas Airlangga, Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM : 131411131082
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya saya yang berjudul: **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah”** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap dicantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, 19 Agustus 2018
Yang menyatakan



Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM. 131411131082

SKRIPSI

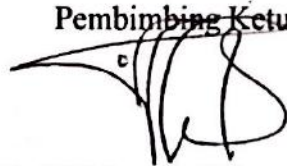
**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

Oleh:

Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM. 131411131082

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal 16 Agustus 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198402012014042001

Pembimbing



Lailatun Ni'mah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198606022015042001

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

Oleh:

Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM. 131411131082

Telah diuji

Pada tanggal 20 Agustus 2018

PANITIA PENGUJI

Ketua: Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP
NIP. 197703162005012001

(*Ninuk Dian Kurniawati*)

Anggota:

1. Tiyas Kusumaningrum, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 198307032014042001

(*Tiyas Kusumaningrum*)

2. Lailatun Ni'mah, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 198606022015042001

(*Lailatun Ni'mah*)

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan 1



MOTTO

Niat dengan tulus dan ikhlas, Usaha secara optimal dan kerja keras, Doa dengan sepenuh hati mengharap ridho Illahi, dan Tawakal atas apapun yang akan digariskan oleh Allah SWT.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah SWT, berkat rahmat hidayah, dan limpahan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah**”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penulisan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs., (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini
3. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing pertama yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, serta motivasi dalam penulisan skripsi ini
4. Ibu Lailatun Ni'mah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing kedua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, serta motivasi dalam penulisan skripsi ini.
5. Ibu Laily Hidayati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji proposal dan dosen pembimbing pengganti yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam penyempurnaan skripsi ini.
6. Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam penyempurnaan skripsi ini.
7. Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji skripsi dan dosen pembimbing pengganti yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam penyempurnaan skripsi ini.

8. Bapak Candra Panji Asmoro, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan yang bermanfaat dalam penyempurnaan skripsi ini.
9. Ibu Ni Ketut Alit Armini, S.Kp., M.Kes selaku dosen wali yang telah memberikan semangat, saran dan masukan yang bermanfaat dalam penyempurnaan skripsi ini dan selama masa perkuliahan.
10. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar di Fakultas Keperawatan Universitas Airangga Program Studi Pendidikan Ners yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan
11. Bapak Zainal Abidin, S.T. dan Ibu Elik Sutiningsih, S.Pd. selaku orang tua yang selalu memberikan kasih sayang, semangat, motivasi, dan dukungan baik materi maupun moril sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini serta Helsa Adnanda sebagai adik yang selalu memberikan semangat untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
12. Bapak Matlila Amd.Kep selaku penanggung jawab mahasiswa di Puskesmas Wonokusumo Surabaya yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian serta membantu dalam proses pengambilan data.
13. Keluarga dan pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya yang bersedia berpartisipasi menjadi responden selama proses pengambilan data.
14. Ayu Tria, Indah Febriana, Citra Intan, Elfira Fitria, Mbak Anita, Thali'ah Jihan dan Bella Nabila sebagai sahabat yang sudah membantu dari awal proposal, pengambilan data, hingga selesainya penulisan skripsi ini.
15. ABCS (Ayu Tria, Bella Nabila, Citra Intan) dan Pejuang S.Kep.Ns.Nkh (Nuzulia Azizi, Widya Fathul, Mardhatillah, Rofita Andriani), sahabat yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, mendengarkan keluh kesah, memberikan saran penulisan, serta memberi motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
16. Ayu, Citra, Indah, Thali'ah, Bella, Licha, Ana, Tessa, Venni, Marissa, Nurin CS, Retty, Shindy dan Astrid, teman yang telah menemani selama empat tahun di fakultas keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan, hiburan dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.

17. Meina, Yuliana, dan Yuniar teman yang telah memberikan dukungan, hiburan dan motivasi selama proses pengerjaan skripsi ini.
18. Teman-teman seperjuangan A14, yang telah memberikan bantuan dan semangat.
19. Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberi motivasi dan bantuan hingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Semoga Allah membalas semua kebaikan pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak penulis harapkan demi perbaikan-perbaikan ke depan. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi pembaca dan profesi keperawatan.

Surabaya, 20 Agustus 2018

Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM. 131411131082

ABSTRAK

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU
KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
senjaputrisia@gmail.com

Pendahuluan: Sepertiga pasien stroke membutuhkan perawatan lanjutan minimal selama 3 bulan untuk meningkatkan kemampuan mandiri. Keluarga harus terlibat aktif dalam proses rehabilitasi stroke. Perilaku dipengaruhi oleh *background factors*, sikap, *subjective norm*, PBC dan intensi berdasarkan *Theory of Planned Behavior*. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. **Metode:** penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif analitik pendekatan *cross-sectional*. Besar sampel yaitu 55 responden dari 64 populasi dengan teknik *total sampling*. Data diperoleh menggunakan kuesioner dan dianalisis dengan uji *Spearman's Rho*. Responden penelitian yaitu keluarga yang merawat selama minimal 1 tahun dan berusia >21 tahun. Variabel independen penelitian ini yaitu pengetahuan, sikap, *subjective norm*, PBC dan intensi. Variabel dependen penelitian ini yaitu perilaku merawat. **Hasil:** hasil penelitian ini yaitu ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap ($p=0,000$; $r=0,827$) dengan korelasi sangat kuat. Ada hubungan antara pengetahuan dengan *subjective norm* ($p=0,000$; $r=0,851$) dengan korelasi sangat kuat. Ada hubungan antara pengetahuan dengan PBC ($p=0,000$; $r=0,801$) dengan korelasi sangat kuat. Ada hubungan antara sikap dengan intensi ($p=0,000$; $r=0,587$) dengan korelasi sedang. Ada hubungan antara *subjective norm* dengan intensi ($p=0,000$; $r=0,634$) dengan korelasi tinggi. Ada hubungan antara PBC dengan intensi ($p=0,000$; $r=0,584$) dengan korelasi sedang. Ada hubungan antara intensi dengan perilaku ($p=0,000$; $r=0,730$) dengan korelasi tinggi. **Kesimpulan:** penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku keluarga dalam merawat dipengaruhi oleh keyakinan terhadap petugas kesehatan dan merealisasikan keyakinan tersebut. Pekerjaan, sarana dan prasarana yang dimiliki keluarga yang kurang menjadi penghambat perawatan pasien pasca stroke di rumah dilakukan secara tepat.

Kata Kunci: Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah, *Theory of Planned Behavior*, Perilaku Merawat, Keluarga

ABSTRACT

**FACTORS RELATED TO FAMILY BEHAVIOR ON CARING POST
STROKE PATIENTS AT HOME**

Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
Faculty of Nursing Universitas Airlangga
senjaputrisia@gmail.com

Introduction: One third of stroke patients need advanced care for at least 3 months to improve their independent abilities. Families must be actively involved in the stroke rehabilitation process. Behavior is influenced by background factors, attitudes, subjective norms, PBC and intentions based on Theory of Planned Behavior. The purpose of this research is to analyze factors related to family behavior in treating post-stroke patients at home. **Method:** this research used descriptive analytic quantitative cross-sectional approach. The sample size were 55 respondents from 64 populations with total sampling technique. Data were obtained using a questionnaire and analyzed by Spearman's Rho test. Research respondents were families who care for at least 1 year and were >21 years old. The independent variables of this research were knowledge, attitudes, subjective norms, PBC and intentions. The dependent variable of this research was caring behavior. **Results:** the results of this research show that there were a relationship between knowledge and attitude ($p=0,000$; $r=0,827$) with a very strong correlation. There were a relationship between knowledge and subjective norms ($p=0,000$; $r=0,851$) with very strong correlations. There were a relationship between knowledge with PBC ($p=0,000$; $r=0,801$) with very strong correlation. There were a relationship between attitude and intention ($p=0,000$; $r=0,587$) with moderate correlation. There were a relationship between the subjective norm and intention ($p=0,000$; $r=0,634$) with high correlation. There were a relationship between PBC and intention ($p=0,000$; $r=0,584$) with moderate correlation. There were a relationship between intention and behavior ($p=0,000$; $r=0,730$) with high correlation. **Conclusion:** this research shows that family behavior in caring is influenced by belief in health workers and realizing it. Family work, facilities and infrastructure that are less likely to be a barrier to proper post-stroke patient care at home.

Keywords: Caring of Post-Stroke Patients at Home, Theory of Planned Behavior, Caring Behavior, Family

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Judul	ii
Lembar Pernyataan	iii
Halaman Pernyataan	iv
Lembar Pengesahan	iv
Lembar Penetapan Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vii
Daftar Isi	xiii
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xviii
Daftar Lampiran	xix
Daftar Singkatan	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.3.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.3.2 Manfaat Praktis	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Perilaku	10
2.2.1 Pengertian Perilaku	10
2.2.2 Hubungan Perilaku dengan Stroke.....	14
2.2 Keluarga	14
2.2.1 Pengertian Keluarga.....	14
2.2.2 Fungsi Keluarga	15
2.3 Stroke	17
2.3.1 Pengertian stroke.....	17
2.3.2 Klasifikasi	17
2.3.3 Manifestasi klinis stroke	19
2.3.4 Stroke berulang	23

2.3.5 Faktor risiko stroke berulang	23
2.3.6 Pencegahan kekambuhan stroke	27
2.4 Rehabilitasi pasca stroke	30
2.4.1 Pengertian rehabilitasi.....	30
2.4.2 Prinsip-prinsip rehabilitasi.....	31
2.5 Theory of Planned Behavior	34
2.5.1 Komponen-komponen theory of planned behavior	35
2.6 Keaslian penelitian	46
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	50
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	50
3.2 Hipotesis Penelitian	53
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	54
4.1 Rancangan penelitian yang digunakan	54
4.2 Populasi, sampel dan sampling	54
4.2.1 Populasi.....	54
4.2.2 Sampel	54
4.2.3 Teknik sampling	56
4.3 Variabel penelitian	56
4.4 Definisi operasional variabel	57
4.5 Pengumpulan dan pengolahan data penelitian	59
4.5.1 Instrumen penelitian.....	59
4.5.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data.....	66
4.5.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data	66
4.6 Analisis data.....	67
4.7 Kerangka operasional/data	69
4.8 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	70
4.9 Masalah etik (<i>ethical clearance</i>)	75
4.10 Keterbatasan Penelitian.....	77
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	79
5.1 Hasil Penelitian.....	79
5.1.1 Gambaran Lokasi Umum Penelitian.....	79
5.1.2 Karakteristik Responden.....	80
5.1.3 Distribusi Variabel Penelitian	84
5.2 Pembahasan	93

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	104
6.1 Kesimpulan	104
6.2 Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....	107

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Persentase kekambuhan stroke setelah serangan pertama (NSA, 2007)	23
Tabel 2.2 Keaslian penelitian.....	46
Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian	57
Tabel 4.2 Blue print kuesioner pengetahuan rehabilitasi pasien pasca stroke	60
Tabel 4.3 Blue print kuesioner attitude toward behaviour (sikap).....	61
Tabel 4.4 Blue print skala norma subjektif	62
Tabel 4.5 Blue print skala perceived behavior control	63
Tabel 4.6 Blue print skala intensi	65
Tabel 4.7 Blue print kuisisioner perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah	65
Tabel 4.8 Validitas kuesioner pada variabel pengetahuan.....	71
Tabel 4.9 Validitas kuesioner pada variabel sikap.....	72
Tabel 4.10 Validitas kuesioner pada variabel norma subjektif.....	72
Tabel 4.11 Validitas kuesioner pada variabel PBC.....	73
Tabel 4.12 Validitas kuesioner pada variabel intensi	74
Tabel 4.13 Validitas kuesioner pada variabel perilaku	74
Tabel 4.14 Uji reliabilitas setiap instrumen	75
Tabel 5.1 Frekuensi Data Demografi Responden Keluarga Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokusumo, Agustus 2018.....	80
Tabel 5.2 Distribusi pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018	84
Tabel 5.3 Distribusi sikap keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	84
Tabel 5.4 Distribusi norma subyektif keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018	85
Tabel 5.5 Distribusi Perceived Behavioral Control keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	86
Tabel 5.6 Distribusi intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	87
Tabel 5.7 Distribusi perilaku keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018....	87
Tabel 5.8 Distribusi silang hubungan sikap dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018	88
Tabel 5.9 Distribusi silang hubungan norma subyektif dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	89
Tabel 5.10 Distribusi silang hubungan perceived behavioral control dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	90
Tabel 5.11 Distribusi silang hubungan sikap dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	90

Tabel 5.12 Distribusi silang hubungan norma dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018	91
Tabel 5.13 Distribusi silang hubungan Perceived Behavioral Control dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018.....	92
Tabel 5.14 Distribusi silang hubungan perilaku dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018	92

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan <i>theory of planned behavior</i> (Ajzen, 2005).....	40
Gambar 3.1 Kerangka konseptual faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah berdasarkan pendekatan <i>Theory of Planned Behavior</i>	50
Gambar 4.1. Kerangka operasional analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian bagi Responden Penelitian	109
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian	111
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	112
Lampiran 4. Surat Survei Pengambilan Data Awal	116
Lampiran 5. Surat Ijin Pengambilan Data.....	123
Lampiran 6. <i>Ethic Aproval</i> KEPK Fakultas Keperawatan Unair.....	124
Lampiran 7. Data Responden.....	125
Lampiran 8. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	136
Lampiran 9. <i>Crosstabs</i> antar Variabel	151
Lampiran 10. Output <i>Spearman's Test</i>	162

DAFTAR SINGKATAN

- AB: *attitudes/sikap* terhadap perilaku tertentu
AHA: *American Heart Association*
B: *behavior/perilaku*
bi: keyakinan terhadap perilaku yang mengarah pada konsekuensi
BMI: *Body Mass Index*
ci: *control belief*
ei: evaluasi individu terhadap hasil dari berperilaku (*outcome evaluation*)
I: *intention/niat* melakukan perilaku
Litbangkes Kemkes: Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan
mi: motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)
ni: *normative belief*
NSA: *National Stroke Association*
PBC: *Perceived Behavioral Control*
pi: *power belief*
PRIND: *Prolonged Reversible Ischemic Neurological Deficit*
RIND: *Reversible Ischemic Neurological Deficit*
SN: *subjective norm*
TIA: *Transient Ischemic Attack*
TPB: *Theory of Planned Behaviour*
TRA: *Theory Of Reason Action*
W: *weight*
WC: *Water Closet*
WHO: *World Health Organization*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien stroke yang bertahan hidup dengan kecacatan menjadi tanggungan ekonomi bagi keluarga dan sistem asuransi kesehatan. Biaya pengobatan dan rehabilitasi pasca stroke mencapai US\$ 140.000/pasien atau sekitar 1,4 milyar rupiah/pasien (Widjaja *et al*, 2015). Proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien stroke dapat terjadi dalam waktu lama yang membutuhkan kesabaran dan ketekunan pasien dan keluarga. Sepertiga dari pasien stroke membutuhkan perawatan lanjutan minimal selama 3 bulan untuk meningkatkan kemampuan mandiri (Langhorne *et al*, 2011).

Keluarga harus aktif terlibat dalam proses rehabilitasi stroke secara menyeluruh. Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan pasien pasca stroke di rumah sebagai upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, dan meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah serangan ulang stroke terjadi. Hal tersebut memerlukan pemahaman keluarga tentang cara perawatan stroke yang benar, apa yang dapat dilakukan keluarga mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan cara keluarga mengatasi hal tersebut. Pada saat rehabilitasi, pasien stroke sering malas untuk latihan guna menjaga mobilitas seperti melakukan latihan rentang gerak. Hal ini menjadi alasan dukungan keluarga diperlukan untuk menjelaskan maksud dan tujuan dari perawatan yang dilakukan, melatih serta membantu pasien agar selalu melakukan latihan

rentang gerak. Dukungan keluarga yang besar dapat meningkatkan keberhasilan rehabilitasi, penyembuhan atau pemulihan (Irdawati dan Ambarwati, 2009).

Permasalahan yang muncul pada pelayanan stroke di Indonesia yaitu kesadaran akan faktor risiko stroke yang rendah, gejala stroke yang kurang dikenali, pelayanan stroke yang belum optimal dan ketaatan terhadap program terapi untuk pencegahan stroke ulang yang rendah. Keempat hal tersebut memiliki kontribusi terhadap peningkatan kejadian stroke baru, angka kematian akibat stroke dan kejadian stroke ulang yang tinggi di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Tingkat penyembuhan stroke masih kurang yakni 15-30%. Tahun pertama setelah serangan stroke, sekitar 25% dari pasien stroke meninggal dan 14-15% mengalami stroke berulang dalam tahun yang sama setelah mengalami stroke primer (Sustrani, *et al*, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Setyoadi, *et al* (2017) menyatakan bahwa ada hubungan positif dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke, sehingga semakin baik dukungan keluarga maka semakin mandiri pasien stroke.

Dua pertiga dari seluruh kejadian stroke adalah *ischemic* (sumbatan) dan sepertiga dari kejadian tersebut adalah *hemorrhagic* (perdarahan). Stroke menempati peringkat kedua penyebab kematian dan kecacatan di seluruh dunia, baik akibat serangan stroke primer atau serangan berulang (AHA, 2015). Serangan berulang berisiko terjadi setelah 30 hari sejak serangan primer sebesar 3%-10%, setelah 1 tahun pasca serangan primer sebesar 5%-14% dan setelah 5 tahun dari serangan primer sebesar 25%-40% (NSA, 2007). Hasil Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI (2013) menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia dari 8,3 per mil (tahun 2007) menjadi 12,1 per

mil (tahun 2013). Prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), DI Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Prevalensi penyakit stroke berdasarkan diagnosa dan gejala di masyarakat Provinsi Jawa Timur sebesar 0,8 per 1.000 penduduk. Prevalensi stroke di Kota Surabaya tidak terpaut jauh dari angka prevalensi stroke Jawa Timur yakni 0,7 persen per 1000 penduduk.

Penelitian sporadis di 15 kabupaten/kota di Indonesia yang dilakukan oleh Felly PS, *et al* (2011-2012) dari Badan Litbangkes Kemkes menunjukkan 17,7% kejadian kematian diakibatkan oleh stroke. Kematian akibat stroke lebih banyak di rumah dibandingkan di rumah sakit. Kematian akibat stroke yang terjadi di rumah sejumlah 19,3 % (n= 24.745) (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2015). Rekapitulasi data surveilans penyakit tidak menular stroke tahun 2017 menyebutkan bahwa Puskesmas Wonokusumo merupakan puskesmas dengan jumlah penderita stroke terbanyak di wilayah Surabaya yaitu sebanyak 685 penderita selama tahun 2017 (Dinas Kesehatan, 2017). Jumlah penderita stroke yang berkunjung di Puskesmas Wonokusumo bulan April tahun 2018 sebanyak 64 pasien.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo pada tanggal 28-29 Mei 2018 pada 10 keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah menunjukkan bahwa 80% pasien pasca stroke mengalami kelemahan pada ekstremitas dan 10% pasien pasca stroke mengalami stroke ulangan. Lama stroke yang diderita berkisar antara 2 bulan (10%), 1 tahun (30%), 2 tahun (20%), 3 tahun (20%), 10 tahun (10%) bahkan

sampai 14 tahun (10%). Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien pasca stroke mengalami kelemahan yang dapat mengganggu aktifitas sehari-hari dan perawatan yang dilakukan dalam jangka waktu yang lama sehingga peran keluarga sangat diperlukan untuk membantu pasien agar dapat segera pulih.

Keluarga kurang aktif dalam membantu pasien untuk latihan gerak karena pasien tidak mau dan merasa bisa melakukan sendiri (20%). Latihan berjalan biasa dilakukan pada pagi dan sore hari di sekitar rumah. Keluarga sudah berniat untuk mengantar kontrol ke pelayanan kesehatan tetapi tidak dilakukan secara rutin (50%) dan keluarga membeli obat di apotek (10%) karena tidak ada kendaraan dan kekurangan biaya transportasi menuju ke sana. Keluarga sudah memberikan semangat kepada pasien dan memberitahu bahwa ini adalah takdir dari Tuhan, tetapi pasien kadang merasa sedih meratapi nasib dan bertanya kepada Tuhan kenapa ini terjadi (20%). Hal ini menunjukkan bahwa keluarga sudah memiliki kemauan atau niat untuk merawat, tetapi ada hambatan yang menyebabkan perawatan yang dilakukan oleh keluarga kurang optimal.

Keluarga menjalani terapi alternatif yang disarankan oleh masyarakat sekitar seperti terapi pijat, minum obat herbal, dan menggunakan air hangat dicampur garam untuk mengompres bagian tubuh yang bengkak, kaku atau lemah (50%). Ini menunjukkan bahwa keluarga memperoleh informasi dari orang lain dan melakukan apa yang disampaikan. Keluarga memberi makanan pada pasien pasca stroke dengan lauk tahu dan tempe, sesekali ayam goreng dan bebek goreng karena pasien menginginkan (30%). Hal tersebut menunjukkan bahwa keluarga belum mengetahui makanan apa saja yang dianjurkan untuk dikonsumsi pasien pasca stroke di rumah sehingga nutrisi yang diperlukan

kurang sesuai. Keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah juga mengalami sakit antara lain hipertensi, diabetes mellitus dan stroke (30%). Ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki pengalaman negatif selama merawat pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Julianti (2013) menyatakan bahwa sebagian besar stroke *caregiver* adalah anggota keluarga. Keluarga yang merawat pasien stroke mengeluh dalam membantu buang air besar, merasa kesulitan dalam merawat karena pasien tidak taat terhadap terapi yang diberikan dan mengalami perubahan emosional. Keluarga memperoleh pengalaman negatif seperti sering dimarahi dan dipukul oleh pasien serta terjadi peningkatan biaya hidup. Pengalaman ini mengakibatkan perubahan psikologis, fisik, sosial, dan spiritual serta memiliki efek pada kemampuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Penelitian tersebut juga memberitahukan bahwa keluarga mempunyai sedikit pengetahuan tentang perawatan stroke di rumah akibat pemberian informasi yang kurang. Keluarga juga membutuhkan bantuan dana untuk biaya pengobatan lanjutan bagi pasien. Bantuan dari pemerintah seperti Jamkesda yang didapat oleh sebagian pasien sering tidak lancar sehingga pasien beralih berobat pada pengobatan gratis atau membawa pasien ke pengobatan lain, seperti akupunktur, pijaturut dan bekam. Hambatan lain dalam perawatan pasien pasca stroke yaitu kebiasaan buruk pasien untuk tetap mengonsumsi makanan yang dilarang (makanan bersantan), pasien marah jika keinginan mereka tidak dituruti, pasien tidak ingin meminum obat yang dianjurkan, serta kesibukan keluarga yang bekerja.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian di atas adalah metode penelitian dan masalah yang diteliti. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif deskriptif *cross-sectional*, sedangkan penelitian di atas menggunakan metode kualitatif studi fenomenologi. Masalah yang diteliti dalam penelitian ini adalah perilaku keluarga, sedangkan masalah dalam penelitian di atas membahas pengalaman keluarga.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan oleh Irdawati dan Ambarwati (2009) yaitu faktor yang diteliti dan teori yang digunakan. Penelitian ini meneliti faktor pengetahuan, *attitude toward behavior*, *subjective norms*, *perceived belief control* dan intensi, serta menggunakan *Theory of Planned Behavior*. Penelitian Irdawati dan Ambarwati meneliti faktor pengetahuan dan sikap serta menggunakan teori perilaku Bloom. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan perilaku, sedangkan penelitian Rahmawati (2013) bertujuan untuk mendapatkan gambaran perilaku yang terdiri dari pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Data dan uraian masalah di atas menjadi alasan peneliti untuk menganalisis lebih lanjut faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Peneliti menggunakan *Theory of Planned Behaviour* (TPB) yang menyatakan bahwa perilaku individu muncul karena tersedia intensi/niat untuk melakukan perilaku. Faktor utama yang mempengaruhi intensi yakni *attitude toward behavior* (sikap terhadap perilaku karena tahu efek baik dari perilaku tersebut), *subjective norms* (keinginan untuk menjalankan perilaku karena dukungan dari orang-orang di sekitar dan *perceived behavioral control/PBC* (seseorang akan tetap berperilaku karena

tersedia faktor pendukung dari *attitude toward behavior* dan *subjective norms*). Ketiga faktor tersebut dipengaruhi oleh faktor *beliefs*. *Beliefs* timbul karena *background factor*. *Background factor* dimasukkan dalam 3 kelompok yakni faktor personal, faktor sosial dan faktor informasi (Ajzen, 2005). Berdasarkan uraian di atas, peneliti akan menganalisis lebih lanjut faktor informasi yaitu, pengetahuan yang berhubungan dengan *attitude toward behavior*, *subjective norm*, dan *perceived behavior control* terhadap intensi dan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

1.2 Rumusan Masalah

Apa saja faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan *attitude toward behavior* (sikap) keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
2. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan *subjective norm* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.

3. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan *perceived behavior control* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
4. Menganalisis hubungan antara faktor *attitude toward behavior* (sikap) dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
5. Menganalisis hubungan antara faktor *subjective norms* dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
6. Menganalisis hubungan antara faktor *perceived behavior control* dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
7. Menganalisis hubungan antara intensi dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan medikal bedah dan komunitas dalam menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah dengan pendekatan *Theory of Planned Behavior*.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi subyek penelitian/keluarga pasien pasca stroke

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi bagi subyek penelitian/keluarga pasien pasca stroke agar mereka mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku keluarga, sehingga keluarga dapat meningkatkan kesadaran untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah dengan baik dan benar sesuai dengan prosedur yang telah dijelaskan oleh petugas kesehatan. Perawatan yang baik dan benar akan berdampak baik pula terhadap proses pemulihan pasien.

2. Bagi perawat

Perawat dapat menggunakan penelitian ini untuk menambah pengetahuan dan informasi yang dapat dijadikan acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, khususnya pada keluarga pasien pasca stroke di rumah untuk mengetahui beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber referensi dan bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya dengan topik atau masalah yang sejenis

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Perilaku

2.2.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah suatu aktivitas yang dilakukan oleh makhluk hidup yang terlibat. Perilaku manusia pada dasarnya merupakan tindakan dari manusia yang memiliki cakupan yang sangat luas meliputi berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan lainnya. Hal tersebut dapat dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh diri manusia, baik yang dapat diamati langsung atau yang tidak dapat diamati oleh orang lain (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan tentang perawatan terhadap penyakit stroke ikut mempengaruhi pemulihan pasien pasca stroke. Pengetahuan yang tinggi atau rendah akan mempengaruhi tindakan perawatan stroke. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi diharapkan mampu memberikan perawatan stroke dengan benar. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang rendah ada kemungkinan untuk tidak melakukan tindakan dalam perawatan stroke. Pengetahuan keluarga yang rendah terhadap perawatan pasien pasca stroke akibat informasi yang kurang tentang perawatan pasien pasca stroke oleh keluarga. Keluarga mungkin belum dapat mengakses hal tersebut dari media cetak atau elektronik serta penyuluhan dari petugas kesehatan setempat yang masih kurang. Perawatan stroke di rumah dibutuhkan ketika penderita stroke diperbolehkan pulang setelah menjalani masa pemulihan dan masa

pengobatan di rumah sakit. Penyakit stroke menyerang organ persyarafan dan akan mengakibatkan gejala lanjutan seperti kelumpuhan dan kelemahan beberapa anggota gerak tubuh. Anggota keluarga lain akan membutuhkan pengetahuan bagaimana cara merawat pasien stroke di rumah.

Ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian ketika kita merawat dan melakukan perawatan penderita stroke yang telah pulang ke rumah, yaitu:

- 1) Memberikan dukungan dan perhatian untuk pemulihan kesehatan pasien, seperti dalam hal mengantar pasien untuk kontrol dan mengingatkan waktu minum obat. Pendampingan, dukungan penuh dan semangat dari keluarga akan sangat membantu pemulihan pasien stroke dengan disabilitas yang sering mengalami depresi.
- 2) Mendampingi pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan memberikan bantuan jika memang diperlukan.
- 3) Melakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin (paling tidak dalam seminggu sekali) karena salah satu faktor risiko stroke adalah peningkatan tekanan darah (hipertensi). Kontrol tekanan darah dan kolesterol adalah kunci untuk pencegahan dari kejadian stroke atau stroke berulang.

Sikap yang penting dalam perawatan pasien pasca stroke adalah dukungan keluarga. Sebastian (2009) menyatakan bahwa pertolongan keluarga sangat penting untuk pemulihan stroke, semakin besar keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien pasca stroke maka semakin besar pula peluang pasien pasca stroke untuk sembuh. Penderita stroke dapat melakukan aktivitas sendiri tanpa harus bergantung pada orang lain, jika hal tersebut didukung motivasi dari keluarga penderita. Keluarga yang dapat melatih dan

memotivasi penderita stroke untuk melakukan aktivitas sendiri akan membuat pasien kembali melakukan aktifitas tanpa tergantung orang lain.

Sebagian besar penderita stroke baru datang ke rumah sakit 48-72 jam setelah serangan terjadi. Tindakan yang perlu dilakukan adalah pemulihan. Tindakan pemulihan ini penting untuk mengurangi komplikasi akibat stroke dan berupaya mengembalikan keadaan penderita kembali normal seperti sebelum serangan stroke.

Adapun tahap pemulihan yang harus dilakukan keluarga terhadap pasien pasca stroke antara lain:

- 1) Kunjungi penderita saat di rumah sakit atau pada pusat rehabilitasi stroke.
- 2) Jika penderita mempunyai masalah dan gangguan dalam bicara, tanyakan kepada ahli terapi bicara bagaimana anda bisa membantu penyembuhan.
- 3) Dorong dan bantu anggota keluarga penderita praktik dan belajar keterampilan dan rehabilitasi.
- 4) Tanyakan kepada staf rehabilitasi yang menangani, apakah kegiatan yang dilakukan dapat dikerjakan sendiri, apa saja yang dapat dikerjakan dengan bantuan orang lain dan apa saja yang tidak dapat dilakukan penderita.
- 5) Hindari melakukan hal yang bisa dilakukan sendiri oleh penderita. Rasa percaya diri akan menumbuhkan kepercayaan untuk melakukan aktivitas sendiri tanpa bantuan.
- 6) Berikan perawatan dengan baik pada penderita dengan makan dan diet yang sehat, cukup istirahat dan berikan cukup waktu untuk melakukan hal yang membuat senang penderita.

Ada beberapa tindakan yang berkaitan dengan lingkungan yang baik bagi para penderita stroke ketika mendapatkan pengobatan dan perawatan di rumah yaitu:

- 1) Kamar tidur dekat dengan kamar mandi/WC agar mudah untuk dijangkau.
- 2) Ada pegangan di kamar mandi yang digunakan.
- 3) Menyediakan alat bantu komunikasi jika diperlukan, misal dengan menyediakan kertas dan pena di dekat pasien.
- 4) Menyediakan alat bantu berjalan atau berpindah tempat bagi pasien stroke seperti kursi roda atau tongkat.
- 5) Menyediakan dan mendekatkan barang yang sering digunakan seperti buku atau telepon.
- 6) Menyediakan alas kaki yang nyaman untuk memudahkan dalam berjalan.
- 7) Posisi tempat tidur dan terapi fisik untuk stroke. Tempat tidur ideal untuk pasien stroke adalah tempat tidur yang padat dengan bagian kepala cukup keras untuk menopang berat ketika disandarkan. Membalikkan pasien dari satu sisi ke sisi lain dan mengubah posisi lengan dan tungkai setiap 2 jam. Pijatlah tungkai yang lumpuh 1-2 kali sehari. Menopang tungkai yang lemah dengan bantal.
- 8) Membalik pasien. Orang yang merawat harus menyelipkan lengan mereka di bawah tubuh penderita stroke dan menarik pasien ke arah mereka untuk membalik pasien di tempat tidur. Jika pasien sudah berputar, buka dan kencangkan sprei di bawah. Punggung pasien diperiksa untuk melihat tanda dekubitus karena pasien yang terbaring lemah di tempat tidur dalam jangka waktu lama akan dapat menimbulkan tanda dekubitus.

- 9) Perawatan kulit pada pasien stroke. Tujuan perawatan kulit penderita stroke ini juga mencegah dekubitus terjadi. Membersihkan kulit dengan air hangat, spons dan sedikit antiseptik/sabun paling tidak sehari sekali. Kulit penderita harus dijaga tetap kering dan bila perlu diberi bedak.

2.2.2 Hubungan Perilaku dengan Stroke

Beberapa penderita stroke kadang mengalami perubahan kepribadian menjadi perilaku negatif setelah terkena stroke yang dapat membuat hidup orang di sekitar tidak menyenangkan. Seorang penderita stroke mungkin akan merasa depresi, cemas, tidak sabar dan mudah marah. Penderita stroke mungkin tidak tahu bagaimana mengekspresikan perasaan dengan cara yang positif. Dia mungkin dapat menyerang orang di sekitar secara verbal atau bahkan fisik.

Hampir setengah dari orang yang mengamati perilaku penderita stroke menggambarkan perubahan mereka menjadi negatif, tidak sabar dan mudah marah. Seorang penderita stroke dapat menunjukkan perilaku seperti anak-anak, seperti melakukan penyerangan secara verbal atau bahkan fisik pada beberapa orang di sekitar (Ratnadita, 2011).

2.2 Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan setiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain (Mubarak, *et al*, 2009). Adapun alasan keluarga sebagai fokus layanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki/mengabaikan masalah kesehatan di dalam kelompok.
3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan berpengaruh terhadap seluruh keluarga.
4. Keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam perawatan.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif untuk berbagai usaha kesehatan masyarakat.

2.2.2 Fungsi Keluarga

Bobak (2004) menyatakan bahwa fungsi keluarga mencakup lima bidang dasar (biologi, ekonomi, pendidikan, psikologi, dan sosial budaya) yaitu:

1. Fungsi biologis meliputi reproduksi, upaya merawat dan membesarkan anak, nutrisi, pemeliharaan kesehatan, dan rekreasi. Keluarga menghasilkan anak-anak yang dapat mewarisi sifat genetik atau mempunyai predisposisi terhadap masalah-masalah kesehatan tertentu, seperti depresi, diabetes, atau penyakit jantung.
2. Fungsi ekonomi meliputi mencari nafkah yang cukup untuk menjalankan fungsi lain, mengembangkan anggaran keluarga, dan memastikan keamanan keuangan anggota keluarga. Kemiskinan dan kesulitan finansial dihadapi oleh kelompok sosio-ekonomik rendah, keluarga orang tua tunggal dan keluarga yang hidup dari penghasilan terbatas. Dengan sumber finansial yang terbatas, keluarga ini mungkin memfokuskan

semua energi mereka pada pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasar mereka sebagai upaya bertahan hidup.

3. Fungsi pendidikan meliputi mengajarkan keterampilan, sikap, dan pengetahuan yang berhubungan dengan fungsi lain.
4. Fungsi psikologi keluarga diharapkan memberi lingkungan yang meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami. Interaksi dan hubungan dari anggota keluarga inti dan lebih sering anggota keluarga besar, seperti kakek-nenek, orang tua tiri, bibi, paman, dan sepupu menjadi pertimbangan. Hubungan dan interaksi keluarga dapat sangat mempengaruhi nilai-nilai, keyakinan dan perilaku setiap anggota keluarga.
5. Fungsi sosio-budaya berhubungan dengan sosialisasi anak-anak. Fungsi ini meliputi penyampaian nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi, bahasa, agama, dan sikap moral masyarakat. Keluarga termasuk banyak peran dan aktivitas atau tugas yang dijalankan anggota keluarga maupun di komunitas. Nilai, tradisi, dan praktik etnik dan kultural sering diwariskan dan memandu pola perilaku anggota keluarga yang lebih muda. Peran dan aktivitas mungkin dipandang dalam konteks pekerjaan, belajar, sosialisasi, membesarkan anak, pemeliharaan rumah, olah raga, fungsi komunitas, dan agama.
6. Fungsi kultural mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap keluarga dengan pertumbuhan berbagai populasi etnik dan merasakan keragaman budaya. Setiap kelompok etnik mempunyai tradisi, nilai dan keyakinan

keluarga yang unik dan kuat yang memengaruhi kesehatan dan fungsi keluarga.

7. Fungsi lingkungan, seperti kehidupan pedesaan atau perkotaan, polusi, sanitasi, ketersediaan dan tipe perumahan, akses ke layanan perawatan kesehatan, juga memengaruhi kesehatan keluarga.

2.3 Stroke

2.3.1 Pengertian stroke

Stroke adalah aliran darah ke otak terputus yang secara umum akibat pembuluh darah ke otak pecah atau tersumbat sehingga pasokan nutrisi dan oksigen ke otak berkurang. Stroke menyebabkan gangguan fisik atau disabilitas (WHO, 2014).

Stroke diartikan sebagai sindrom klinis yang timbul mendadak, progresif cepat, berupa penurunan neurologis fokal dan atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau dapat mengakibatkan kematian (Rendy & Margareth, 2012)

2.3.2 Klasifikasi

Stroke menurut patofisiologi, bisa diklasifikasikan ke dalam dua kelompok, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi karena penurunan aliran darah ke otak secara sekunder sampai parsial atau sumbatan total pada pembuluh darah arteri di otak. Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan pada otak (perdarahan intraserebral atau intraparenkimal) (Dirksen, 2011).

1. Stroke iskemik

Serangan stroke iskemik sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan menyerang pada malam hingga pagi hari. Penyebab stroke iskemik, yaitu trombosis pada pembuluh darah otak (*thrombosis of cerebral vessels*), dan emboli pada pembuluh darah otak (*embolism of cerebral vessels*). Stroke iskemik dibagi menjadi 4, yakni:

- 1) *Transient ischemic attack* (TIA) adalah suatu gangguan fungsional otak secara mendadak dan gejala berlangsung kurang dari 24 jam. Pasien stroke akan sembuh total sehingga tidak terlihat pernah mengalami serangan sebelumnya
- 2) *Reversible ischemic neurological deficit* (RIND) adalah gangguan fungsional otak secara mendadak dan gejala berlangsung lebih lama dari TIA, yakni lebih dari 24 jam sampai 21 hari. RIND bisa membaik dalam waktu 24-48 jam, sedangkan PRIND (*Prolonged Reversible Ischemic Neurological Deficit*) akan membaik dalam beberapa hari yaitu maksimal 3-4 hari
- 3) *Stroke in evolution* (*progressing stroke*) adalah gangguan fungsional otak dengan gejala atau tanda neurologis fokal terus memburuk setelah 48 jam. Kelainan atau defisit neurologis yang timbul bersifat ringan sampai berat
- 4) *Complete stroke non-haemorrhagic* adalah kelainan neurologis bersifat menetap dan gejala yang muncul berbagai macam tergantung pada bagian otak yang mengalami infark

2. Stroke hemoragik

Serangan stroke hemoragik (perdarahan) sering terjadi pada usia 20-40 tahun dan timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental). Keadaan ini terjadi karena perdarahan di dalam otak. Perdarahan yang tidak terkontrol di dalam otak bisa menggenangi dan membunuh sel otak. Sebanyak 15% kasus stroke adalah stroke hemoragik. Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi 2 sub tipe, yakni:

- 1) Perdarahan intraserebral, yakni perdarahan yang terjadi di dalam otak yang diakibatkan oleh pembuluh darah otak (arteri) yang berfungsi memvaskularisasikan otak pecah, sehingga terjadi kebocoran darah ke otak. Hipertensi menjadi penyebab paling sering kejadian perdarahan ini. Pada perdarahan intraserebral terjadi penambahan volume cairan di dalam otak sehingga otak tertekan.
- 2) Perdarahan subaraknoid adalah perdarahan yang terjadi akibat aneurisma arterial yang terletak di dasar otak dan perdarahan dari malformasi vaskuler yang terletak dekat dengan permukaan piameter pecah.

2.3.3 Manifestasi klinis stroke

Manifestasi stroke bergantung dari arteri yang terlibat dan bagian otak yang terkena. Manifestasi stroke dibedakan:

1. Kehilangan fungsi motorik

Kerjasama yang rumit antara otak, tulang belakang dan syaraf perifer menghasilkan pergerakan tubuh. Motor area pada korteks serebri, basal ganglia dan serebelum mengawali setiap gerakan volunter dengan

mengirimkan pesan ke kortek spinal. Keadaan stroke menghambat komponen sistem syaraf pusat dalam mekanisme penghantaran impuls sehingga berefek kelemahan ringan sampai berat pada sisi kontralateral yang mengakibatkan keterbatasan gerak (Lemone and Burke, 2004).

Stroke merupakan gangguan neuron motor atas yang menyebabkan kontrol volunter terhadap pergerakan motorik menghilang. Motor neuron atas tersebut menyilang, sehingga akan mengganggu kontrol motorik volunter pada satu sisi tubuh yang menunjukkan terdapat kerusakan pada bagian atas motor neuron di sisi berlawanan dari otak. Hemiplegia (kelumpuhan satu sisi tubuh) adalah kelainan yang paling banyak terjadi karena terdapat lesi pada sisi berlawanan dari otak. Hemiparesis (kelemahan satu sisi tubuh) adalah tanda lain yang dapat muncul pada pasien stroke. Pada tahap awal, gejala klinis yang ditemukan mungkin hanya penurunan tonus otot atau refleks tendon dalam hilang. Saat refleks tendon dalam muncul lagi (biasanya sampai dengan 48 jam), maka hemiparesis, tonus otot akan meningkat dari ekstremitas pada sisi yang terkena (Smeltzer and Bare, 2008). Lemone and Burke (2004) menyatakan bahwa gangguan motorik yang terjadi pada pasien stroke dapat berupa:

- 1) Hemiparesis, yakni kelemahan pada satu sisi tubuh baik kanan/kiri
- 2) *Flaccidity*, yaitu kehilangan tonus otot (hipotonia)
- 3) *Spasticity*, yaitu tonus otot meningkat (hipertonia), biasa disertai dengan kelemahan

2. Gangguan eliminasi

Gangguan eliminasi adalah gangguan yang banyak dialami oleh pasien stroke, baik eliminasi urine atau feses. Stroke dapat mengakibatkan kehilangan sebagian sensasi pada kandung kemih, yang menyebabkan frekuensi berkemih menjadi sering, urgensi dan inkontinen. Kontrol eliminasi akan berubah sebagai akibat dari penurunan kognitif. Perubahan eliminasi bowel juga banyak dialami oleh pasien stroke. Hal ini merupakan penyebab dari tingkat kesadaran, immobilisasi dan dehidrasi berubah (Lemone and Burke, 2004).

3. Gangguan persepsi dan sensori

Persepsi merupakan kemampuan untuk menerjemahkan sensasi. Stroke dapat menyebabkan disfungsi visual-persepsi, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan sensori hilang. Disfungsi visual-persepsi disebabkan oleh terjadi gangguan pada sensorik primer jalur antara mata dan korteks visual. Homonymous hemianopsia (separuh dari bidang visual hilang) mungkin terjadi pada klien stroke dan dapat terjadi sementara atau permanen. Bagian yang terkena efek adalah pada sisi sesuai dengan sisi tubuh yang lumpuh. Gangguan dalam hubungan visual-spasial (mempersepsikan hubungan dari dua atau lebih objek di area spasial) sering ditemukan pada pasien dengan kerusakan belahan otak kanan (Lemone and Burke, 2004).

Sensori yang menghilang akibat stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan sampai berat, dengan hilangnya proprioepsi (kemampuan

untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesusahan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius.

4. Gangguan komunikasi

Fungsi otak lain yang terganggu karena stroke adalah fungsi bahasa dan komunikasi. Pada kasus yang sering muncul, stroke dapat mengakibatkan afasia. Smeltzer and Bare (2008) menyatakan bahwa terganggunya bahasa dan komunikasi yang banyak muncul pada pasien stroke adalah:

- 1) *Dysarthria* (kesulitan dalam berbicara), hal ini disebabkan karena paralisis pada otot-otot yang memproduksi suara. Gejala yang terlihat adalah berbicara yang susah dimengerti
- 2) *Dysphasia* atau *aphasia* (hilangnya kemampuan berbicara), dapat berupa aphasia motorik, aphasia sensorik atau aphasia global
- 3) *Apraxia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), yang mungkin terlihat saat klien mengambil sebuah garpu dan upaya menyisir rambutnya.

5. Gangguan kognitif dan perilaku

Perubahan tingkat kesadaran bisa terjadi dalam rentang yang berbeda, mulai dari confuse sampai koma. Hal ini diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi karena adanya iskemik atau hemoragik. Perubahan perilaku termasuk emosi yang labil, hilangnya kontrol diri dan penurunan toleransi terhadap stress. Perubahan intelektual bisa berupa hilangnya memori, penilaian dan ketidakmampuan dalam berpikir abstrak (Lemone and Burke, 2004).

2.3.4 Stroke berulang

Stroke pertama dan stroke berulang diartikan mengikuti kriteria WHO, yaitu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan aliran darah ke otak (WHO, 2014). Kejadian stroke berulang secara umum bisa diartikan seperti berikut:

1. Defisit neurologis baru yang berbeda dari sebelumnya
2. Kejadian pada sisi sama dalam jangka waktu lebih dari 21 hari dipertimbangkan sebagai stroke berulang
3. Tipe atau subtype yang berbeda dari sebelumnya

Tabel 2.1 Persentase kekambuhan stroke setelah serangan pertama (NSA, 2007)

Selang Waktu	Persentase Kekambuhan
Setelah 30 hari	3%-10%
Setelah 1 tahun	5%-14%
Setelah 5 tahun	25%-40%

2.3.5 Faktor risiko stroke berulang

Pada umumnya faktor risiko stroke berulang sama seperti faktor risiko stroke pertama. Faktor risiko stroke berulang dibedakan menjadi dua hal yaitu tidak dapat diubah dan dapat diubah (Dirksen, 2011; Kurniasari 2011; Yastroki, 2012).

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain faktor umur, jenis kelamin, ras, dan genetik.

- 1) Umur

Umur seseorang yang bertambah adalah faktor risiko yang paling penting bagi semua jenis stroke. Stroke terjadi pada semua usia, tetapi pada dasarnya lebih sering terjadi pada usia lanjut. Risiko stroke

berulang meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 55 tahun. Kejadian stroke berulang semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia pula. Orang berusia di atas 55 tahun memiliki risiko terkena stroke iskemik meningkat dua kali setiap dekade.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi angka kematian stroke. Stroke secara umum sering terjadi pada laki-laki daripada wanita. Laki-laki lebih cenderung terserang stroke tiga kali lipat dibandingkan wanita. Laki-laki cenderung terserang stroke iskemik, sedangkan wanita cenderung terserang stroke hemoragik.

3) Ras/suku

Penduduk kulit hitam terserang stroke 38% lebih tinggi daripada penduduk kulit putih. Stroke lebih banyak menyerang dan mengakibatkan kematian pada ras kulit hitam, Asia dan kepulauan Pasifik serta hispanik dibandingkan kulit putih.

4) Genetik

Orang tua yang pernah terkena stroke akan berisiko tiga kali lipat pada keturunannya untuk terserang stroke. Riwayat stroke pada salah satu anggota keluarga termasuk serangan TIA sebelumnya atau stroke sebelumnya juga memiliki risiko terkena stroke yang lebih tinggi.

2. Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang dapat diubah berhubungan dengan faktor hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, kolesterol, obesitas,

riwayat stroke sebelumnya (TIA), merokok, aktivitas fisik, dan pola hidup.

1) Hipertensi

Hipertensi merupakan keadaan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan diastolik di atas 90 mmHg. Tekanan darah ideal kurang dari 120 mmHg sampai dengan 80 mmHg. Pengendalian tekanan darah menjadi pencegahan primer terjadinya stroke berulang. Risiko stroke meningkat 1,6 kali setiap 10 mmHg tekanan darah sistolik dan sebesar 50% kejadian stroke dicegah dengan pengendalian tekanan darah.

2) Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah suatu keadaan ketika kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl atau pemeriksaan gula darah puasa >140 mg/dl atau pemeriksaan gula darah 2 jam post prandial >200 mg/dl. Diabetes melitus meningkatkan faktor risiko terjadinya stroke pertama, namun dengan dilakukannya pengendalian kadar gula darah maka risiko kejadian stroke berulang bisa diturunkan.

3) Kelainan jantung

Beberapa kelainan jantung meningkatkan kejadian stroke seperti adanya penyakit jantung iskemik, infark miokard, disritmia jantung, aterosklerosis dan lainnya.

4) Dislipidemia

Dislipidemia merupakan keadaan pasien yang hiperlipidemia, yaitu kadar kolesterol atau trigliseri >200 mg/dl.

Kolesterol adalah suatu unsur lemak di dalam darah yang berfungsi membentuk dinding sel, pembentuk hormon dan empedu. Peningkatan serum kolesterol dan komponen-komponennya mengakibatkan terjadinya peningkatan risiko gangguan pembuluh darah berupa penyumbatan pembuluh darah. Keadaan tersebut meningkatkan risiko terjadinya stroke dan penyakit jantung.

5) Obesitas

Obesitas menyebabkan terjadinya peningkatan faktor pembekuan darah yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke. Peningkatan BMI (Body Mass Index) berbanding lurus dengan peningkatan risiko stroke. Risiko stroke meningkat pada BMI >30.

6) Riwayat stroke atau TIA

Riwayat stroke dan TIA merupakan faktor risiko yang penting bagi stroke. 60% kejadian stroke didahului oleh TIA, sehingga semakin sering terjadi TIA akan meningkatkan risiko stroke. Jika terjadi sekali serangan stroke, kemungkinan terjadi stroke susulan harus lebih diwaspadai karena pada saat stroke telah terjadi penyumbatan di pembuluh darah otak.

7) Merokok

Orang yang merokok berisiko lebih tinggi terserang stroke dibandingkan dengan orang yang tidak merokok. Merokok memberikan sumbangan terbentuknya plak pada arteri. Asap rokok mengandung zat oksidator yang menyebabkan kerusakan dinding arteri dan menjadi tempat penimbunan lemak, sel trombosit,

kolesterol, penyempitan dan pergeseran arteri di seluruh tubuh termasuk otak, jantung dan tungkai. Merokok dapat memicu terjadinya aterosklerosis, mengurangi aliran darah dan mengakibatkan darah menggumpal sehingga berisiko terhadap kejadian stroke.

8) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik yang kurang menyebabkan kemampuan metabolisme tubuh dalam pembakaran zat-zat makanan juga berkurang, sehingga terjadi penumpukan kadar lemak dan kolesterol dalam darah yang berisiko membentuk aterosklerosis dan mengakibatkan penyakit jantung dan stroke.

9) Pola hidup

Adanya kombinasi antara perubahan fisik, lingkungan, kebiasaan, dan gaya hidup mengakibatkan risiko terserang stroke. Pola hidup sehat banyak berhubungan dengan kesehatan jantung dan jaringan pembuluh darah termasuk stroke.

Seseorang yang mempunyai satu atau lebih dari dua faktor risiko stroke adalah stroke prone person, yaitu seseorang yang mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk terkena serangan stroke daripada orang normal pada suatu saat selama perjalanan hidupnya bila tidak dikontrol (Yastroki, 2012).

2.3.6 Pencegahan kekambuhan stroke

1. Kontrol rutin

Kontrol yang harus dijalani paling sedikit satu bulan sekali. Jika kondisi kesehatan pasien semakin membaik, maka dokter akan memperpanjang

waktu kontrolnya menjadi 3 bulan sekali. Obatnya juga ada yang dihentikan atau dikurangi dosisnya (Tingka, 2010).

2. Pengendalian tekanan darah

1) Pencegahan

Rutin berolahraga, mengkonsumsi diet rendah garam dan lemak, menjauhi rokok, mengontrol stress, menurunkan berat badan jika berlebihan, mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol dalam makanan

2) Pengobatan

Cara kerja obat-obatan antihipertensi adalah bekerja pada organ target, yaitu jantung dan pembuluh darah, dengan cara memodifikasi kerja organ-organ tersebut sampai pada taraf optimal, sehingga tekanan darah bisa dikendalikan. Jika tekanan darah tinggi, obat antihipertensi berfungsi untuk menurunkan tekanan darah sampai pada angka normal yaitu 120/80 mm/Hg. Saat sudah pada batas normal, obat tersebut akan bekerja untuk menstabilkan tekanan darah yang sudah normal.

3. Pengendalian berat badan

Jika berat badan berlebih perlu dilakukan penurunan berat badan untuk menurunkan risiko penyumbatan pembuluh darah oleh lemak yang berlebih dalam tubuh. Salah satu cara yang bisa dilakukan dengan mengurangi asupan lemak jenuh dan kolesterol dalam makanan (Tingka, 2010).

4. Makanan sehat

Makanan yang disarankan untuk pasien stroke, yaitu makanan yang rendah garam, lemak jenuh, kolesterol, serta makanan yang tinggi serat, terutama buah-buahan, sayuran, dan makanan nabati.

1) Menu sehat pasien stroke

- (1) Berbagai jenis sayuran hijau dan berwarna oranye, termasuk juga kacang polong dan kacang kering
- (2) Buah-buahan segar, tinggi akan antioksidan. Sebaiknya setiap hari buah yang dimakan berganti-ganti.
- (3) Gandum dan makanan kaya akan serat lainnya (beras merah, oat meal untuk menggantikan nasi putih)
- (4) Ikan setidaknya 2x dalam seminggu untuk memperoleh protein
- (5) Daging atau ayam (pilih bagian yang tidak berlemak)
- (6) Susu rendah lemak
- (7) Minyak zaitun

2) Makanan yang harus dihindari

- (1) Makanan yang digoreng
- (2) Makanan yang mengandung mentega
- (3) Makanan yang mengandung pemanis buatan
- (4) Makanan yang mengandung lemak jahat
- (5) Makanan yang dibakar

5. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik bisa membantu mempercepat metabolisme tubuh, sehingga mampu mengurangi timbunan lemak dan kolesterol dalam darah

yang berisiko membentuk sumbatan pada pembuluh darah. Aktivitas fisik yang dianjurkan adalah aktivitas fisik yang bersifat aerobik kurang lebih 30-45 menit/hari

6. Tidak merokok

Menjauhi rokok dapat menghindari terjadinya kerusakan pembuluh darah yang dikarenakan asap rokok (penyempitan pembuluh darah, terbentuknya sumbatan dari penumpukan lemak ataupun sel trombosit) (Tingka, 2010).

2.4 Rehabilitasi pasca stroke

2.4.1 Pengertian rehabilitasi

Rehabilitasi merupakan bagian penting dalam proses pemulihan stroke. Tujuan rehabilitasi ini adalah untuk menolong penderita stroke untuk memperoleh kembali apa yang mungkin dapat dipertahankan untuk memaksimalkan fungsi tubuh pada penderita stroke (Stroke and Heart Foundation, 2010).

Tujuan rehabilitasi ialah menjaga atau meningkatkan kemampuan jasmani, rohani, keadaan ekonomi dan kemampuan kerja semaksimal mungkin. Berbagai usaha dilakukan untuk mencapai tujuan ini, diantaranya: terapi fisik/fisioterapi, latihan bicara, latihan mental, terapi okupasi, psikoterapi, memberi alat bantu, dan ortotik prostetik dan olah raga.

Bentuk tindakan di atas tentunya disesuaikan dengan berat ringan cacat, bentuk cacat, kemampuan atau tingkat mental penderita. Penanganan rehabilitasi merupakan pendekatan multidisiplin, beberapa ahli di berbagai

bidang bekerja sama, misalnya dokter keluarga, ahli rehabilitasi medik, ahli saraf, perawat dan anggota keluarga (Stroke and Heart Foundation, 2010).

2.4.2 Prinsip-prinsip rehabilitasi

Menurut Wirawan (2009), prinsip-prinsip rehabilitasi stroke adalah

1. Bergerak merupakan obat yang paling mujarab. Bila anggota gerak sisi yang terkena terlalu lemah untuk mampu bergerak sendiri, anjurkan pasien untuk bergerak/beraktivitas menggunakan sisi yang sehat, namun sedapat mungkin juga mengikutsertakan sisi yang sakit. Pasien dan keluarga seringkali beranggapan salah, mengharapkan sirkuit baru di otak akan terbentuk dengan sendirinya dan pasien secara otomatis bisa bergerak kembali. Sebenarnya sirkuit hanya akan terbentuk bila ada “kebutuhan” akan gerak tersebut. Bila ekstremitas yang sakit tidak pernah digerakkan sama sekali, presentasinya di otak akan mengecil dan terlupakan.
2. Terapi latihan gerak yang diberikan sebaiknya adalah gerak fungsional dari pada gerak tanpa ada tujuan tertentu. Gerak fungsional misalnya gerakan meraih, memegang dan membawa gelas ke mulut. Gerak fungsional mengikutsertakan dan mengaktifkan bagian-bagian dari otak, baik area lesi maupun area otak normal lainnya, menstimulasi sirkuit baru yang dibutuhkan. Melatih gerak seperti menekuk dan meluruskan (fleksi-ekstensi) siku lengan yang lemah menstimulasi area lesi saja. Apabila akhirnya lengan tersebut bergerak, tidak begitu saja bisa digunakan untuk gerak fungsional, namun tetap memerlukan terapi latihan agar terbentuk sirkuit yang baru.

3. Sedapat mungkin bantu dan arahkan pasien untuk melakukan gerak fungsional yang normal, jangan biarkan menggunakan gerak abnormal. Gerak normal artinya sama dengan gerak pada sisi sehat. Bila sisi yang terkena masih terlalu lemah, berikan bantuan “tenaga” secukupnya dimana pasien masih menggunakan ototnya secara “aktif”. Bantuan yang berlebihan membuat pasien tidak menggunakan otot yang akan dilatih (otot bergerak pasif). Bantuan tenaga yang kurang menyebabkan pasien mengerahkan tenaga secara berlebihan dan mengikutsertakan otot-otot lain. Ini akan memperkuat gerakan ikutan ataupun pola sinergis yang memang sudah ada dan seharusnya dihindari. Besarnya bantuan “tenaga” yang diberikan harus disesuaikan dengan kemajuan pemulihan pasien.
4. Gerak fungsional dapat dilatih apabila stabilitas batang tubuh sudah tercapai, yaitu dalam posisi duduk dan berdiri. Stabilitas duduk dibedakan dalam stabilitas duduk statik dan dinamik. Stabilitas duduk statik tercapai apabila pasien telah mampu mempertahankan duduk tegak tidak bersandar tanpa berpegangan dalam kurun waktu tertentu tanpa jatuh/miring ke salah satu sisi. Stabilitas duduk dinamik tercapai apabila pasien dapat mempertahankan posisi duduk sementara batang tubuh dorong ke arah depan, belakang, ke sisi kiri atau kanan dan atau dapat bertahan tanpa jatuh/miring ke salah satu sisi sementara lengan meraih ke atas, bawah, atau samping untuk suatu aktivitas. Latihan stabilitas batang tubuh selanjutnya yaitu stabilitas berdiri statik dan dinamik. Hasil latihan ini memungkinkan pasien mampu melakukan aktivitas dalam posisi

berdiri. Kemampuan fungsional optimal dicapai apabila pasien juga mampu melakukan aktivitas sambil berjalan.

5. Persiapkan pasien dalam kondisi prima untuk melakukan terapi latihan. Gerak fungsional yang dilatih akan memberikan hasil maksimal apabila pasien siap secara fisik dan mental. Secara fisik harus diperhatikan kelenturan otot-otot, lingkup gerak semua persendian tidak ada yang terbatas, dan tidak ada nyeri pada pergerakan. Secara mental pasien mempunyai motivasi dan pemahaman akan tujuan dan hasil yang akan dicapai dengan terapi latihan tersebut. Kondisi medis juga menjadi salah satu pertimbangan. Tekanan darah dan denyut nadi sebelum dan sesudah latihan perlu dimonitor. Lama latihan tergantung pada stamina pasien. Terapi latihan yang sebaiknya adalah latihan yang tidak sangat melelahkan, durasi tidak terlalu lama (umumnya sekitar 45-60 menit) namun dengan pengulangan sesering mungkin.
6. Hasil terapi latihan yang diharapkan akan optimal bila ditunjang oleh kemampuan fungsi kognitif, persepsi dan semua modalitas sensoris yang utuh. Rehabilitasi fisik dan rehabilitasi fungsi kognitif tidak dapat dipisahkan. Mengembalikan kemampuan fisik seseorang harus melalui kemampuan kognitif, karena rehabilitasi pada prinsipnya adalah suatu proses belajar, yaitu belajar untuk mampu kembali melakukan suatu aktivitas fungsional dengan segala keterbatasan yang ada.

2.5 *Theory of Planned Behavior*

Theory of planned behavior (TPB) atau teori perilaku terencana dikembangkan oleh Ajzen dan merupakan pengembangan lebih lanjut dari *theory of reason action* (TRA) yang dikemukakan oleh Fishbein dan Ajzen (1975). Fokus utamanya sama seperti *theory of reason action* yakni intensi seseorang untuk melakukan perilaku tertentu. Intensi dianggap dapat menilai faktor-faktor motivasi yang mempengaruhi perilaku. Intensi adalah indikasi seberapa kuat seseorang mau berusaha untuk mencoba dan seberapa banyak usaha yang akan dilakukan seseorang untuk melakukan suatu perilaku.

Theory of reason action menyatakan bahwa terdapat dua faktor penentu intensi yakni sikap pribadi dan norma subjektif. Sikap adalah evaluasi positif dan negatif seseorang terhadap perilaku tertentu. Norma subjektif merupakan persepsi individu terhadap tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tertentu (Fishbein & Ajzen, 1975). Ajzen beropini bahwa *theory of reason action* belum dapat menjelaskan perilaku yang tidak sepenuhnya berada di bawah kontrol seseorang. Ajzen menambahkan *perceived behavioral control* sebagai faktor tambahan yang menentukan intensi dalam *theory of planned behavior*. *Perceived behavioral control* adalah persepsi seseorang terhadap kontrol yang dimilikinya yang berhubungan dengan perilaku tertentu. Faktor ini mengacu pada persepsi seseorang tentang mudah atau sulitnya memunculkan perilaku tertentu dan diasumsikan sebagai refleksi dari pengalaman masa lalu dan juga hambatan yang diantisipasi. Ketiga faktor ini yaitu sikap, norma subjektif dan *perceived behavioral control* dapat

memperkirakan intensi seseorang dalam melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 2005).

2.5.1 Komponen-komponen *theory of planned behavior*

1. Intensi

1) Pengertian intensi

Intensi merupakan kemungkinan subjektif yang dimiliki individu untuk melakukan perilaku tertentu Fishbein dan Ajzen (1975). Intensi akan tetap menjadi kecenderungan berperilaku sampai pada waktu yang tepat ada usaha yang dijalankan untuk mengubah intensi tersebut menjadi sebuah perilaku. Intensi sebagai anteseden dari sebuah perilaku yang terlihat. Intensi dapat memperkirakan secara akurat berbagai kecenderungan perilaku. Berdasarkan *theory of planned behavior*, intensi merupakan fungsi dari tiga penentu utama, pertama adalah faktor personal dari seseorang, kedua bagaimana pengaruh sosial, dan ketiga berhubungan dengan kontrol yang dimiliki seseorang (Ajzen, 2005). Berdasarkan uraian di atas pengertian intensi dalam penelitian ini adalah kecenderungan individu untuk melakukan perilaku tertentu baik secara sadar atau tidak.

2) Aspek pengukuran intensi

Intensi mempunyai empat aspek (Ajzen, 2005), yakni :

(1) Perilaku (*behavior*), yaitu perilaku tertentu yang selanjutnya akan diwujudkan

(2) Sasaran (*target*), yaitu objek yang menjadi target perilaku. Objek yang menjadi target dari perilaku tertentu dapat dikelompokkan

menjadi tiga, yaitu orang tertentu/objek tertentu (*particular object*), sekelompok orang/sekelompok objek (*a class of object*), dan orang/objek pada umumnya (*any object*)

(3) Situasi (*situation*), yaitu situasi yang mendukung untuk dilakukannya suatu perilaku (bagaimana dan di mana perilaku itu akan diwujudkan)

(4) Waktu (*time*), yaitu waktu terjadinya perilaku yang meliputi waktu tertentu, dalam satu periode atau jangka waktu yang tidak terbatas.

Fishbein dan Ajzen (1975) menjelaskan bahwa untuk mengidentifikasi tingkat kekhususan pada sasaran, situasi, dan dimensi waktu cenderung mudah, tapi dimensi perilaku cenderung lebih sulit untuk diidentifikasi. Pengukuran intensi yang terbaik agar dapat memperkirakan perilaku adalah dengan memasukkan keempat aspek intensi yaitu perilaku, target, situasi dan waktu.

Keakuratan intensi dalam memperkirakan perilaku tertentu bukan tanpa syarat, karena ditemukan beberapa studi bahwa intensi tidak selalu menghasilkan perilaku yang dimaksud. Pernyataan ini juga diperjelas oleh pernyataan Ajzen (2005). Ajzen berpendapat bahwa meskipun banyak ahli yang sudah membuktikan hubungan kuat antara intensi dan perilaku, tetapi pada beberapa kali hasil studi ditemukan pada hubungan yang lemah antara keduanya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan intensi dalam memperkirakan perilaku, yaitu:

(1) Kesesuaian antara intensi dan perilaku

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilaku dalam hal konteks dan waktunya

(2) Stabilisasi intensi

Ketidastabilan intensi seseorang dapat terjadi bila ada jarak/ jangka waktu yang cukup lama antara pengukuran intensi, sangat mungkin ditemui kejadian yang dapat mencampuri atau mengubah intensi seseorang, sehingga pada perilaku awal yang ditampilkannya tidak sesuai dengan intensi awal. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah.

(3) *Literal inconsistency*

Pengukuran intensi dan perilaku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intensi dan perilaku singkat. Hal ini menyebabkan masih ada kemungkinan terjadinya ketidaksesuaian antara intensi dengan perilaku yang ditampilkan. Penjelasan *literal inconsistency*, yaitu seseorang kadang-kadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan perilakunya sesuai dengan intensi yang sudah dinyatakan sebelumnya. Ketidakkonsistenan tersebut bisa terjadi karena beberapa alasan, seperti seseorang merasa lupa akan apa yang pernah mereka katakan. Maka untuk mengantisipasi hal ini bisa dilakukan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta seseorang untuk membuat rincian bagaimana intensi tersebut akan diimplementasikan dalam perilaku. Rincian meliputi kapan, di mana dan bagaimana perilaku akan dilakukan.

(4) *Base rate*

Base rate merupakan tingkat kemungkinan sebuah perilaku akan dilakukan oleh seseorang. Perilaku dengan *base rate* tinggi merupakan perilaku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi dan makan. Perilaku dengan *base rate* rendah merupakan perilaku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri. Intensi dapat memperkirakan perilaku nyatanya dengan baik jika perilaku tersebut mempunyai tingkat *base rate* yang sedang, misalnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pengukuran intensi dapat dikelompokkan ke dalam pengukuran *beliefs*. Sama dengan pengukuran *beliefs*, pengukuran intensi terdiri atas dua hal, yaitu pengukuran isi (*content*), dan kekuatan (*strength*). Isi dari intensi diwakili oleh jenis perilaku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responsnya dilihat dari *rating* atau nilai jawaban yang diberikan responden pada pilihan skala yang tersedia. Contoh pilihan skalanya adalah mungkin-tidak mungkin dan setuju-tidak setuju.

$$B \sim I = (A_b) W_1 + (SN) W_2 + (PBC) W_3$$

Keterangan :

B = *behavior* = perilaku

I = *intention* = intensi/niat melakukan perilaku B

A_b = *attitudes* = sikap terhadap perilaku B

SN = *subjective norm* = norma subjektif

PBC = *perceived behavior control*

W_{123} = *weight* = bobot pengaruh

Variabel lain yang berpengaruh terhadap intensi selain beberapa faktor utama tersebut (sikap terhadap perilaku, norma subyektif dan PBC), yaitu variabel yang berhubungan dengan *belief*. Variabel-variabel tersebut terdapat dalam *background factor* dan dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu:

(1) Faktor personal

Faktor personal merupakan sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), dan kecenderungan yang dimilikinya

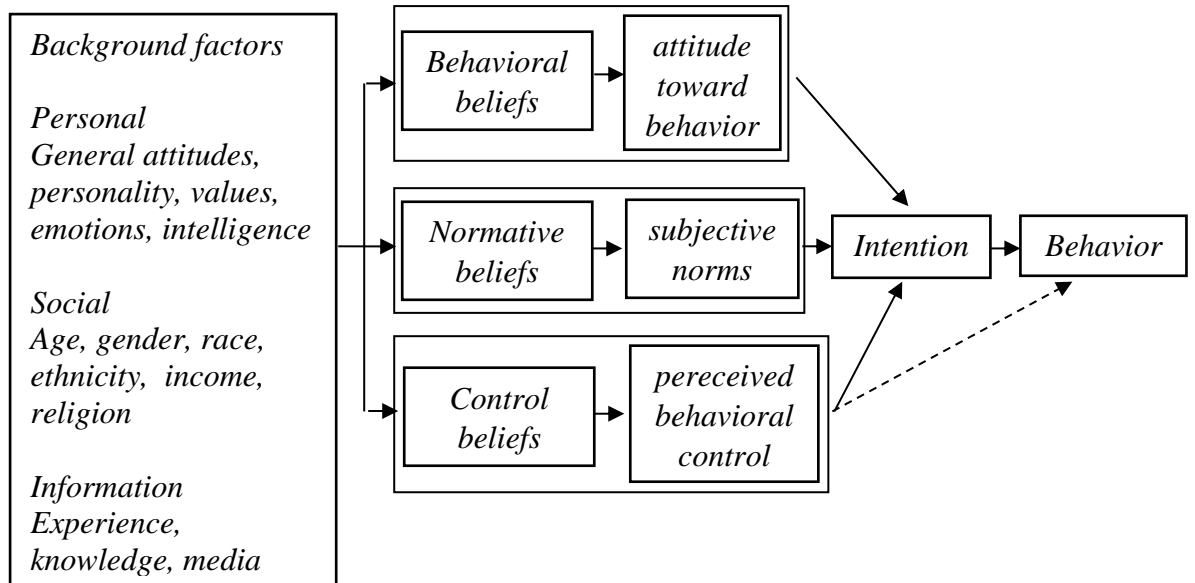
(2) Faktor sosial

Faktor sosial, yaitu usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama

(3) Faktor informasi

Faktor informasi merupakan pengalaman, pengetahuan dan paparan media. Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan perabaan. Sebagian besar pengetahuan manusia didapat melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan.

Variabel-variabel dalam *background factor* ini mempengaruhi *belief* dan akhirnya berpengaruh juga pada intensi dan tingkah laku (Ajzen, 2005).



Gambar 2.1 Bagan *theory of planned behavior* (Ajzen, 2005)

Bagan di atas menjelaskan empat hal yang berkaitan dengan perilaku manusia, yaitu:

- (1) Hubungan langsung antara perilaku dan intensi. Hal ini memiliki arti bahwa intensi adalah faktor terdekat yang memperkirakan munculnya perilaku yang akan ditampilkan seseorang
- (2) Intensi dipengaruhi oleh tiga faktor, yakni sikap seseorang terhadap perilaku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*) dan kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*)
- (3) Setiap faktor yang mempengaruhi intensi (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh variabel lain yakni *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs*, dan PBC dipengaruhi oleh *control beliefs*
- (4) PBC adalah ciri khas teori ini, pada bagan terlihat ada dua cara yang menghubungkan perilaku dengan PBC. Pertama diwakili oleh garis

penuh yang menghubungkan PBC dengan perilaku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Kedua yaitu hubungan secara langsung antara PBC dengan perilaku yang digambarkan dengan garis putus-putus tanpa melalui intensi (Ajzen, 2005)

2. Sikap

1) Pengertian sikap

Sikap adalah besarnya perasaan positif terhadap suatu objek (*favorable*) atau negatif (*unfavorable*) terhadap suatu objek, orang, institusi, atau kegiatan. Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh *belief* tentang dampak dari sebuah perilaku, yang biasa disebut dengan *behavioral beliefs*. Masing-masing *behavioral beliefs* mengkaitkan perilaku dengan hasil yang bisa diperoleh dari perilaku tersebut. Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh evaluasi individu mengenai hasil yang berkaitan dengan perilaku dan dengan kekuatan hubungan dari kedua hal tersebut. Individu yang semakin mempunyai evaluasi bahwa suatu perilaku akan menghasilkan konsekuensi positif maka individu akan relatif bersikap *favorable* terhadap perilaku tersebut. Individu yang semakin mempunyai evaluasi negatif akan relative bersikap *unfavorable* terhadap perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

2) Aspek pengukuran sikap

Ajzen (2005) menyatakan sikap terhadap perilaku didefinisikan sebagai derajat penilaian positif atau negatif individu terhadap perilaku tertentu. Sikap terhadap perilaku ditentukan oleh kombinasi antara *behavioral belief* dan *outcome evaluation*. *Behavioral belief*

adalah *belief* individu mengenai konsekuensi positif atau negatif dari perilaku tertentu dan *outcome evaluation* merupakan evaluasi individu terhadap konsekuensi yang akan ia dapatkan dari sebuah perilaku.

Rumusny adalah sebagai berikut:

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan:

AB: sikap terhadap perilaku tertentu

b_i : keyakinan terhadap perilaku yang mengarah pada konsekuensi

e_i : evaluasi individu terhadap hasil dari berperilaku (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumus di atas sikap terhadap perilaku (AB) didapat dari penjumlahan hasil kali antara *belief* terhadap *outcome* yang dihasilkan (b_i) dengan evaluasi terhadap *outcome* (e_i). Dapat disimpulkan bahwa individu yang percaya bahwa sebuah perilaku dapat menghasilkan *outcome* yang positif maka individu tersebut akan memiliki sikap yang positif terhadap sebuah perilaku, begitu juga sebaliknya.

Pengukuran sikap tidak dapat diperoleh melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respon. Pengukuran sikap ini diperoleh dari interaksi antara *belief content-outcome evaluation* dan *belief strength*. *Belief* individu mengenai suatu obyek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respon bebas dengan cara meminta subjek untuk menuliskan karakteristik, kualitas dan atribut dari obyek atau konsekuensi perilaku tertentu. Fishbein dan Ajzen menyebutnya dengan proses elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan *belief* utama

(*salient belief*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur atau instrumen.

3. Norma subyektif

1) Pengertian norma subyektif

Ajzen (2005) mengatakan norma subjektif merupakan fungsi yang didasarkan oleh *belief* yang disebut *normative belief*, yaitu *belief* mengenai kesetujuan dan atau ketidaksetujuan yang berasal dari *referent* atau orang dan kelompok yang berpengaruh bagi individu (*significant others*) seperti orang tua, pasangan, teman dekat, rekan kerja atau lainnya terhadap suatu perilaku. Norma subyektif didefinisikan sebagai persepsi individu tentang tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku (Ajzen, 2005).

Norma subyektif ditentukan oleh kombinasi antara *normative belief* individu dan *motivation to comply*. Biasanya semakin individu mempersepsikan bahwa *social referent* yang mereka miliki mendukung mereka untuk melakukan suatu perilaku maka individu tersebut akan cenderung merasakan tekanan sosial untuk memunculkan perilaku tersebut. Dan sebaliknya semakin individu mempersepsikan bahwa *social referent* yang mereka miliki tidak menyetujui suatu perilaku maka individu cenderung merasakan tekanan sosial untuk tidak melakukan perilaku tersebut.

2) Aspek pengukuran norma subyektif

Ajzen (2005) mendefinisikan norma subjektif sebagai persepsi individu tentang tekanan sosial untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku. Norma subjektif ditentukan oleh *normative*

belief dan *motivation to comply*. *Normative belief* adalah *belief* mengenai kesetujuan atau ketidaksetujuan yang berasal dari *referent*. *Motivation to comply* adalah motivasi individu untuk mematuhi harapan dari *referent*. Berikut adalah rumus hubungan *normative belief* dan *motivation to comply*:

$$SN = \sum ni mi$$

Keterangan:

SN: norma subyektif

ni: *normative belief*

mi: motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumus di atas norma subjektif (SN) didapat dari penjumlahan hasil kali dari *normative belief* (ni) dengan *motivation to comply* (mi). Individu yang percaya bahwa *referent* akan mendukung ia untuk melakukan sebuah perilaku akan merasakan tekanan sosial untuk melakukan perilaku tersebut, dan begitu juga sebaliknya.

4. Persepsi control perilaku (*Perceived Behavioral Control*)

1) Pengertian *perceived behavioral control*

Ajzen (2005) menjelaskan *perceived behavioral control* sebagai fungsi yang didasarkan oleh *belief* yang disebut sebagai *control beliefs*, yaitu *belief* individu mengenai ada atau tidak adanya faktor yang mendukung atau menghalangi individu untuk memunculkan sebuah perilaku. *Belief* ini didasarkan pada pengalaman terdahulu individu tentang suatu perilaku, informasi yang dimiliki individu tentang suatu perilaku yang diperoleh dengan

melakukan observasi pada pengetahuan yang dimiliki diri maupun orang lain yang dikenal individu, dan juga oleh berbagai faktor lain yang dapat meningkatkan ataupun menurunkan perasaan individu mengenai tingkat kesulitan dalam melakukan suatu perilaku.

Semakin individu merasakan banyak faktor pendukung dan sedikit faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka lebih besar kontrol yang mereka rasakan atas perilaku tersebut dan begitu juga sebaliknya, semakin sedikit individu merasakan faktor pendukung dan banyak faktor penghambat untuk dapat melakukan suatu perilaku, maka individu akan cenderung mempersepsikan diri sulit untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

2) Aspek pengukuran *perceived behavioral control*

Perceived behavioral control adalah persepsi individu mengenai kemudahan atau kesulitan untuk melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 2005). *Perceived behavioral control* ditentukan oleh kombinasi antara *control belief* dan *perceived power control*. *Control belief* merupakan *belief* individu mengenai faktor pendukung atau penghambat untuk memunculkan sebuah perilaku. *Perceived power control* adalah kekuatan perasaan individu akan setiap faktor pendukung atau penghambat tersebut. Hubungan antara *control belief* dan *perceived power control* dapat dilihat pada rumus berikut:

$$PBC = \sum ci pi$$

Keterangan:

PBC: *Perceived behavioral control*

ci: *control belief*

bi: *power belief*

Berdasarkan rumus di atas *perceived behavioral control* (PBC) didapat dari penjumlahan hasil kali *control belief* (ci) dengan *perceived power control* (pi). Semakin besar persepsi mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki individu maka semakin besar PBC yang dimiliki orang tersebut.

2.6 Keaslian penelitian

Tabel 2.2 Keaslian penelitian

No.	Peneliti	Judul Penelitian	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen dan Analisa Data)	Hasil Penelitian
1.	Setyoadi, Tina Handayani N., dan Amanda Kardinasari (2017)	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Pasien Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung	<p>Desain: desain penelitian deskriptif korelasional dengan metode pendekatan cross sectional</p> <p>Sampel: besar sampel 57 responden yang diambil dengan cara <i>purposive sampling</i></p> <p>Variabel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independen: dukungan keluarga pada pasien stroke - Dependen: kemandirian pada pasien stroke <p>Instrumen: alat ukur yang digunakan adalah kuesioner (lembar kuesioner variabel independen terdiri dari 25 pertanyaan, sedangkan variabel dependen terdiri dari 10 pertanyaan)</p> <p>Analisa data: data dianalisis menggunakan uji korelasi <i>pearson</i> untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga</p>	<p>Penelitian ini menyimpulkan bahwa dukungan keluarga di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak mayoritas memiliki dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 87,72%. Sebagian besar kemandirian pasien stroke masuk dalam klasifikasi ketergantungan sedang yaitu sebanyak 71,93%. Terdapat hubungan positif dukungan keluarga dengan kemandirian pasien stroke, sehingga semakin baik dukungan keluarga maka semakin mandiri pasien stroke.</p>

			dengan kemandirian pasien stroke	
2.	Siti Komariah (2016)	Pengaruh Konseling Behavioral terhadap Intensi Pencegahan Kekambuhan Stroke Infark di Wilayah Kerja Puskesmas Rejoso	<p>Desain : desain penelitian <i>quasi-experiment</i> dengan rancangan <i>one control pre-post test design</i></p> <p>Sampel : besar sampel 13 responden dengan kemungkinan drop out didapatkan jumlah responden sebanyak $(13+13) \times 10\%$. Teknik sampling menggunakan <i>nonprobability sampling (purposive sampling)</i></p> <p>Variabel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independen: konseling behavioral - Dependen: intensi untuk melakukan pencegahan kekambuhan stroke <p>Instrumen : Satuan Acara Konseling (SAK) untuk mengukur variabel independen yang diadopsi dari buku panduan konseling Adi (2013) dan rekomendasi Badan Penelitian dan Kualitas Kesehatan Amerika Serikat (2014) dengan media audiovisual yaitu lembar balik dan <i>leaflet</i>; Kuesioner yang dimodifikasi dari penelitian Gatra (2012)</p> <p>Analisa data : memasukkan data hasil sebelum dan setelah perlakuan dengan menggunakan <i>software IBM SPSS Statistics 20</i>; Analisis data dengan menggunakan uji statistik wicoxon untuk melihat intensi pada klien post stroke. Uji statistik Mann Whitney U Test untuk membandingkan intensi klien post stroke pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding</p>	<p>Simpulan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling <i>behavioral</i> mempunyai pengaruh terhadap peningkatan sikap pencegahan kekambuhan stroke pada klien post stroke 2. Konseling <i>behavioral</i> tidak mempunyai pengaruh terhadap peningkatan norma subyektif pencegahan kekambuhan stroke pada klien post stroke 3. Konseling <i>behavioral</i> mempunyai pengaruh terhadap peningkatan persepsi kontrol perilaku pencegahan kekambuhan stroke pada klien post stroke 4. Konseling <i>behavioral</i> mempunyai pengaruh terhadap peningkatan intensi pencegahan kekambuhan stroke pada klien post stroke
3.	Erythrina Julianti (2013)	Pengalaman <i>Caregiver</i> dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah Kerja Puskesmas Benda Baru Kota	<p>Desain : penelitian kualitatif dengan pendekatan desain deskriptif fenomenologi</p> <p>Sampel : keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami pasca stroke dan sudah menjalani perawatan di rumah (rehabilitasi) di wilayah kerja Puskesmas Benda Baru; Informan dipilih dengan metode <i>non-probability</i></p>	<p>Dari hasil penelitian didapatkan bahwa <i>caregiver</i> yang merawat pasien paska stroke di rumah sebagian besar dilakukan oleh pasangan dari pasien. Perawatan yang dilakukan di rumah oleh <i>caregiver</i> meliputi: bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, bantuan latihan</p>

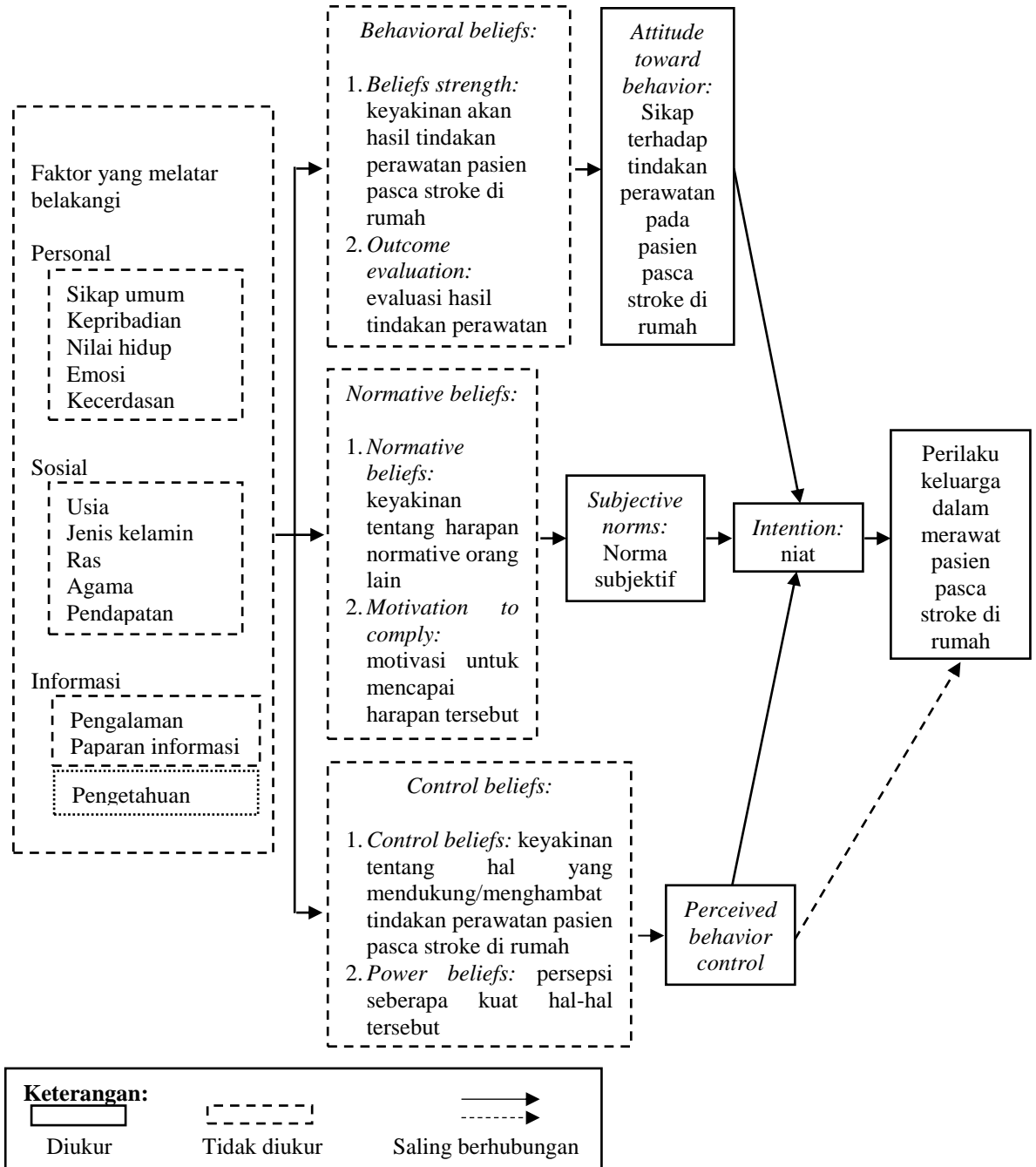
	Tangerang Selatan		<p><i>sampling</i> dan teknik <i>purposive sampling</i></p> <p>Variabel : pengalaman <i>caregiver</i> dalam merawat pasien pasca stroke di rumah</p> <p>Instrumen : panduan wawancara mendalam (<i>indepth interview</i>); catatan lapangan; <i>barthel index</i></p> <p>Analisa data : Teknik analisa data yang digunakan yaitu teknik <i>Burns & Grove</i></p>	<p>aktivitas, pemenuhan spiritual, mengatur program pengobatan, dan membantu dalam sosialisasi dengan lingkungan.</p> <p>Dalam melakukan perawatan di rumah, <i>caregiver</i> mengalami pengalaman positif dan pengalaman negatif</p> <p>Pengalaman perawatan tersebut menimbulkan perubahan pada <i>caregiver</i> berupa perubahan psikologis, fisik, sosial dan spiritual pada <i>caregiver</i> keluarga dan berdampak pada kemampuan <i>caregiver</i> dalam merawat pasien.</p> <p>Pelayanan kesehatan seharusnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan informasi yang lengkap terkait perawatan di rumah pasien pasca stroke - melakukan home visit untuk mengetahui sejauh mana peran <i>caregiver</i> dalam merawat pasien pasca stroke - perlu ditingkatkan bantuan dana dari pemerintah untuk menunjang pengobatan maupun rehabilitasi pasien pasca stroke.
4.	Safri Rahmawati (2013)	<p>Gambaran Perilaku Keluarga terhadap Pasien Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh Kabupaten Aceh Barat</p>	<p>Desain : desain penelitian deskriptif</p> <p>Sampel : keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.</p> <p>Pengambilan sampel dengan teknik <i>accidental sampling</i></p> <p>Variabel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependen: perilaku keluarga terhadap pasien pasca stroke dalam upaya rehabilitasi - Independen: pengetahuan, sikap dan tindakan <p>Instrumen : kuesioner yang disusun sendiri oleh peneliti mengacu kepada konsep rehabilitasi pasca stroke</p> <p>Analisa data : analisa univariate untuk mengetahui variabel-variabel independen yang diteliti; selanjutnya</p>	<p>Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responden mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 18 responden (90.0%) terhadap pasien pasca stroke dalam upaya rehabilitasi 2. Responden mempunyai sikap positif sebanyak 20 responden (100.0%) terhadap pasien pasca stroke dalam upaya rehabilitasi 3. Responden mempunyai tindakan tidak baik sebanyak 14 responden (70.0%) terhadap pasien pasca stroke

			ditentukan persentase perolehan dengan rumus	dalam upaya rehabilitasi
				4. Responden mempunyai perilaku baik sebanyak 14 responden (70.0%) terhadap pasien pasca stroke dalam upaya rehabilitasi di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh Kabupaten Aceh Barat.
5.	Irdawati dan Winarsih Nur Ambarwati (2009)	Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Perilaku dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura	<p>Desain : desain penelitian survey observasional yang bersifat analitik</p> <p>Sampel : teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan <i>simple random sampling</i> (pengambilan secara acak sederhana). Jumlah sampel yang digunakan dengan rumus dan didapatkan jumlah sampel sebanyak 24 orang.</p> <p>Penentuan besar sampel dilakukan dengan cara proporsional dari masing-masing desa terdiri dari sepuluh desa</p> <p>Variabel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependen: perilaku keluarga dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke - Independen: pengetahuan dan sikap keluarga <p>Instrumen : kuesioner</p> <p>Analisa data : analisis data meliputi analisis univariat bertujuan untuk menggambarkan karakteristik responden yaitu anggota keluarga pasien pasca stroke yang merawat dan tersaji untuk melihat prosentase, distribusi, frekuensi masing-masing variabel; analisis bivariat untuk menjawab hipotesis penelitian dan untuk menguji korelasi antara variabel bebas dan terikat.</p> <p>Analisis pengujian hipotesis adalah nonparametric correlation yaitu spearman's.</p> <p>Analisis statistik menggunakan perangkat program komputer SPSS 11.5</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat pengetahuan dan sikap keluarga pasien pasca stroke tentang perawatan pasien di rumah termasuk dalam kategori sedang 2. Perilaku keluarga pasien pasca stroke termasuk dalam kategori baik 3. Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku dan antara sikap keluarga dengan perilaku dalam perawatan pasien pasca stroke

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konseptual faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah berdasarkan pendekatan *Theory of Planned Behavior*

Gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa *Theory of Planned Behavior* (TPB) dapat menjelaskan perilaku merawat pasien pasca stroke di rumah yang ditampilkan oleh keluarga di mana perilaku tersebut dapat timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku merawat. Faktor utama yang mempengaruhi intensi yakni *attitude toward behavior* (sikap terhadap perilaku karena tahu efek baik dari perilaku tersebut), *subjective norms* (keinginan untuk menjalankan perilaku karena dukungan dari orang-orang di sekitarnya) dan *perceived behavioral control/PBC* (seseorang akan tetap berperilaku karena tersedianya faktor pendukung dari *attitude toward behavior* dan *subjective norms*). PBC adalah ciri khas teori ini, pada bagan terlihat ada dua cara yang menghubungkan perilaku dengan PBC. Pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan perilaku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Kedua yaitu hubungan secara langsung antara PBC dengan perilaku yang digambarkan dengan garis putus-putus tanpa melalui intensi.

Inti teori *theory of planned behavior* mencakup 3 hal: pertama, keyakinan tentang kemungkinan konsekuensi/dampak (*behavioral beliefs*) dan evaluasi perilaku merawat dari keluarga (*outcome evaluation*), kemudian akan menghasilkan sikap terhadap perilaku merawat yang dilakukan oleh keluarga (*attitude toward behavior*). Kedua, keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*), kemudian keyakinan tersebut menimbulkan pandangan masyarakat perilaku merawat oleh keluarga sehingga keluarga tersebut dapat termotivasi (*motivation to comply*) untuk berperilaku merawat pasien pasca stroke akibat orang lain (*subjective norms*). Ketiga, keyakinan tentang keberadaan faktor yang mendukung dan menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*). Faktor yang mendukung dan menghambat perilaku mungkin dapat timbul

karena kesadaran akan kekuatan dari faktor tersebut (*power belief*) atau pada saat perilaku ditampilkan dan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari lingkungan misalnya kemampuan keluarga untuk merawat pasien pasca stroke sesuai panduan di rumah (*perceived behavioral control/PBC*).

Beberapa variabel yang mempengaruhi atau berhubungan dengan *beliefs* dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok. Variabel-variabel ini dijelaskan dalam bagan yang ditunjukkan dalam gambar 3.1 yang merupakan *background factors* (faktor yang melatar belakangi) antara lain faktor personal (sikap umum, personalitas, nilai, emosi, dan kecerdasan), faktor sosial (usia, jenis kelamin, ras, pendapatan dan agama) dan faktor informasi (pengalaman masa lalu, pengetahuan tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah, dan paparan media untuk memperoleh informasi tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah).

Sesuai dengan konsep *Theory of Planned Behavior* (TPB) dalam penelitian ini menjelaskan perilaku merawat yang ditampilkan oleh keluarga timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku merawat pasien pasca stroke, niat tersebut dapat muncul karena ada faktor utama (*attitude toward behavior/sikap*, *subjective norms/norma* subjektif dan *perceived behavioral control/PBC*). Faktor utama tersebut dipengaruhi oleh antesenden lainnya. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral belief* dan *outcome evaluation*. Norma subjektif dipengaruhi oleh *normative belief* dan *motivation to comply*. PBC dipengaruhi oleh *control belief* dan *power belief*. Terdapat faktor lain yang mempengaruhi intensi keluarga untuk berperilaku merawat yakni pengetahuan tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah. Seluruh komponen dalam teori ini saling berhubungan sehingga mendapatkan hasil akhir dari teori ini yaitu perilaku merawat pasien pasca stroke oleh keluarga.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

- 1) H1: ada hubungan antara pengetahuan dengan *attitude toward behavior* (sikap) keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 2) H1: ada hubungan antara pengetahuan dengan *subjective norm* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 3) H1: ada hubungan antara pengetahuan dengan *perceived behavior control* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 4) H1: ada hubungan antara faktor *attitude toward behavior* (sikap) dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 5) H1: ada hubungan antara faktor *subjective norm* (norma subjektif) dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 6) H1: ada hubungan antara faktor *perceived behavior control* dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
- 7) H1: ada hubungan antara intensi dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian yang digunakan

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional* atau yang disebut juga potong lintang yaitu penelitian yang bertujuan mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan dalam suatu komunitas dan selanjutnya menjelaskan suatu keadaan tersebut melalui pengumpulan atau pengukuran variabel korelasi yang terjadi pada obyek penelitian secara simultan dan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2012). Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah Surabaya.

4.2 Populasi, sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek penelitian yang memasuki kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya. Jumlah pasien stroke di Puskesmas Wonokusumo Surabaya sebanyak 64 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang bisa digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2015). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo

Surabaya. Pemilihan sampel dalam penelitian ini ditetapkan berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum yang dimiliki oleh subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini sebagai berikut:

- 1) keluarga yang saat ini merawat pasien pasca stroke minimal 1 tahun (berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti)
- 2) berusia >21 tahun karena usia tersebut awal dari masa dewasa yang dapat bertindak secara bertanggung jawab untuk dirinya ataupun orang lain (termasuk keluarga) (Hurlock, 1968)
- 3) dapat berkomunikasi lisan dan tertulis dengan baik

2. Kriteria Eksklusi

Tidak ada kriteria eksklusi dalam penelitian ini.

Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{64 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2(64-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{61,4656}{1,1179}$$

$$n = 54,9830933$$

$$n = 55 \text{ keluarga pasien pasca stroke}$$

Keterangan:

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

$q = 1 - p$ (100% - p)

d = tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,05$)

4.2.3 Teknik sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi bagian dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling adalah cara yang dilakukan dalam pengambilan sampel, agar mendapatkan sampel yang betul-betul sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995; Nursalam 2015). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan peneliti menggunakan *total sampling* karena jumlah populasi yang kurang dari 100 maka seluruh populasi dijadikan sampel penelitian (Sugiyono, 2007).

4.3 Variabel penelitian

Variabel merupakan tingkah laku atau karakteristik yang memberikan nilai yang membedakan sesuatu misalnya benda, manusia dan sebagainya (Nursalam, 2015)

1. Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi nilai variabel lain. Variabel independen pada penelitian ini yakni pengetahuan, *attitude toward behavior*, *subjective norm*, *perceived behavioral control* dan intensi.

2. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya dipengaruhi atau ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen pada penelitian ini yakni perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

4.4 Definisi operasional variabel

Definisi dari variabel perlu dijelaskan secara operasional karena tiap variabel dapat diartikan berbeda oleh orang lain. Definisi operasional dirumuskan untuk keakuratan, komunikasi dan replikasi.

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Instrumen	Skala	Kriteria
Variabel dependen: Pengetahuan	Pemahaman keluarga tentang rehabilitasi pasien pasca stroke	Pengetahuan tentang rehabilitasi pasien pasca stroke meliputi: 1. Tujuan 2. Manfaat 3. Terapi 4. Rehabilitasi pada tiap pasien 5. Tenaga medis yang berperan 6. Lama rehabilitasi 7. Pola hidup pasien selama rehabilitasi	Kuesioner	Ordinal	Skor pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7: a = 1 b = 2 c = 3 Skor pertanyaan nomor 8 dan 11: 1-2 = 1 3-5 = 2 >5 = 3 Skor pertanyaan nomor 9: = 1 = 2 = 3 Skor pertanyaan nomor 10 dan 12: 1-2 = 1 3-4 = 2 >4 = 3 Penilaian kriteria: Baik: 76-100% Cukup: 60-75% Kurang: <60%
<i>Attitude toward behavior</i> (Sikap)	Besarnya perasaan positif atau negatif keluarga terhadap kegiatan merawat pasien pasca stroke di rumah	1. <i>Behavioral belief</i> 2. <i>Outcome evaluation</i>	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan <i>favorable</i> : 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat Tidak Setuju Pertanyaan <i>Unfavorable</i> : 1= Sangat Setuju 2= Setuju 3= Tidak Setuju

					4= Sangat Tidak Setuju Klasifikasi sikap positif bila skor \geq <i>mean</i> skor dan sikap negative bila skor $<$ <i>mean</i> skor.
<i>Subjective norm</i>	Keyakinan seseorang terhadap harapan orang sekitar yang dianggap memiliki pengaruh dan menjadi motivasi untuk menunjukkan perilaku tertentu	1. <i>Normative belief</i> 2. <i>Motivation to comply</i>	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan <i>favorable</i> : 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat Tidak Setuju Pertanyaan <i>Unfavorable</i> : 1= Sangat Setuju 2= Setuju 3= Tidak Setuju 4= Sangat Tidak Setuju Klasifikasi Nilai: Tinggi = 48-64 Sedang = 26-47 Rendah = 4-25
<i>Pereceived behavioral control</i>	Persepsi terhadap mudah atau sulit perilaku merawat pasien pasca stroke di rumah dapat dilakukan	1. <i>Control belief</i> 2. <i>Power belief</i>	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan <i>favorable</i> : 4= Sangat Setuju 3= Setuju 2= Tidak Setuju 1= Sangat Tidak Setuju Pertanyaan <i>Unfavorable</i> : 1= Sangat Setuju 2= Setuju 3= Tidak Setuju 4= Sangat Tidak Setuju Klasifikasi Nilai: Kuat = 67-96 Sedang = 37-66 Lemah = 6-36
Intensi/niat berperilaku merawat	Indikasi seberapa kuat keyakinan keluarga dalam melakukan perilaku merawat pasien pasca stroke di rumah	Keinginan keluarga untuk melakukan perilaku merawat	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan <i>favorable</i> : 4= Sangat Besar 3= Setuju 2= Kecil 1= Sangat kecil Pertanyaan <i>Unfavorable</i> : 1= Sangat Besar 2= Setuju 3= Kecil 4= Sangat kecil Kategori penilaian intensi: Tinggi: \geq 60% Rendah: $<$ 60%.
Perilaku merawat	Tindakan yang berhubungan dengan cara keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah	Tindakan merawat pasien pasca stroke di rumah yang terdiri dari: 1. Kontrol 2. Pengendalian tekanan darah 3. Gaya hidup	Kuesioner	Ordinal	Pertanyaan <i>favorable</i> : 4= Selalu 3= Kadang-kadang 2= Sering 1= Tidak pernah Pertanyaan <i>Unfavorable</i> : 1= Selalu

4. Pola makan	2= Kadang-kadang
5. Lingkungan	3= Sering
6. Sosial	4= Tidak pernah
7. Fisik	Setuju
	Penilaian kriteria:
	12-23= perilaku kurang,
	24-35= perilaku cukup
	36-48 = perilaku baik.

4.5 Pengumpulan dan pengolahan data penelitian

4.5.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk mengumpulkan data berupa kuesioner yang diambil dari beberapa penelitian sebelumnya yang dimodifikasi. Kuesioner ini terdiri dari:

1. Instrumen pertama berupa pertanyaan mengenai data demografi responden yang terdiri dari nomor responden, usia saat ini, jenis kelamin, pendidikan terakhir (lulus), pekerjaan, penghasilan per bulan, hubungan keluarga dengan pasien pasca stroke, serangan stroke ke berapa yang dialami keluarga saat ini, pengalaman merawat pasien pasca stroke di rumah, informasi perawatan pasien pasca stroke, jarak rumah ke fasilitas rehabilitasi
2. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner mengenai pengetahuan dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pada penelitian Rahmawati (2013) yang berjudul “Gambaran Perilaku Keluarga terhadap Penderita Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh Kabupaten Aceh Barat”. Kuesioner ini berisi 12 pertanyaan pilihan ganda dengan jawaban yang sudah disediakan peneliti yang di dalamnya mengidentifikasi pengetahuan tentang perawatan pasien pasca

stroke di rumah. Kuesioner diisi sendiri dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang dianggap benar. Pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, dan 7 diberi skor 1 untuk pilihan jawaban a, skor 2 untuk pilihan jawaban b dan skor 3 untuk pilihan jawaban c.

Pertanyaan nomor 8 dan 11 diberi skor 1 untuk yang memilih 1-2 jawaban, skor 2 untuk yang memilih 3-5 jawaban dan skor 3 untuk yang memilih >5 jawaban. Pertanyaan nomor 9 diberi skor 1 untuk yang memilih 1 jawaban, skor 2 untuk yang memilih 2 jawaban dan skor 3 untuk yang memilih 3 jawaban. Pertanyaan nomor 10 dan 12 diberi skor 1 untuk yang memilih 1-2 jawaban, skor 2 untuk yang memilih 3-4 jawaban dan skor 3 untuk yang memilih >4 jawaban. Dengan penilaian $\frac{\sum \text{skor dari jawaban yang dipilih responden}}{\sum \text{skor dengan jawaban tertinggi}} \times 100\%$. Setelah persentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria baik=76-100%, cukup=60-75%, kurang <60%. Tujuan dari kuesioner ini hanya untuk mengetahui tingkat pengetahuan terhadap rehabilitasi pasien pasca stroke.

Tabel 4.2 *Blue print* kuesioner pengetahuan rehabilitasi pasien pasca stroke

No	Aspek	Pertanyaan	No. Soal	Jumlah
1.	Tujuan	Tujuan dari rehabilitasi pasca stroke	1	1
2.	Manfaat	Manfaat dari rehabilitasi pasca stroke secara dini	8	1
3.	Kegiatan yang dilakukan	Kegiatan yang dilakukan dalam rehabilitasi pasca stroke	9	1
4.	Terapi	- Akibat bagi pasien pasca stroke jika tidak melakukan terapi fisik - Fungsi terapi bicara terhadap pasien pasca stroke - Mengapa pasien pasca stroke memerlukan psikoterapi?	2 3 4	3
5.	Peran keluarga	Peranan keluarga dalam membantu pasien menjalani rehabilitasi	10	1

6.	Rehabilitasi pada tiap pasien	- Apakah semua pasien pasca stroke melakukan rehabilitasi yang sama? - Mengapa setiap pasien pasca stroke tidak mendapatkan jenis rehabilitasi yang sama?	5 6	2
6.	Tenaga medis	Tenaga medis yang berperan dalam upaya rehabilitasi pasca stroke	11	1
7.	Lama rehabilitasi	Sampai kapan pasien harus melakukan rehabilitasi pasca stroke	7	1
8.	Pola hidup pasien selama rehabilitasi	Pola hidup yang baik bagi pasien pasca stroke yang sedang menjalani rehabilitasi	12	1

3. Kuesioner *Attitude Toward Behavior* (Sikap)

Kuesioner mengenai *attitude toward behavior* dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”. Instrumen ini menggunakan skala *likert* dengan 4 pilihan jawaban. Instrumen pengukuran sikap terdiri dari 6 pernyataan.

Tabel 4.3 *Blue print* kuesioner *attitude toward behaviour* (sikap)

No	Aspek	Jumlah Item	Item Favorable	Item Unfavorable
1.	a. Kekuatan kepercayaan dalam berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah	4	1	4 dan 5
	b. Keyakinan yang kuat dalam berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah	4	2, 3 dan 6	

Skor sikap dinilai dengan menjumlahkan seluruh jawaban *item* 1-6, adapun nilai median pengukuran sikap adalah 50. Hasil sikap dikategorikan dengan kriteria sikap negatif jika $T < mean\ score$, dan sikap positif jika $T \geq mean\ score$.

4. Kuesioner *Subjective Norm* (Norma Subjektif)

Kuesioner mengenai *subjective norm* dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul

“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”. Instrumen pengukuran norma subjektif pada penelitian ini menggunakan kuisioner dengan menggunakan *likert* dengan pilihan jawaban sebanyak 4 pilihan jawaban. Pengukuran norma subjektif dalam penelitian ini terdiri dari 10 pernyataan yaitu *item* 1-5 untuk mengukur *motivation to comply* dan *item* 6-10 untuk mengukur *normative beliefs*. Kedua bagian ini mempunyai nilai 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 2 untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 3 untuk jawaban setuju (S), dan nilai 4 untuk jawaban sangat setuju (SS) pada bagian *favorable* yang terdapat pada *item* 1, 3, 5 dan 6. Pada bagian *unfavorable* yang terdapat pada *item* 3, 4, 7 dan 8 nilai 4 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 3 untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 2 untuk jawaban setuju (S), dan nilai 1 untuk jawaban sangat setuju (SS). Setiap hasil perkalian dari kelima dijumlahkan kemudian didapatkan satu skor norma subjektif. Hasil skor maksimal adalah 64 dan skor minimal 4 sehingga dapat dikategorikan menjadi kriteria tinggi = 48-64, sedang = 26-47, dan rendah = 4-25.

Tabel 4.4 *Blue print* skala norma subjektif

No	Aspek	Jumlah Item	Item Favorable	Item Unfavorable
1.	a. <i>Normative belief</i>	4	1 dan 2	3 dan 4
	b. <i>Motivation to comply</i>	4	5 dan 6	7 dan 8

5. *Perceived Behavior Control* (Persepsi terhadap Pengendalian Perilaku)

Kuesioner mengenai *perceived behavior control* dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”.

Instrumen pengukuran untuk *perceived behavior control* menggunakan kuisiner dengan pengukuran *likert*. Pilihan jawaban untuk kuisiner ini sebanyak 4 pilihan jawaban. Kuisiner ini terdiri dari 12 pernyataan yang dibagi menjadi 2 bagian dengan 6 buah pernyataan setiap bagiannya. Kuisiner bagian 1 adalah *control beliefs* dan kuisiner bagian 2 adalah *power beliefs*. *Item 5* dan *6* pada kuisiner bagian pertama bersifat *favorable* dengan penilaian 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 3 untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 2 untuk jawaban setuju (S), dan nilai 4 untuk jawaban sangat setuju (ST). *Item 5* dan *6* pada kuisiner bagian kedua juga bersifat *favorable* dengan nilai 1 berarti sangat kecil (SK) dan nilai 4 untuk jawaban sangat besar (SB).

Tahap selanjutnya peneliti melakukan perkalian setiap pasang item pada kuisiner bagian 1 dan 2. Setiap hasil perkalian dari keenam item dijumlahkan, setelah itu didapatkan satu skor untuk *perceived behavior control*. Hasil skor maksimal untuk 12 item adalah 96 dan skor terendah adalah 6 dengan kriteria kuat = 67-96, sedang = 37-66, dan lemah = 6-36. Kuisiner ini belum dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas.

Tabel 4.5 *Blue print* skala *perceived behavior control*

No	Aspek	Jumlah Item	Item Favorable	Item Unfavorable
1.	a. <i>control belief</i>	6	1, 2, 3, dan 4	5 dan 6
	b. <i>power belief</i>	6	1, 2, 3, dan 4	5 dan 6

6. Intensi

Kuisiner mengenai intensi dalam penelitian ini mengadopsi kuisiner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja

berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”. Instrumen pengukuran intensi menggunakan kuisoner dengan tipe skala pengukuran *likert* dengan pilihan jawaban sebanyak 4 pilihan jawaban. Pernyataan kuesioner intensi terdiri dari 5 pilihan jawaban yaitu sangat tidak setuju (STS), tidak setuju (TS), setuju (S), sangat setuju (SS) dengan jumlah pernyataan sebanyak 8.

Pernyataan kuesioner intensi bersifat *favorable* untuk soal nomor 1, 2, 3, 4, dan 5 diberikan nilai 1 pada pilihan jawaban sangat tidak setuju (STS) dan diberikan nilai 4 pada pilihan jawaban sangat setuju (SS) dan pertanyaan *unfavorable* untuk soal 6, 7, 8 nilai 5 diberikan pada pilihan jawaban Sangat Tidak Setuju (STS) dan nilai 1 diberikan pada pilihan jawaban Sangat Setuju (SS). Kategori penilaian intensi tinggi bila skor $\geq 60\%$ dan intensi rendah bila skor $< 60\%$. Penilaian kategori skor total intensi sebagai berikut:

Skor minimal	: $8 \times 1 = 8$ ($8/40 \times 100\% = 20\%$)
Skor maksimal	: $8 \times 5 = 40$ (100%)
Range	: $100\% - 20\% = 80\%$
Interval	: $80/2 = 40\%$
Penilaian	: $100\% - 40\% = 60\%$

Tabel 4.6 *Blue print* skala intensi

No	Aspek	Jumlah Item	Item Favorable	Item Unfavorable
1.	1. Ketertarikan mencari informasi tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah	1	1	-
	2. Mempertimbangkan dalam berperilaku untuk mencegah terjadinya stroke berulang	1	2, 4, dan 5	-
	3. Mencoba perilaku yang dianggap baik dan benar			
	4. Mengetahui efek dari perilaku yang tidak baik	1	-	7
	5. Memiliki keinginan atau ketertarikan untuk berperilaku	1	3	-
		2	-	6 dan 8

7. Perilaku

Kuesioner mengenai perilaku dalam penelitian ini mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”. Kuisisioner ini terdiri dari 12 item pernyataan dengan pilihan jawaban tidak pernah= 1, kadang-kadang= 2, sering= 3, selalu= 4 untuk pernyataan *favorable* pada item 1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12. Pernyataan dengan pilihan jawaban tidak pernah= 4, kadang-kadang= 3, sering= 2, selalu= 1 untuk pernyataan *unfavorable* pada item 3, 4, 6. Kemudian dikategorikan menjadi 12-23 = perilaku kurang, 24-35 = perilaku cukup, 36-48 = perilaku baik.

Tabel 4.7 *Blue print* kuisisioner perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

No	Aspek	Jumlah Item	Item Favorable	Item Unfavorable
1.	1. Kontrol	12	1, 2, 5, 7, 8, 9,	3, 4, 6
	2. Pengendalian tekanan darah		10, 11, 12	
	3. Gaya hidup			
	4. Pola makan			
	5. Lingkungan			
	6. Sosial			
	7. Fisik			

4.5.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Lokasi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya. Pengambilan data awal studi pendahuluan dilakukan pada akhir bulan Mei 2018. Pengambilan data penelitian dilakukan pada bulan 7-11 Agustus 2018.

4.5.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

1. Prosedur pengumpulan data dimulai setelah mendapatkan surat ijin pengambilan data dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Surat ijin tersebut ditujukan kepada Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya, selanjutnya ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan diteruskan kepada Kepala Puskesmas Wonokusumo Surabaya.
3. Setelah mendapatkan ijin dari Puskesmas Wonokusumo Surabaya, peneliti mencari alamat responden dari data yang telah diberikan oleh Puskesmas sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.
4. Peneliti mendatangi satu per satu responden ke rumahnya. Peneliti dibantu oleh empat teman yang sebelumnya sudah mendapatkan penjelasan dari peneliti sehingga mempunyai persepsi yang sama dengan peneliti.
5. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian kepada responden.
6. Selanjutnya peneliti membagikan kuesioner penelitian. Peneliti menjelaskan tata cara pengisian kuesioner kepada responden.
7. Peneliti memberikan *Informed Consent* sebagai tanda persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian.

8. Responden dipersilahkan untuk mengisi kuesioner. Selama proses pengisian kuesioner, peneliti mendampingi responden. Hal tersebut untuk menghindari kesalahan responden dalam pengisian kuesioner.
9. Responden yang telah selesai mengisi kuesioner mengumpulkannya kepada peneliti.
10. Peneliti memeriksa kembali kelengkapan kuesioner yang telah diisi responden
11. Setelah diperiksa peneliti memberikan handuk dan *snack* sebagai kompensasi pengganti waktu pengisian kuesioner
12. Kuesioner yang telah terkumpul disimpan oleh peneliti.
13. Peneliti memasukkan hasil kuesioner kedalam program komputer untuk dilakukan tabulasi data dan analisa data.

4.6 Analisis data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis data univariat yang digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti dan selanjutnya dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui korelasi antara dua variabel.

(1) Deskriptif.

Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase berdasarkan kategori variabel:

1. Pengetahuan (Notoatmodjo 2003).
 - a) Baik 75%-100%
 - b) Cukup 60%-75%
 - c) Kurang < 60%

2. Sikap
 - a) Sikap positif \geq *means*
 - b) Sikap negatif $<$ *means*
3. Norma subjektif.
 - a) Tinggi = 48-64
 - b) Sedang = 26-47
 - c) Rendah = 4-25
4. *Perceived behavior control.*
 - a) Kuat = 67-96
 - b) Sedang = 37-66
 - c) Lemah = 6-36
5. Intensi.
 - a) Kuat = 14-16
 - b) Sedang = 9-13
 - c) Lemah = 4-8
6. Perilaku.
 - a) Baik = 36-48
 - b) Cukup = 24-35
 - c) Kurang = 12-23

(2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat akan dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen terhadap variabel dependen.

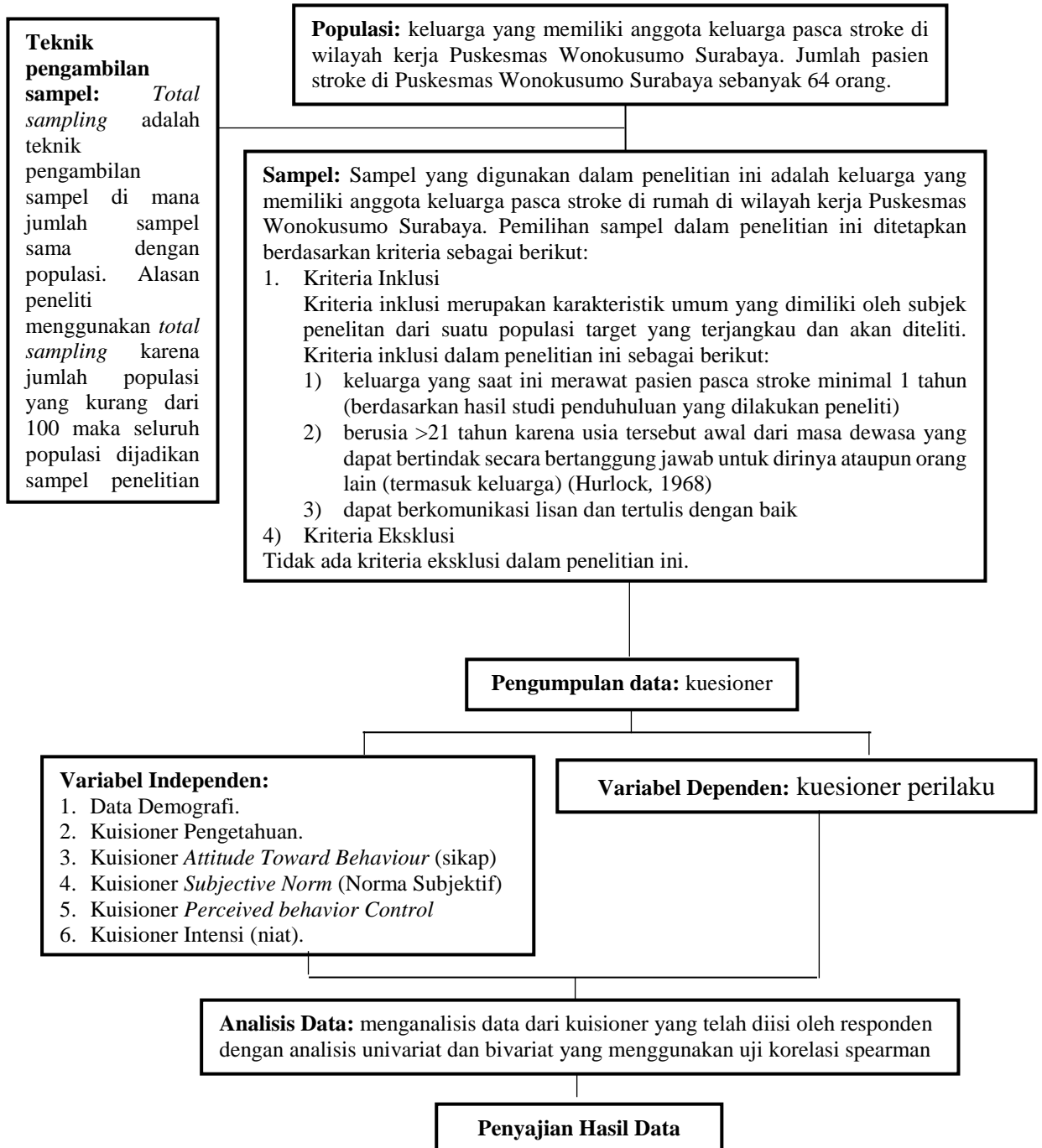
(3) Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan terhadap tiap variabel secara satu persatu dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Sugiyono, 2012).

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data yang digunakan adalah *Spearman* dengan taraf signifikansi 5% (taraf kepercayaan 95%). Korelasi *rank Spearman* adalah alat uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif dua variabel bila datanya berskala ordinal (ranking) (Sidney Siegel, 2011).

4.7 Kerangka operasional/data

Kerangka operasional adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diteliti atau diamati melalui peneliti yang dilakukan. Kerangka operasional merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1. Kerangka operasional analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

4.8 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Validitas adalah tingkat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dapat dilaporkan oleh peneliti. Pengujian validitas komposisi dapat dilakukan dengan menggunakan pendapat para ahli. Setelah

instrumen dikomposisikan tentang aspek yang akan diukur dengan berlandaskan teori tertentu, maka selanjutnya dikonsultasikan dengan para ahli. Setelah pengujian komposisi dari ahli berdasarkan pengalaman empiris di lapangan selesai, maka diteruskan dengan uji coba instrumen. Instrumen tersebut dicobakan pada sampel dari populasi diambil. Setelah ditabulasikan, maka pengujian validitas komposisi dilakukan dengan analisis faktor, yaitu dengan mengkorelasikan antara skor item instrumen dalam satu faktor, dan mengkorelasikan skor faktor dengan skor total (Sugiyono, 2010). Responden untuk uji validitas ini berjumlah 20 orang yang merawat pasien pasca stroke di rumah di sekitar tempat tinggal peneliti dan responden tersebut mengisi kuesioner secara langsung. Nilai validitas pada sebuah item mengkorelasikan skor item dengan total item tersebut. Apabila terdapat item yang tidak memenuhi syarat, maka item tersebut tidak akan diteliti lebih lanjut.

Kuesioner penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas yang meliputi:

1. Pengetahuan

Tabel 4.8 Validitas kuesioner pada variabel pengetahuan

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,658	0,444	Valid
2.	0,651	0,444	Valid
3.	0,734	0,444	Valid
4.	0,651	0,444	Valid
5.	0,734	0,444	Valid
6.	0,527	0,444	Valid
7.	0,858	0,444	Valid
8.	0,540	0,444	Valid
9.	0,858	0,444	Valid
10.	0,651	0,444	Valid
11.	0,658	0,444	Valid
12.	0,858	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.8 terdapat 12 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Rahmawati

(2013) yang berjudul “Gambaran Perilaku Keluarga terhadap Penderita Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi di Rumah Sakit Umum Daerah Cut Nyak Dhien Meulaboh Kabupaten Aceh Barat”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur pengetahuan keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen pengetahuan didapatkan semua item valid.

2. Sikap

Tabel 4.9 Validitas kuesioner pada variabel sikap

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,774	0,444	Valid
2.	0,535	0,444	Valid
3.	0,774	0,444	Valid
4.	0,774	0,444	Valid
5.	0,774	0,444	Valid
6.	0,774	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.9 terdapat 6 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur sikap keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen sikap didapatkan semua item valid.

3. Norma Subyektif

Tabel 4.10 Validitas kuesioner pada variabel norma subyektif

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,773	0,444	Valid
2.	0,623	0,444	Valid
3.	0,660	0,444	Valid
4.	0,623	0,444	Valid
5.	0,799	0,444	Valid
6.	0,773	0,444	Valid

7.	0,773	0,444	Valid
8.	0,799	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.10 terdapat 8 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur norma subyektif keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen norma subyektif didapatkan semua item valid.

4. PBC (*Percieved Behavioral Control*)

Tabel 4.11 Validitas kuesioner pada variabel PBC

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,623	0,444	Valid
2.	0,795	0,444	Valid
3.	0,659	0,444	Valid
4.	0,623	0,444	Valid
5.	0,795	0,444	Valid
6.	0,659	0,444	Valid
7.	0,795	0,444	Valid
8.	0,623	0,444	Valid
9.	0,795	0,444	Valid
10.	0,659	0,444	Valid
11.	0,795	0,444	Valid
12.	0,623	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.11 terdapat 12 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan

instrumen tersebut untuk mengukur PBC keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen PBC didapatkan semua item valid.

5. Intensi

Tabel 4.12 Validitas kuesioner pada variabel intensi

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,600	0,444	Valid
2.	0,643	0,444	Valid
3.	0,845	0,444	Valid
4.	0,502	0,444	Valid
5.	0,845	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.12 terdapat 5 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputihan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur intensi keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen intensi didapatkan semua item valid.

6. Perilaku

Tabel 4.13 Validitas kuesioner pada variabel perilaku

No.	R hitung	R tabel 5 % (20)	Keterangan
1.	0,895	0,444	Valid
2.	0,895	0,444	Valid
3.	0,514	0,444	Valid
4.	0,470	0,444	Valid
5.	0,895	0,444	Valid
6.	0,895	0,444	Valid
7.	0,895	0,444	Valid
8.	0,534	0,444	Valid
9.	0,895	0,444	Valid
10.	0,470	0,444	Valid
11.	0,895	0,444	Valid
12.	0,895	0,444	Valid

Berdasarkan tabel 4.13 terdapat 12 item pada instrumen mengenai pengetahuan. Peneliti mengadopsi kuesioner pada penelitian Aldila (2017) yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Keputusan pada Remaja berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB)”, kemudian peneliti memodifikasi dan menggunakan instrumen tersebut untuk mengukur pengetahuan keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah. Instrumen pengetahuan didapatkan semua item valid.

Kuesioner yang telah diuji validitas selanjutnya dilakukan uji reliabilitas pada saat pra-penelitian. Teknik pengukuran menggunakan metode pengukuran *Alpha Cronbach* dan diukur berdasarkan skala 0 sampai 1. Item instrumen dianggap reliabel jika lebih besar dari 0.60 (Sugiyono, 2010). Berikut ini adalah hasil uji reliabilitas pada instrumen penelitian:

Tabel 4.14 Uji reliabilitas setiap instrumen

Variabel	<i>Alpha Cronbach</i>	Keterangan
Pengetahuan	0,765	Reliabel
Sikap	0,796	Reliabel
Norma Subyektif	0,776	Reliabel
PBC	0,766	Reliabel
Intensi	0,775	Reliabel
Perilaku	0,837	Reliabel

Dari Tabel 4.14 dapat dilihat semua pernyataan dan pernyataan dalam variabel hasilnya reliabel. Peneliti menggunakan instrumen untuk melakukan pengambilan data penelitian.

4.9 Masalah etik (*ethical clearance*)

Penelitian ini sudah mendapatkan kelayakan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat 1158-KEPK.

1. *Informed consent*

Peneliti menggunakan *informed consent* untuk menghindari suatu hal yang tidak diinginkan. Peneliti menjelaskan kepada calon responden terkait maksud dan tujuan penelitian serta tidak melakukan paksaan dan menghormati hak mereka. Calon responden pun bersedia untuk diteliti dan menandatangani surat persetujuan, karena telah dijelaskan terkait prosedur penelitian yang akan dilakukan.

2. Nilai Klinik

Penelitian mengenai analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku merawat pasien pasca stroke di rumah masih sedikit dilakukan. Penelitian yang ada penelitian kualitatif tentang pengalaman keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

3. Nilai ilmiah

Penelitian ini hanya memberikan kuesioner yang telah disediakan dan responden hanya mengisi kuesioner tersebut. Kuesioner ini meliputi survey mengenai *behavioral beliefs, normative beliefs, control beliefs* dan intensi serta perilaku merawat pasien pasca stroke di rumah menggunakan kuesioner dari penelitian sebelumnya yang dimodifikasi oleh peneliti.

4. *Privacy*/kerahasiaan

Peneliti menjelaskan kepada responden penelitian bahwa data pribadi responden tidak disebarluaskan atau menjadi rahasia antara peneliti dengan responden. Kerahasiaan informasi yang responden berikan dijamin oleh peneliti. Penyajian atau pelaporan hasil riset hanya terbatas pada kelompok data tertentu yang terkait dengan masalah peneliti. Peneliti menjelaskan kepada

responden terkait kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden kepada peneliti.

5. Manfaat dan resiko

Penelitian ini bertumpu pada prinsip aspek manfaat, segala bentuk penelitian yang dilakukan memberikan manfaat kepada responden penelitian. Prinsip ini tidak menjadikan subyek penelitian sebagai objek eksploitasi. Penelitian ini memberikan manfaat untuk memperbaiki perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

6. Pemerataan beban

Penelitian ini menggunakan kuesioner dan responden diperlakukan secara adil sesuai dengan hak responden tanpa adanya diskriminasi selama proses penelitian.

7. Bujukan/*Indocement*

Peneliti memberikan *reward* kepada responden yang bersedia mengisi kuesioner dengan memberikan souvenir bagi responden yang telah mengisi kuesioner.

4.10 Keterbatasan Penelitian

1. Pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang dalam pengisiannya terdapat kebiasaan keluarga yang sulit untuk digali
2. Responden mengeluh terlalu banyak item dalam kuesioner yang mereka isi. Hal tersebut tidak mempengaruhi hasil dan proses penelitian karena peneliti mendampingi responden ketika mereka mengisi kuesioner. Saat responden mulai jenuh, peneliti mengajak berbincang-bincang sebentar untuk melepas rasa jenuh tersebut. Ketika responden sudah tidak jenuh lagi maka responden

akan mengisi kuesioner kembali dan peneliti akan terus mendampingi dan memberikan penjelasan jika ada yang kurang dimengerti oleh responden sampai kuesioner selesai diisi.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang telah dilakukan meliputi karakteristik responden dan data khusus meliputi Pengetahuan, *Attitude Toward Behavior* (Sikap), *Subjective Norm*, *Perceived Behavioral Control*, Intensi dan Perilaku dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah.

5.1.1 Gambaran Lokasi Umum Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Wonokusumo Surabaya yang terletak di Jalan Wonokusumo Tengah no. 55, Wonokusumo, Semampir, Kota Surabaya, Jawa Timur 60154. Puskesmas Wonokusumo telah didirikan sejak tahun 1979 dan beroperasi pagi-sore hari. Puskesmas Wonokusumo membawahi 1 kelurahan yakni Kelurahan Wonokusumo yang terdiri dari 16 RW dan 167 RT. Luas wilayah kerja 162 Ha. Batas wilayah berbatasan dengan sebelah utara dengan Kali Pergirian, sebelah timur Kelurahan Bulak Banteng Kecamatan Kenjeran, sebelah selatan Kelurahan Pergirian dan sebelah barat Kali Pegirian. Data Sarana Kesehatan yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo antara lain dokter praktek swasta 15 buah, bidan praktek swasta 3 buah, klinik 3 buah, rumah sakit bersalin 1 buah, apotek 3 buah dan laboratorium 1 buah. Sedangkan sarana dan prasarana yang terdapat di Puskesmas Wonokusumo antara lain Puskesmas Pembantu 1 buah dan Posyandu 49 buah. Jumlah pasien stroke di Puskesmas Wonokusumo sebanyak 64 orang. Jika pasien yang berobat

ke Puskesmas Wonokusumo memiliki masalah maka pasien tersebut akan dirujuk ke fasilitas kesehatan seperti RS. Mohammad Soewandhie.

5.1.2 Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Frekuensi Data Demografi Responden Keluarga Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokusumo, Agustus 2018

Karakteristik Demografi	f	%
Usia		
21-40 tahun	2	3,6
41-60 tahun	38	69,1
61-80 tahun	15	27,3
Total	55	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	23	41,8
Perempuan	32	58,2
Total	55	100
Pendidikan		
SD	15	27,3
SMP	16	29,1
SMA	12	21,8
Perguruan Tinggi	9	16,4
Lain-lain	3	5,5
Total	55	100
Pekerjaan		
Swasta	22	40,0
Wiraswasta	16	29,1
Lain-lain	17	30,9
Total	55	100
Penghasilan		
< Rp 3.583.312,61	28	50,9
> Rp 3.583.312,61	27	49,1
Total	55	100
Hubungan dengan Pasien		
Suami/Istri	39	70,9
Anak	15	27,3
Lain-lain	1	1,8
Total	55	100
Lama Menderita Stroke		
1-3 tahun	51	92,7
4-6 tahun	2	3,6
>6 tahun	2	3,6
Total	55	100

Karakteristik Demografi	f	%
Serangan Stroke		
1 kali	54	98,2
>1 kali	1	1,8
Total	55	100
Pengalaman Sebelumnya dalam Merawat Pasien Stroke		
Tidak Ada	24	43,6
Ada	31	56,4
Total	55	100
Sumber Informasi		
Media Informasi; Teman/Keluarga; Petugas Kesehatan	22	40,0
Media Informasi & Teman/Keluarga; Media Informasi & Petugas Kesehatan; Teman/Keluarga & Petugas Kesehatan	16	29,1
Media Informasi, Teman/Keluarga & Petugas Kesehatan	17	30,9
Total	55	100
Jarak Rumah ke RS		
1-5 km	43	78,2
6-10 km	10	18,2
>10 km	2	3,6
Total	55	100

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa mayoritas usia anggota keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah adalah usia 41-60 tahun sebanyak 38 orang (69,1%), maka dalam hal ini usia responden sebagian besar dalam kategori dewasa menengah. Hal ini dikarenakan kebanyakan pasien pasca stroke berusia di atas 40 tahun. Mayoritas anggota keluarga yang merawat pasien berjenis kelamin perempuan yakni sebesar 32 orang (58,2%). Responden yang merawat pasien selama rentang waktu 1-3 tahun sebanyak 51 orang (92,7%). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Purwanti (2012) yang diketahui usia responden terbanyak adalah antara 41-50 tahun yaitu 18 orang (35,0%). Jenis kelamin responden paling

banyak adalah perempuan yaitu sebanyak 41 responden (80%). Responden yang merawat pasien selama rentang waktu antara 1 sampai 2 tahun, yaitu ada sebanyak 44 responden (86%). Usia dikelompokkan sebagai faktor risiko stroke yang tidak bisa diubah, semakin tua usia individu akan semakin mudah terserang stroke (Morton et.al 2011). Semakin cukup usia maka individu akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Individu yang lebih dewasa memiliki pengalaman yang lebih luas (Irdawati, 2009).

Mayoritas pendidikan anggota keluarga yang merawat pasien adalah tamat SMP sebanyak 16 orang (29,1%). Secara umum individu dengan pendidikan yang lebih tinggi akan mempunyai tingkat pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang tingkat pendidikan lebih rendah (Notoatmodjo 2010). Semakin tinggi tingkat pendidikan individu maka semakin tinggi tingkat pemahaman tentang pelayanan kesehatan dan semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin berkurang pemahaman tentang pelayanan kesehatan (Sonata dan Gayatri 2012).

Pekerjaan anggota keluarga terbanyak adalah pekerja swasta yakni sebanyak 22 orang (40,0%). Pekerjaan swasta tersebut meliputi buruh dan karyawan di tempat yang menjual makanan. Mayoritas anggota keluarga memiliki penghasilan per bulan sebesar <Rp 3.583.312,61 yakni sebanyak 28 orang (50,9%). Perawatan pasien stroke membutuhkan biaya yang besar, keluarga dengan penghasilan rendah secara umum terhambat faktor finansial dalam pelaksanaan rehabilitasi (Sonata dan Gayatri, 2012).

Sebagian besar anggota keluarga yang merawat pasien pasca stroke adalah suami/istri dari pasien yaitu sebanyak 39 orang (70,9%). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Purwanti (2012) yang diketahui responden memiliki

hubungan keluarga dengan pasien sebagai anak kandung, yaitu sebanyak 22 responden (43,0%). Morton *et al* (2011) menyatakan bahwa mayoritas penunggu pasien adalah suami/istri dari pasien. Pasangan merupakan orang terdekat dari pasien dan orang yang mengetahui keadaan pasien setiap waktu.

Sebagian besar pasien pasca stroke yang dirawat di rumah pernah mengalami serangan stroke setidaknya 1 kali yakni sebanyak 54 orang (98,2%). Pasien stroke yang mengalami stroke ulangan tersebut pernah mengonsumsi jamu sebagai pengganti obat medis sehingga hal tersebut menyebabkan pasien terserang stroke kembali. Pasien melakukan hal ini karena suami pasien sebagai keluarga yang merawat juga ikut terserang stroke sehingga pasien dan suami saling merawat. Mereka juga kekurangan biaya transportasi menuju rumah sakit tempat rehabilitasi sehingga memilih untuk meminum jamu dan membeli obat di apotek sesuai dengan obat yang didapat dari rumah sakit.

Mayoritas anggota keluarga telah memiliki pengalaman dalam merawat pasien stroke di rumah sebelumnya yakni sebanyak 31 orang (56,4%). Sebagian besar (40%) anggota keluarga dalam merawat pasien memperoleh informasi dari petugas kesehatan. Sebagian besar jarak rumah pasien pasca stroke ke rumah sakit rujukan/tempat rehabilitasi antara 1-5 km (78,2%) yakni di RSUD Dr. M. Soewandhie. Rumah sakit tempat pasien pasca stroke untuk kontrol dan rehabilitasi antara lain RS PHC, RS AL Dr. Oepomo, RS Al-Irsyad, RS Karang Tembok, RSUD. Dr. M. Soewandhie, RSUD Dr. Soetomo, RSJ Menur, dan RSU Haji Surabaya. Rumah sakit tempat rehabilitasi pasien pasca stroke tersebut terdiri dari rumah sakit tipe A, B, dan C. Berdasarkan tipe rumah sakit tersebut terdapat perbedaan kebutuhan pelayanan rehabilitasi medik. Rumah sakit tipe A dan B

memiliki pelayanan fisioterapi, terapi wicara, terapi okupasi dan ortosis prostetis. Rumah sakit tipe C memiliki pelayanan fisioterapi dan terapi wicara. Rumah sakit tipe D hanya memiliki pelayanan fisioterapi (Kemenkes RI, 2012).

5.1.3 Distribusi data variabel yang diukur

1. Pengetahuan keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Pengetahuan	f	%
Kurang $\leq 60\%$	17	30,9
Cukup (60%-75%)	17	30,9
Baik (76%-100%)	21	38,2
Total	55	100,0

Tabel 5.2 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 21 orang (38,2%). Pengetahuan keluarga dengan nilai paling tinggi didapatkan pada item 6, 7 dan 8 dalam kuesioner yaitu pengetahuan tentang tenaga medis yang berperan dalam upaya rehabilitasi pasca stroke, lama rehabilitasi dan pola hidup pasien selama rehabilitasi.

2. Sikap keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori sikap keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut :

Tabel 5.3 Distribusi sikap keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Sikap	f	%
Negatif $< \text{means}$	23	41,8
Positif $\geq \text{means}$	32	58,2
Total	55	100,0

Tabel 5.3 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki sikap positif terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 32 orang (58,2%). Kepercayaan dan keyakinan keluarga yang kuat dalam berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah mengakibatkan keluarga menampilkan sikap yang positif seperti keluarga memiliki kepercayaan yang kuat bahwa keparahan pasien stroke akan semakin meningkat jika tidak dilakukan tindakan rehabilitasi, aktifitas fisik tidak memberi pengaruh positif bagi pasien pasca stroke, dan keberadaan keluarga tidak berpengaruh terhadap proses pemulihan pasien. Keluarga juga memiliki keyakinan yang kuat bahwa pola makan berpengaruh dalam masa rehabilitasi, manajemen stress sangat dibutuhkan bagi pasien pasca stroke dan Rehabilitasi dapat dilakukan di rumah sebagai perawatan lanjutan.

3. Norma Subyektif keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori norma subyektif keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut :

Tabel 5.4 Distribusi norma subyektif keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Norma Subyektif	f	%
Rendah (4-25)	18	32,7
Sedang (26-47)	20	36,4
Tinggi (48-64)	17	30,9
Total	55	100,0

Tabel 5.4 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki norma subyektif keluarga yang sedang terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 20 orang (36,4 %). Keluarga memiliki *normative belief* dan *motivation to control* yang sedang sehingga memunculkan norma subyektif yang sedang pula pada keluarga. *Normatif belief* pada keluarga yaitu ada

orang terdekat yang menyarankan untuk melatih fisik pasien pasca stroke sesuai dengan kondisi pasien, petugas kesehatan yang menyarankan agar memodifikasi lingkungan rumah sesuai dengan kondisi pasien, tetangga yang menyarankan untuk membiarkan pasien makan segala jenis makanan dan sesama keluarga dengan pasien pasca stroke yang menyarankan untuk mengikuti terapi alternatif bagi pasien. *Motivation to control* pada keluarga yaitu keluarga akan mengikuti saran petugas kesehatan untuk kontrol secara rutin, mengikuti saran tetangga untuk mengajak pasien pasca stroke pergi ke tempat yang mereka suka, mengikuti saran teman untuk membiarkan pasien pasca stroke merokok, dan mengikuti saran dari sesama keluarga dengan pasien pasca stroke untuk merendam tangan/kaki yang bengkak dengan air hangat yang dicampur garam.

4. *Perceived Behavioral Control* keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori *Perceived Behavioral Control* keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut:

Tabel 5.5 Distribusi *Perceived Behavioral Control* keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

<i>Perceived Behavioral Control</i>	f	%
Lemah (6-36)	16	29,1
Sedang (37-66)	23	41,8
Kuat (67-96)	16	29,1
Total	55	100,0

Tabel 5.5 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki *perceived behavior control* yang sedang terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 23 orang (41,8%). Keluarga memiliki *control belief* dan *power belief* yang sedang sehingga menimbulkan PBC yang sedang pula. *Control belief*

pada keluarga terdiri dari faktor pendorong dan faktor penghambat keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Faktor pendorong meliputi program sosialisasi yang dibuat oleh pemerintah/instansi kesehatan dan kesadaran akan fungsi dari keluarga. Faktor penghambat meliputi pekerjaan yang padat, pasien pasca stroke yang kurang sadar pentingnya perawatan diri, pengetahuan yang kurang mengenai prosedur, serta sarana dan prasarana.

5. Intensi keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut:

Tabel 5.6 Distribusi intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Intensi	f	%
Rendah <60%	22	40,0
Tinggi \geq 60%	33	60,0
Total	55	100,0

Tabel 5.6 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki intensi yang tinggi terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 33 orang (60%). Intensi keluarga dengan nilai paling tinggi adalah keluarga memiliki keinginan atau ketertarikan untuk berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah.

6. Perilaku keluarga dalam merawat klien pasca stroke di rumah

Distribusi kategori perilaku keluarga yang merawat pasien pasca stroke sebagai berikut:

Tabel 5.7 Distribusi perilaku keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Perilaku	f	%
Kurang (12-23)	17	30,9
Cukup (24-35)	18	32,7
Baik (36-48)	20	36,4
Total	55	100,0

Tabel 5.7 menjelaskan bahwa mayoritas responden memiliki perilaku yang baik terhadap perawatan pasien pasca stroke sebanyak 20 orang (36,4%). Perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah meliputi aspek kontrol rutin, pengendalian tekanan darah, gaya hidup, pola makan, lingkungan, sosial dan fisik.

7. Hubungan pengetahuan dengan sikap

Distribusi silang sikap keluarga dengan pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 5.8 Distribusi silang hubungan sikap dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

	Pengetahuan						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		f	%
Sikap	f	%	f	%	f	%	f	%
Negatif	17	30,9	6	10,9	0	0,0	23	41,8
Positif	0	0,0	11	20,0	21	38,2	32	58,2
Total	17	30,9	17	30,9	21	38,2	55	100

Spearman rho p = 0,000 r = 0,827

Tabel 5.8 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki sikap positif dengan pengetahuan yang baik sebanyak 21 orang (38,2 %).

Hasil dari analisis statistik hubungan sikap dengan pengetahuan berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan p = 0,000 dengan nilai r = 0,827 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap dengan pengetahuan yang memiliki korelasi sangat kuat.

8. Hubungan pengetahuan dengan norma subyektif

Distribusi silang norma subyektif keluarga dengan pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 5.9 Distribusi silang hubungan norma subyektif dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Norma	Pengetahuan						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%
Rendah	17	30,9	0	0,0	1	1,8	18	32,7
Sedang	0	0,0	15	27,3	5	9,1	20	36,4
Tinggi	0	0,0	2	3,6	15	27,3	17	30,9
Total	17	30,9	17	30,9	21	38,2	55	100

Spearman rho p = 0,000 r = 0,851

Tabel 5.9 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki norma subyektif rendah dengan pengetahuan yang kurang sebanyak 17 orang (30,9 %).

Hasil dari analisis statistik hubungan norma dengan pengetahuan berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan p = 0,000 dengan nilai r = 0,851 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara norma dengan pengetahuan yang memiliki korelasi sangat kuat.

9. Hubungan pengetahuan dengan *perceived behavioral control*

Distribusi silang *perceived behavioral control* responden dengan pengetahuan sebagai berikut:

Tabel 5.10 Distribusi silang hubungan *perceived behavioral control* dengan pengetahuan keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

<i>Perceived Behavioral Control</i>	Pengetahuan						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Lemah	15	27,3	1	1,8	0	0,0	16	29,1
Sedang	2	3,6	13	23,6	8	14,5	23	41,8
Kuat	0	0,0	3	5,5	13	23,6	16	29,1
Total	17	30,9	17	30,9	21	38,2	55	100

Spearman rho p = 0,000 r = 0,801

Tabel 5.10 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki *perceived behavioral control* lemah dengan pengetahuan yang kurang sebanyak 15 orang (27,3 %).

Hasil dari analisis statistik hubungan *perceived behavioral control* dengan pengetahuan berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan $p = 0,000$ dengan nilai $r = 0,801$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara *perceived behavioral control* dengan pengetahuan yang memiliki korelasi sangat kuat.

10. Hubungan sikap dengan intensi

Distribusi silang sikap responden dengan intensi sebagai berikut:

Tabel 5.11 Distribusi silang hubungan sikap dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

Sikap	Intensi				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Negatif	17	30,9	6	10,9	22	40,0
Positif	5	9,1	27	49,1	33	60,0
Total	23	41,8	32	58,2	55	100

Spearman rho p = 0,000 r = 0,587

Tabel 5.11 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki sikap positif dengan intensi yang tinggi sebanyak 27 orang (49,1%).

Hasil dari analisis statistik hubungan sikap dengan intensi berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan $p = 0,000$ dengan nilai $r = 0,587$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap dengan intensi yang memiliki korelasi sedang.

11. Hubungan norma subyektif dengan intensi

Distribusi silang norma subyektif keluarga dengan intensi sebagai berikut:

Tabel 5.12 Distribusi silang hubungan norma dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

	Intensi				Total	
	Rendah		Tinggi			
Norma	f	%	f	%	f	%
Rendah	15	27,3	3	5,5	18	32,7
Sedang	6	10,9	14	25,5	20	36,4
Tinggi	1	1,8	16	29,1	17	30,9
Total	22	40,0	33	60,0	55	100

Spearman rho $p = 0,000$ $r = 0,634$

Tabel 5.12 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki norma subyektif tinggi dengan intensi yang tinggi sebanyak 16 orang (29,1%).

Hasil dari analisis statistik hubungan norma dengan intensi berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan $p = 0,000$ dengan nilai $r = 0,634$ maka dapat disimpulkan ada hubungan antara norma dengan intensi yang memiliki korelasi tinggi.

12. Hubungan *Perceived Behavioral Control* dengan intensi

Distribusi silang *Perceived Behavioral Control* responden dengan intensi sebagai berikut:

Tabel 5.13 Distribusi silang hubungan *Perceived Behavioral Control* dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

	Intensi				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
<i>Perceived Behavioral Control</i>	f	%	f	%	f	%
Lemah	14	25,5	2	3,6	16	29,1
Sedang	6	10,9	17	30,9	23	41,8
Kuat	2	3,6	14	25,5	16	29,1
Total	22	40,0	33	60,0	55	100

Spearman rho p = 0,000 r = 0,584

Tabel 5.13 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki *Perceived Behavioral Control* sedang dengan intensi yang tinggi sebanyak 17 orang (30,9 %).

Hasil dari analisis statistik hubungan *Perceived Behavioral Control* dengan intensi berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan p = 0,000 dengan nilai r = 0,584 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara *Perceived Behavioral Control* dengan intensi yang memiliki korelasi sedang.

13. Hubungan intensi dengan perilaku

Distribusi silang perilaku responden dengan intensi sebagai berikut:

Tabel 5.14 Distribusi silang hubungan perilaku dengan intensi keluarga yang merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya, Agustus 2018

	Intensi				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
Perilaku	f	%	f	%	f	%
Kurang	16	29,1	1	1,8	17	1,8

Cukup	5	9,1	13	23,6	18	34,5
Baik	1	1,8	19	34,5	20	36,4
Total	22	40,0	33	60,0	55	100
<i>Spearman rho</i> p = 0,000 r = 0,730						

Tabel 5.14 menjelaskan bahwa mayoritas responden yang memiliki perilaku yang baik dengan intensi yang tinggi sebanyak 19 orang (34,5 %).

Hasil dari analisis statistik hubungan perilaku dengan intensi berdasarkan uji statistik *Spearman rho* dengan nilai signifikan p = 0,000 dengan nilai r = 0,730 maka dapat disimpulkan ada hubungan antara perilaku dengan intensi yang memiliki korelasi tinggi.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Analisis hubungan pengetahuan dengan *attitude toward behavior* (sikap) keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil data pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki pengetahuan yang baik dan sikap yang positif terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat kuat antara pengetahuan dan sikap keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Hal ini berarti mayoritas keluarga dengan sikap yang positif akan semakin baik tingkat pengetahuan dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Hasil penelitian ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior* oleh Ajzen (2005) yaitu pada penelitian sebagian besar ditemukan sikap yang dimiliki keluarga positif dengan tingkat pengetahuan baik dalam berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah. Pengetahuan keluarga dengan nilai paling tinggi didapatkan pada item 6, 7 dan 8 dalam kuesioner yaitu pengetahuan tentang tenaga medis yang berperan dalam upaya rehabilitasi pasca stroke, lama rehabilitasi dan pola hidup pasien selama rehabilitasi.

Pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu (Notoatmodjo, 2011). Ajzen (2005) menjelaskan bahwa pengetahuan yang diperoleh dari segala yang diketahui dan diyakini termasuk keyakinan terhadap perilaku yang ditampilkan dengan hasil tertentu, atau beberapa atribut lainnya seperti biaya atau kerugian yang dapat terjadi saat melakukan suatu perilaku. Sikap yang timbul dari hal tersebut merupakan evaluasi secara positif ataupun negatif terhadap benda, orang, kejadian, perilaku atau minat tertentu. Ajzen juga menjelaskan bahwa pengetahuan mengenai cara melakukan suatu perilaku dengan baik dan benar akan mendapatkan hasil yang positif. Seseorang yang yakin bahwa sebuah perilaku dapat menghasilkan hasil yang positif, maka individu tersebut akan memiliki sikap yang positif yang memengaruhi intensinya terhadap suatu perilaku.

Sebagian kecil keluarga memiliki pengetahuan yang cukup dengan sikap negatif dikarenakan keluarga telah mengetahui cara melakukan perawatan pasien pasca stroke akan tetapi mereka yakin bahwa jika mereka tetap melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah, malah akan menimbulkan konsekuensi kepada mereka. Konsekuensi tersebut yaitu pasien akan semakin parah atau tidak membaik setelah mereka melakukan pertolongan dengan melakukan perawatan sehingga memberikan kerugian bagi keluarga. Sebagian kecil masyarakat memiliki anggapan bahwa mereka takut jika terjadi kesalahan dalam melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah secara mandiri, sehingga mereka memilih untuk menunggu jadwal rehabilitasi atau membawa pasien ke rumah sakit dan langsung ditangani oleh petugas kesehatan merupakan hal terbaik untuk menolong pasien.

5.2.2 Analisis hubungan pengetahuan dengan norma subyektif keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil data pada tabel 5.9 dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan kurang dengan norma subyektif rendah. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan ada hubungan yang sangat kuat antara pengetahuan dan norma subyektif keluarga yang berarti semakin rendah norma subyektif akan semakin kurang tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Hasil ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior* oleh Ajzen (2005) yaitu norma subyektif yang rendah pada keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan kurang.

Norma subjektif merupakan persepsi individu terhadap harapan dari orang-orang yang berpengaruh dalam kehidupannya (*referent*). *Referent* tersebut dengan kata lain, menginginkan atau tidak menginginkan seseorang untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah. Norma subyektif ditentukan oleh adanya keyakinan (*normative beliefs*) dan keinginan untuk mengikuti (*motivation to comply*). Ajzen (2005) menjelaskan bahwa keyakinan yang berkenaan dengan harapan yang berasal dari *referent* atau orang dan kelompok yang berpengaruh bagi individu (*significant others*) seperti orang tua, pasangan, teman, atau yang lainnya tergantung pada perilaku yang terlibat.

Hasil data yang diperoleh pada tabel 5.9 sebagian besar masyarakat memiliki pengetahuan kurang dengan tingkat norma subjektif yang rendah. Cara melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah mereka peroleh dari persepsi dan motivasi tetangga, teman dan sesama keluarga dengan pasien pasca stroke yang

memberikan saran untuk membiarkan pasien tetap merokok, merendam tangan/kaki pasien yang bengkak dengan air hangat yang dicampur garam, membiarkan pasien makan segala jenis makanan dan mengikuti terapi alternatif untuk pasien. Sehingga, menimbulkan suatu intensi pada keluarga untuk melakukan apa yang didukung oleh tetangga, teman dan sesama keluarga dengan pasien stroke sebagai orang yang dapat dipercaya oleh keluarga. Satu keluarga mempunyai pengetahuan baik dengan tingkat norma subyektif rendah. Cara perawatan mereka peroleh dari persepsi dan motivasi petugas kesehatan. Petugas kesehatan memberikan penjelasan mengenai cara perawatan pada saat *discharge planning* ketika pasien akan keluar rumah sakit dan pada saat pasien mengikuti rehabilitasi di rumah sakit. Keluarga tidak mengikuti instruksi dari petugas kesehatan dikarenakan keluarga tidak ingin membuat pasien bertambah stress karena dilarang untuk melakukan kegiatan yang biasa dilakukan pasien sebelum sakit seperti merokok dan mengkonsumsi berbagai jenis makanan. Persepsi seseorang dipengaruhi oleh faktor dalam situasi (waktu, keadaan/tempat kerja dan keadaan), faktor dalam pemersepsi (sikap, motif, kepentingan, pengalaman, dan pengharapan), dan faktor pada target (hal baru, gerakan, bungi, ukuran, latar belakang, dan kedekatan) (Robbins, 2006). Pengalaman sesama keluarga dengan pasien pasca stroke dalam melakukan perawatan dijadikan persepsi yang diyakini keluarga dan mereka jadikan sebagai motivasi atau dorongan untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah sesuai dengan apa yang diinstruksikan.

5.2.3 Analisis hubungan pengetahuan dengan PBC keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil Hasil temuan data pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki pengetahuan kurang dengan PBC lemah. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan ada hubungan yang sangat kuat antara pengetahuan dan PBC yang berarti semakin lemah PBC akan semakin kurang pengetahuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Hasil ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior* oleh Ajzen (2005) yaitu PBC yang rendah pada keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan kurang.

Perceived behavioral control (kendali perilaku yang dipersepsikan) adalah persepsi terhadap sulit atau tidak sebuah perilaku yang dapat dilakukan (Nursalam, 2013). Ajzen (2005) dalam TPB mengemukakan bahwa persepsi kontrol perilaku ditentukan oleh keyakinan individu mengenai ketersediaan sumber daya berupa peralatan, kompatibilitas, kompetensi, dan kesempatan yang mendukung atau menghambat dalam mewujudkan suatu intensi. Semakin kuat keyakinan terhadap kesempatan yang dimiliki seseorang berkaitan dengan perawatan pasien pasca stroke di rumah maka, semakin kuat persepsi kontrol individu terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah. Keluarga yang memiliki pengalaman pernah melakukan suatu perilaku, juga memiliki pengalaman untuk melakukan perilaku tersebut yang didapatkan dari norma subyektif yang dikontrol dengan PBC. Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan sumber informasi. Seseorang akan melakukan perilaku tersebut karena terbentuk suatu niat. Individu tersebut mengevaluasi perilaku secara positif ditambah mendapatkan

tekanan dari sosial dan memiliki kesempatan untuk melakukan suatu perilaku (Ajzen 2005).

Seseorang yang memiliki pengetahuan baik dengan PBC yang rendah dikarenakan pengalaman sebelumnya ketika merawat pasien pasca stroke di rumah. Perawatan pasien pasca stroke di rumah terhambat oleh pekerjaan yang padat dan sarana serta prasarana yang dimiliki oleh keluarga yang kurang memadai. Sehingga, masyarakat melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah sesuai dengan keadaan yang dialami mereka. Sosialiasi kepada keluarga yang rutin dilakukan oleh pemerintah dengan petugas kesehatan yang berpengalaman dapat mendorong intensi keluarga sehingga timbul perilaku perawatan pasien pasca stroke di rumah dengan baik dan benar dan akan dihasilkan pengetahuan yang baik dengan PBC yang baik.

5.2.4 Analisis hubungan sikap dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Data pada tabel 5.11 menunjukkan sebagian besar responden memiliki sikap positif dan intensi yang tinggi untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan ada hubungan yang sedang antara sikap dan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

Ajzen (1991) menjelaskan dalam Nursalam (2016) bahwa intensi memainkan peran yang khas dalam mengarahkan perilaku, yakni menghubungkan antara perilaku yang mendalam yang diyakini dan diinginkan oleh seseorang dengan perilaku tertentu. Intensi menjadi penentu bahwa sikap yang diyakini akan ditampilkan atau tidak ditampilkan sebagai perilaku, seseorang yang memiliki sikap

positif dengan intensi yang rendah dikarenakan kepercayaan dan keyakinan keluarga yang kuat dalam berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah tidak diimbangi dengan ketertarikan keluarga untuk mencari informasi lebih lanjut mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah sesuai prosedur dan pencegahan stroke berulang. Sikap yang positif dikarenakan persepsi keluarga yang dipengaruhi oleh petugas kesehatan yang memberikan penjelasan mengenai cara perawatan pada saat *discharge planning* ketika pasien akan keluar rumah sakit dan pada saat pasien mengikuti rehabilitasi di rumah sakit.

Sebagian besar masyarakat memiliki keyakinan akan persepsi dan motivasi dari tenaga kesehatan seperti ditunjukkan pada tabel 5.11, hal ini menunjukkan bahwa pengalaman petugas kesehatan dijadikan keyakinan pada seseorang sehingga terbentuk intensi perawatan pasien pasca stroke di rumah. Sikap yang negatif yang dimiliki responden dengan intensi yang tinggi karena responden mengisi kuesioner merasa jenuh dengan item dalam kuesioner yang terlalu banyak sehingga mereka mengisi secara asal-asalan. Sikap positif yang dimiliki seseorang dengan intensi yang rendah diperoleh seseorang karena pengaruh dari orang-orang sekitar yang memiliki evaluasi buruk terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah. Mengevaluasi secara positif persepsi dan motivasi dari orang lain di sekitar individu diperlukan untuk membentuk sikap yang positif untuk membentuk intensi yang tinggi pula dalam melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah.

5.2.5 Analisis hubungan norma subyektif dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil temuan data pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki norma subyektif tinggi dengan intensi yang tinggi. Hasil dari

analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan ada hubungan yang kuat antara norma subyektif dengan intensi yang berarti semakin tinggi norma subyektif akan semakin tinggi pula intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Hasil ini sesuai dengan *Theory of Planned Behavior* oleh Ajzen (2005) yaitu intensi tinggi pada keluarga yang memiliki norma subyektif yang tinggi.

Norma subyektif tidak hanya ditentukan oleh *referent*, tetapi juga ditentukan oleh *normative beliefs* dan *motivation to comply*. Keinginan untuk memenuhi persepsi yang didukung dengan motivasi dari petugas kesehatan akan dijadikan keyakinan keluarga dalam perawatan pasien pasca stroke di rumah. Ajzen (2005) menjelaskan banyak *referent* yang mendukung atau meyetujui seseorang untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah menyebabkan seseorang memiliki norma subyektif tinggi dan kekuatan intensi yang tinggi. *Theory of Planned Behavior* menjelaskan bahwa seseorang dapat bertindak berdasarkan intensi atau intensi yang hanya jika ia memiliki kontrol terhadap perilaku (Ajzen 2005). Sehingga, norma subyektif yang datang dari petugas kesehatan akan memperkuat intensi seseorang yang dijadikan penghubung untuk menampilkan perilaku perawatan pasien pasca stroke di rumah. Data yang diperoleh menunjukkan sebagian besar keluarga memiliki intensi untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah yang baik dan benar sesuai yang dianjurkan.

Tabel 5.12 menunjukkan banyak keluarga yang memiliki norma subyektif rendah dengan intensi yang rendah. Menurut Ajzen (2005) *base rate* merupakan tingkatan kemungkinan sebuah tingkah laku yang akan dilakukan oleh individu. Banyak *referent* yang menyetujui dan mendukung seseorang maka *base rate* akan meningkat dan memengaruhi kekuatan intensi sedang menjadi kuat. Norma

subyektif yang rendah dengan intensi yang tinggi dikarenakan responden merasa jenuh dengan item dalam kuesioner yang terlalu banyak sehingga mereka mengisi dengan asal-asalan. Norma subyektif yang tinggi dengan intensi yang rendah dikarenakan saran dari petugas kesehatan tidak diniatkan untuk dilakukan atau tidak dibarengi dengan ketertarikan untuk mencari informasi lebih lanjut mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah dan pencegahan stroke berulang, membiarkan pasien makan segala jenis makanan karena tidak ingin pasien merasa jenuh, membatasi waktu pasien karena takut dan membantu pasien dalam melakukan kegiatan yang sudah bisa dilakukan sendiri.

Petugas kesehatan sebagai *referent* menimbulkan keyakinan terhadap persepsi keluarga yaitu petugas kesehatan untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah. Keluarga beranggapan petugas kesehatan memiliki pengalaman yang baik untuk membantu pasien pasca stroke dengan melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah. Intensi mereka terbentuk karena terdapat motivasi dan dukungan dari petugas kesehatan.

5.2.6 Analisis hubungan PBC dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil data pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki PBC kuat dengan intensi yang tinggi sebanyak 14 orang, dan sebagian besar masyarakat memiliki PBC sedang dengan kekuatan intensi tinggi. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan norma subyektif berhubungan dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

Ajzen (2005) dalam *Theory of Planned Behavior* menjelaskan bahwa tidak hanya menekankan pada rasionalitas dan tingkah laku individu, tetapi juga *beliefs*

bahwa target tingkah laku berada dibawah kontrol dan individu, misal kesempatan untuk menampilkan tingkah laku tersebut atau ada hal yang mendukung dan menghambat untuk menampilkan perilaku tertentu. Individu tersebut mengevaluasi perilaku secara positif ditambah mendapat tekanan dari sosial untuk melakukan perilaku tersebut, serta percaya bisa dan memiliki kesempatan untuk melakukan perilaku tersebut, sehingga intensi seseorang akan terlebih dahulu terbentuk sebelum melakukan suatu perilaku.

Keluarga banyak yang memiliki keinginan untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah, tetapi ada hambatan yang mengontrol perilaku tersebut dikarenakan oleh pekerjaan yang padat dan sarana serta prasarana yang dimiliki oleh keluarga yang kurang memadai menjadikan proses menjadi tidak maksimal dan menyebabkan seseorang memiliki kekuatan intensi sedang. Media untuk mensosialisasikan perawatan pasien pasca stroke di rumah dapat meningkatkan kesadaran akan fungsi dari keluarga dan kontrol perilaku s menghasilkan intensi yang kuat untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah.

5.2.7 Analisis hubungan intensi dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah

Hasil data pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki intensi yang tinggi dan perilaku yang baik. Hasil dari analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan ada hubungan antara intensi dan perilaku yang berarti semakin tinggi intensi akan semakin baik perilaku dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

Intensi rendah dengan perilaku yang baik dikarenakan responden merasa jenuh dengan item yang terlalu banyak dalam kuesioner sehingga mereka mengisi dengan asal-asalan. Intensi yang tinggi dan perilaku yang kurang dikarenakan keluarga memiliki keyakinan yang kuat untuk melakukan instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang cara merawat pasien pasca stroke di rumah dengan baik dan benar, tetapi keyakinan tersebut tidak dibarengi dengan usaha yang digunakan keluarga untuk merawat pasien pasca stroke di rumah yang terhalang oleh faktor penghambat.

Intensi adalah indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku suatu perilaku, dan seberapa besar usaha yang akan dikeluarkan untuk melakukan sebuah perilaku (Ajzen, 1991). Hartono (2007) mengartikan intensi/niat sebagai keinginan untuk melakukan perilaku. Seseorang berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah karena faktor keinginan, kesengajaan, atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku merawat pasien pasca stroke di rumah masih berupa suatu keinginan atau rencana. Niat belum berupa perilaku merawat, sedangkan perilaku merawat merupakan tindakan nyata yang dilakukan dari niat. Intensi secara umum memiliki korelasi yang kuat dengan perilaku, sehingga dapat dipakai untuk memprediksi perilaku.

BAB 6**KESIMPULAN DAN SARAN****6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya pada bulan Agustus 2018, maka dapat disimpulkan:

1. Pengetahuan berhubungan dengan *attitude toward behavior* (sikap) keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi sangat kuat dan arah hubungan positif.
2. Pengetahuan berhubungan dengan *subjective norm* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi sangat kuat dan arah hubungan positif.
3. Pengetahuan dengan *perceived behavior control* keluarga terhadap perawatan pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi sangat kuat dan arah hubungan positif.
4. *Attitude toward behavior* (sikap) berhubungan dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi sedang dan arah hubungan positif.
5. *Subjective norm* (norma subjektif) berhubungan dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi tinggi dan arah hubungan positif.
6. *Perceived behavior control* berhubungan dengan intensi keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi sedang dan arah hubungan positif.

7. Intensi berhubungan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya dengan korelasi tinggi dan arah hubungan positif.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, norma subyektif, PBC, intensi dan perilaku pada keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah di wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya untuk mengurangi angka kematian dan kecacatan yaitu:

1. Bagi subyek penelitian/keluarga pasien pasca stroke

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi bagi subyek penelitian/keluarga pasien pasca stroke agar mereka mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan perilaku keluarga, sehingga keluarga dapat meningkatkan kesadaran untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah dengan baik dan benar sesuai dengan prosedur yang telah dijelaskan oleh petugas kesehatan. Perawatan yang baik dan benar akan berdampak baik pula terhadap proses pemulihan pasien.

2. Bagi perawat

Perawat dapat menggunakan penelitian ini untuk menambah pengetahuan dan informasi mengenai beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah. Perawat dapat membantu keluarga untuk lebih menyadari akan pentingnya melakukan perawatan yang baik dan benar sesuai dengan prosedur yang telah diajarkan sehingga dapat membantu mempercepat pemulihan pasien

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sumber referensi dan bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya dengan topik atau masalah yang sejenis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2005) 'Attitudes, Personality & Behaviour'. Available at: <https://psicoexperimental.files.wordpress.com/2011/03/ajzeni-2005-attitudes-personality-and-behaviour-2nd-ed-open-university-press.pdf>.
- American Heart Association (2015) '*Heart Disease and Stroke Statistics – At-a-Glance*', diakses 1 April 2018 <https://www.heart.org/idc/groups/ahamh-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_470704.pdf>.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI (2013) Riset Kesehatan Dasar Kemenkes RI
- Bilotta Kimberly (2012) Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Dinas Kesehatan (2017) Rekapitulasi Data Surveilans Kasus PTM Stroke ICD –X 164
- Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M & Lewis, S. M. (2011). Medical Surgical Nursing: assessment and management of clinical problem.
- Fisbhein, M, I. Ajzen (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison Wesley. Reading
- Hurlock, Elizabeth (1968). *Developmental Psychology*. 5 th ed. New York : McGraw-Hill
- Irdawati, Ambarwati dan Winarsih Nur (2009) Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Perilaku dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Pasce Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura. Available from: <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/handle/123456789/2038>. [Accessed 2 April 2018]
- Junaidi, Iskandar (2011) *Stroke Waspada Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI
- Kepmenkes RI No. 128/Menkes/SK/II/2004
- Kurniasari, 2011. Pengaruh Kualitas Pelayanan Jasa Terhadap Keputusan Pasien Berobat Rawat Inap di RSUD Moewardi Jebres. Skripsi. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Lemone P & Burke, K. (2004) *Medical Surgical Nursing Critical Thinking in Client Care Third Edition*. New Jersey: Pearson Education
- National Stroke Association (2007), *HOPE: The Stroke Recovery Guide*, Bull, America
- Notoatmodjo, S. (2012) *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Pusat Data dan Informasi (2015) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) Proporsi Penyebab Kematian di 15 Kabupaten/ Kota pada seluruh umur,

- tahun 2011 oleh Felly PS, dkk (2011-2012 dari Badan Litbangkes Kemkes. Workshop Penanggungjawab ICD Koding, Jakarta 10-14 September 2012.
- Rendy, M Clevo dan Margareth TH. (2012) Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika
- Stephen.P.Robbins (2006) Perilaku Organisasi, Edisi Bahasa Indonesia, Pearson Educations. Inc.
- Sastroasmoro, S., dan Ismael, S. (2008) Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis, 106-108, Jakarta : Sagung seto
- Setyoadi, dkk. (2017) Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Pasien Stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung Vol 4, No. 3. Malang: Majalah FK Universitas Brawijaya
- Smeltzer & Bare (2008) Textbook of Medical Surgical Nursing Vo.2. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Sugiyono (2007) Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono (2012) Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta
- Sustrani, Lanny, Syamsir Alam, Iwan hadibroto (2003) Stroke, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- WHO (2014) *Noncommunicable Disease*, diakses 1 April 2018 <<http://www.who.int/gho/ncd/mortalitymorbidity/en/>>.
- Wirawan. (2009). Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia Teori Aplikasi dan Penelitian. Jakarta. Penerbit: Salemba Empat.
- Yastroki (2012) Stroke Penyebab Kematian Urutan Pertama di Rumah Sakit Indonesia. Diakses tanggal 5 Mei 2015, dari <http://www.yastroki.or.id>

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian bagi Responden Penelitian

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN
BAGI RESPONDEN PENELITIAN**

Assalamualaikum Wr. Wb.

Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah

Nama Peneliti : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas

NIM : 131411131082

Peneliti adalah mahasiswa Program S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Anda dimohon untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Partisipasi ini bersifat sukarela. Sebelum anda memutuskan untuk berpartisipasi, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai berikut:

Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan *attitude toward behavior* (sikap), *subjective norm*, *perceived behavior control*, intensi dan perilaku keluarga dalam merawat pasien pasca stroke di rumah berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) atau teori perilaku terencana.

Perlakuan yang diterapkan pada subyek

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pengumpulan data satu kali waktu, tanpa memberikan perlakuan, dalam penelitian ini responden akan menjawab beberapa

Manfaat

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi keluarga atau responden agar dapat mengurangi angka kematian dan kecacatan serta kejadian stroke berulang dengan memiliki perilaku dalam merawat pasien pasca stroke di rumah sesuai prosedur

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini.

Adanya insentif untuk subyek

Seluruh responden tidak mendapatkan insentif berupa uang/biaya transportasi maupun akomodasi. Responden akan memperoleh souvenir dari peneliti.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan dampak yang merugikan responden.

Kerahasiaan

1. Semua data dan informasi mengenai identitas responden dalam penelitian akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas dan pada laporan penelitian nama responden akan diubah dalam bentuk kode.
2. Data hanya disajikan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan dan tidak digunakan untuk maksud-maksud yang lain. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pelayanan kesehatan setempat dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas responden.

Sebagaimana penjelasan di atas, saya mohon partisipasi anda untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujurnya.

Informasi Tambahan

Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas

Telp : 085854001535

Email : senjaputrisia@gmail.com

Atas partisipasi anda dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, Juli 2018

Yang mendapatkan penjelasan
Responden

Yang memberi penjelasan
Peneliti

(.....)

(Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas)

Saksi

(.....)

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(*INFORMED CONCENT*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan **BERSEDIA/TIDAK BERSEDIA** *) menjadi peserta/responden penelitian yang akan dilakukan oleh Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas, mahasiswa Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang berjudul: “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah”

Nama :
Umur : tahun
Alamat :
No. Tlp / Hp :
Kode **) :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun

*) coret yang tidak perlu

**) diisi oleh peneliti

Surabaya, Juli 2018

Peneliti

Saksi

Responden

(Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas)

(.....)

(.....)

Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

KUESIONER**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH**

Petunjuk pengisian kuesioner:

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap pertanyaan dalam kuesioner ini
2. Pilihlah jawaban yang sesuai menurut anda dengan cara memberi tanda centang (✓) pada kotak pilihan/kolom yang tersedia
3. Jika anda salah mengisi jawaban maka coret (=) atau silang (x) jawaban tersebut kemudian beri tanda centang (✓) pada jawaban yang dianggap benar
4. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar
5. Pertanyaan yang bertanda (*) berarti coret (=) kata yang tidak diperlukan

A. DATA DEMOGRAFI

1. Nomor responden : **(diisi oleh peneliti)**
2. Usia anda saat ini : 21-40 tahun
 41-60 tahun
 61-80 tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir :
(lulus) SD SMP SMA
 Perguruan tinggi
 Lain-lain, sebutkan:
5. Pekerjaan : Swasta
 Wiraswasta
 Lain-lain, sebutkan:.....
6. Penghasilan per bulan : < Rp. 3.583.312.61,-
 > Rp. 3.583.312.61,-
7. Hubungan keluarga dengan pasien pasca stroke:
 Suami/istri Anak Lain-lain, sebutkan:.....
8. Berapa lama keluarga menderita stroke?
 1-3 tahun 4-6 tahun > 6 tahun
9. Serangan stroke ke berapa yang dialami keluarga saat ini?
 < 1X > 1X
10. Apakah anda pernah memiliki pengalaman dalam merawat pasien pasca stroke di rumah sebelum ini?
 Ya Tidak
11. Dari mana informasi perawatan pasien stroke di rumah yang pernah anda peroleh? **(jawaban boleh lebih dari satu)**
 Media informasi (misal: internet, tv, radio, majalah, koran, dll)
 Teman/keluarga lain/tetangga
 Petugas kesehatan
12. Berapa jauh jarak rumah anda dengan fasilitas rehabilitasi?
a. 1-5 Km b. 5-10 Km c. >10 km

B. PENGETAHUAN

1. Apakah yang menjadi tujuan dari rehabilitasi pasca stroke?
 - a. Untuk kesembuhan pasien
 - b. Untuk mengurangi kecacatan
 - c. Untuk memperbaiki fungsi tubuh yang terganggu, melatih keterampilan yang masih tersisa pada penderita sesuai dengan kemampuannya, memulihkan hubungan interpersonal dan mencegah serangan stroke kedua kalinya
2. Apa akibat bagi pasien pasca stroke yang tidak melakukan terapi fisik?
 - a. Tidak terlalu berpengaruh
 - b. Tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari
 - c. Tingkat keparahan meningkat dan menyebabkan kelumpuhan total bahkan serangan kedua yang menyebabkan kematian
3. Apa fungsi terapi bicara terhadap pasien pasca stroke?
 - a. Agar indera pengucap pasien dapat kembali seperti semula
 - b. Agar pasien mampu menggunakan kata-kata
 - c. Meningkatkan kemampuan berkomunikasi bagi penderita dan untuk mengurangi tingkat depresi
4. Mengapa pasien pasca stroke memerlukan terapi psikologi?
 - a. Karena itu saran dari dokter
 - b. Karena efek dari serangan pasca stroke membuat pasien depresi
 - c. Karena pasien pasca stroke mengalami depresi, marah, frustrasi dan takut akan masa depan serta kehilangan harapan
5. Apakah semua pasien pasca stroke melakukan rehabilitasi yang sama?
 - a. Iya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
6. Mengapa setiap pasien pasca stroke tidak mendapatkan jenis rehabilitasi yang sama?
 - a. Kuat lemahnya fisik penderita
 - b. Jenis stroke yang berbeda
 - c. Karena efek serangan stroke berbeda pada setiap orang
7. Sampai kapan pasien harus melakukan rehabilitasi pasca stroke?
 - a. Sampai pasien mampu melakukan kegiatan sendiri
 - b. Sampai 3 bulan sesudah serangan
 - c. Selama sisa hidup pasien pasca stroke

Untuk pertanyaan nomor 8-12 dapat memilih lebih dari satu jawaban dengan memberikan tanda centang pada kotak yang tersedia

8. Apa manfaat melakukan upaya rehabilitasi secara dini?
 - Mempertahankan kemampuan gerak
 - Memperbaiki fungsi pernapasan dan sirkulasi
 - Menggerakkan seseorang secara dini pada fungsi aktivitas meliputi gerakan di tempat tidur, duduk, berdiri dan berjalan
 - Mencegah masalah komplikasi
 - Meningkatkan kesadaran diri dari bagian hemiplegik (satu tangan/satu kaki atau satu sisi wajah menjadi lumpuh dan tidak dapat bergerak)
 - Meningkatkan kontrol dan keseimbangan duduk dan berdiri

- Memaksimalkan aktivitas perawatan diri
9. Apa saja kegiatan yang dilakukan dalam rehabilitasi pasca stroke?
- Terapi bicara
- Terapi fisik
- Terapi psikoterapi (usaha penyembuhan untuk masalah yang berkaitan dengan jiwa, pikiran, dan mental)
10. Apa peran keluarga dalam membantu pasien menjalani rehabilitasi pasca stroke?
- Sebagai pemberi dukungan
- Sebagai perawat bagi penderita
- Penghubung antara pasien dengan petugas kesehatan
- Pengubah lingkungan sebagai penyesuaian terhadap pasien
- Sebagai pendidik bagi pasien
- Sebagai penyedia biaya
11. Siapa saja tenaga medis yang berperan dalam upaya rehabilitasi pasca stroke?
- Dokter rehabilitasi Okupational terapis
- Perawat rehabilitasi *Speech thereapist* (terapi bicara)
- Fisioterapis Psikolog
12. Bagaimana pola hidup yang baik untuk pasien pasca stroke yang sedang menjalani rehabilitasi?
- Menghindari makanan tinggi lemak dan garam
- Mengonsumsi buah dan sayur
- Menghindari rokok dan alkohol
- Selalu mengusahakan pasien melakukan aktivitas fisik
- Manajemen stres (misal: rekreasi, dll)

C. *ATTITUDE TOWARD BEHAVIOR* (SIKAP)

NO	Pertanyaan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Saya percaya bahwa keparahan stroke akan semakin meningkat jika tidak dilakukan tindakan rehabilitasi				
2	Saya yakin bahwa pola makan berpengaruh dalam masa rehabilitasi				
3	Saya yakin bahwa manajemen stress sangat dibutuhkan bagi pasien pasca stroke				
4	Saya percaya bahwa aktifitas fisik tidak memberi pengaruh positif bagi pasien pasca stroke				

5	Saya percaya bahwa keberadaan keluarga tidak berpengaruh terhadap proses pemulihan pasien				
6	Rehabilitasi dapat dilakukan di rumah sebagai perawatan lanjutan				

D. SUBJECTIVE NORM (NORMA SUBJEKTIF)

NO	Pertanyaan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Saya akan mengikuti saran petugas kesehatan untuk kontrol secara rutin				
2	Saya mengikuti saran tetangga untuk mengajak pasien pasca stroke pergi ke tempat yang mereka suka				
3	Saya mengikuti saran teman untuk membiarkan pasien pasca stroke merokok				
4	Saya mengikuti saran dari sesama keluarga dengan pasien pasca stroke untuk merendam tangan/kaki yang bengkak dengan air hangat yang dicampur garam				
5	Orang terdekat menyarankan saya untuk melatih fisik pasien pasca stroke sesuai dengan kondisi pasien				
6	Petugas kesehatan stroke menyarankan agar memodifikasi lingkungan rumah saya sesuai dengan kondisi pasien				
7	Tetangga menyarankan saya untuk membiarkan pasien makan segala jenis makanan				
8	Sesama keluarga dengan pasien pasca stroke menyarankan saya untuk mengikuti terapi alternatif bagi pasien				

E. PERCEIVED BEHAVIOR CONTROL**Kuesioner bagian 1**

NO	Pertanyaan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Pekerjaan yang padat merupakan faktor penghambat saya untuk mengantarkan dan menemani pasien pasca stroke kontrol secara rutin				
2	Pasien pasca stroke yang kurang sadar pentingnya perawatan diri merupakan faktor penghambat anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
3	Pengetahuan yang kurang mengenai perawatan yang sesuai dengan prosedur merupakan faktor penghambat anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke dengan baik dan benar				
4	Sarana dan prasarana merupakan faktor penghambat saya untuk mengantarkan dan menemani pasien pasca stroke kontrol secara rutin				
5	Program sosialisasi yang dibuat oleh pemerintah/intansi kesehatan merupakan faktor pendorong anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
6	Kesadaran akan fungsi dari keluarga merupakan faktor pendorong anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				

Kuesioner bagian 2

NO	Pertanyaan	Sangat besar	Besar	Kecil	Sangat kecil
1	Pekerjaan yang padat merupakan faktor penghambat yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
2	Pasien pasca stroke yang kurang sadar pentingnya perawatan diri merupakan				

	faktor penghambat yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
3	Pengetahuan yang kurang mengenai perawatan yang sesuai dengan prosedur merupakan faktor penghambat yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
4	Sarana dan prasarana merupakan faktor penghambat yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
5	Program sosialisasi yang dibuat oleh pemerintah/intansi kesehatan merupakan faktor pendorong yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				
6	Kesadaran akan fungsi dari keluarga merupakan faktor pendorong yang (...) pada anda untuk melakukan perawatan pasien pasca stroke di rumah				

F. INTENSI

No.	Pernyataan	Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Saya tertarik untuk mencari informasi lebih lanjut mengenai perawatan pasien pasca stroke di rumah.				
2	Saya tertarik mencari informasi mengenai pencegahan stroke berulang				
3	Saya selalu membiarkan pasien untuk makan segala jenis makanan karena saya ingin pasien tidak merasa jenuh				
4	Saya mencoba untuk membatasi waktu pasien dalam melakukan hal-hal yang mereka sukai karena saya takut				
5	Saya tertarik untuk membantu melakukan hal-hal yang bisa dilakukan sendiri oleh pasien karena saya belum sepenuhnya				

	yakin mereka bisa melakukan hal tersebut				
--	--	--	--	--	--

G. PERILAKU

NO	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya mengantar dan menemani pasien ke tempat rehabilitasi setiap bulan atau setiap 3 bulan sekali sesuai anjuran petugas kesehatan				
2	Saya juga mempelajari apa yang diajarkan petugas kesehatan supaya bisa mendidik pasien di rumah				
3	Saya membiarkan berat badan pasien melebihi berat badan ideal				
4	Saya membiarkan pasien untuk merokok				
5	Saya membiarkan pasien untuk makan ayam (bagian yang tidak berlemak) dan minum susu rendah lemak				
6	Saya menyamakan menu makanan pasien dengan anggota keluarga lain yang tidak sakit				
7	Saya mengubah tata ruang rumah sesuai dengan kondisi pasien sehingga pasien mampu melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan yang dia miliki				
8	Saya menyediakan alat bantu berjalan (untuk pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas bawah) atau alat bantu komunikasi (untuk pasien yang mengalami gangguan bicara)				
9	Saya melibatkan pasien dalam kehidupan sosial saya dan memberi kesempatan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari di rumah seperti sebelum pasien sakit				
10	Saya memberi penghargaan pada setiap peningkatan kemampuan pasien				
11	Saya membiasakan pasien berjalan pagi untuk mengaktifkan anggota gerak bawah pasien,				
12	Saya membantu pasien untuk memijat dan melatih untuk menggerakkan bagian tubuh yang mengalami kelemahan				

Lampiran 4. Surat Survei Pengambilan Data Awal
Lampiran 4.1 Surat Survei Pengambilan Data Awal Fakultas Keperawatan Unair



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 948/UN3.1.13/PPd/2018 3 April 2018
Lampiran : -
Perihal : **Permohonan Fasilitas**
Survey Pengambilan Data Awal

Kepada Yth.: Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM : 131411131082
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah
Pembimbing Ketua : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep.Ns., M.Kep
Pembimbing : Lailatun Ni'mah, S.Kep.Ns., M.Kep

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I



Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIR. 196808291989031002 or

Lampiran 4.2 Surat Survei Pengambilan Data Awal Bakesbanpolinmas



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 13 April 2018

Nomor : 070/ 3144 /436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Pengambilan Data

Kepada
 Yth. 1. Direktur RSUD Dr. Mohammad Soewandhie
 Surabaya
 2. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 di -
SURABAYA

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 3 April 2018 Nomor : 948/UN3.1.13/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
 - Alamat : Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo RT 03, RW 07, Kedungwaru, Tulungagung
 - Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 - Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 - Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- Judul / Thema : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah
 - Tujuan : Pengambilan Data
 - Bidang Penelitian : Kesehatan
 - Penanggung Jawab : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep
 - Anggota Peserta : -
 - Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 - Lokasi : Dinas Kesehatan; RSUD Dr. Mohammad Soewandhie Kota Surabaya
- Dengan persyaratan :
- Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
 - Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 - Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 - Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .



Ir. Rr. Laksmi Rini Sevriani, M.Si
 Pembina Tk I
 NIP 19680918 199403 2 007

Tembusan :
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya;
 2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 4.3 Surat Survei Pengambilan Data Awal Dinas Kesehatan Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 1000 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat
Nomor : 070/3144/436.8.5/2018
Tanggal : 19 April 2018
Hal : Pengambilan Data
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas**
NIM :
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR
Alamat : Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo Tulungagung
Tujuan Penelitian : Menyusun Proposal
Tema Penelitian : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Keluarga Dalam
Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2018
Daerah / tempat : Puskesmas Se - Kota Surabaya
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 21 Mei 2018

Kepala Dinas
Sekretaris,



Nani Sukristina S. M. Kes
Pembina Tk. I
NIP. 1994032008

Lampiran 5. Surat Ijin Pengambilan Data
Lampiran 5.1 Surat Ijin Pengambilan Data Fakultas Keperawatan Unair



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unair.ac.id> | Email: dekan_ners@fkp.unair.ac.id

Nomor : 2046/UN3.1.13/PPd/2018 20 Juli 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
NIM : 131411131082
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Kepala Puskesmas Wonokusumo Surabaya

Lampiran 5.2 Surat Ijin Pengambilan Data Bakesbanpolinmas



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 23 Juli 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di -

SURABAYA

Nomor : 070/5540/436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

REKOMENDASI PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 20 Juli 2018 Nomor : 2046/UN3.1.13 /PPd/2018 hal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
 b. Alamat : Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, RT 03, RW 07, Kedungwaru, Tulungagung
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul / Thema : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah.
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Erna Dwi Wahyuni, S.Kep. Ns., M.Kep
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan.
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Plt. KEPALA BADAN,
 Plt. Sekretaris

 Ir. Yusuf Masduki, M.M.
 Pembina
 NIP.19671224 199412 1 001

Tembusan :
 Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Lampiran 5.3 Surat Ijin Pengambilan Data Dinas Kesehatan Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 20009 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa ,Politik dan
Perindungan Masyarakat
Nomor : 070/5540/436.8.5/2018
Tanggal : 23 Juli 2018
Hal : Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas**
NIM :
Pekerjaan : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR
Alamat : Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo Tulungagung
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi
Tema Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Keluarga
Dalam Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah
Lamanya Penelitian : Bulan Juli s/d Bulan September Tahun 2018
Daerah / tempat : **Puskesmas Wonokusumo**
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 27 Juli 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,



Nanik Sukristina S.KM. M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 197001471994032008

Lampiran 6. *Ethical Approval* KEPK Fakultas Keperawatan Unair



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 1158-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH”

Peneliti utama : Senja Putrisia Fajar Eldiningtyas
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Wilayah kerja Puskesmas Wonokusumo Surabaya
Setting of research

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 09 Agustus 2018
Ketua, (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002