

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Stroke

a. Pengertian

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sebagian area otak mengalami gangguan secara mendadak akibat pasokan darah yang terganggu. Gangguan ini menyebabkan kerusakan dan kematian sel-sel otak karena aliran darah ke otak tidak mencukupi, sehingga proses metabolisme pada sel-sel saraf terhambat. Kematian sel-sel otak ini dapat berlangsung secara bertahap hingga akhirnya mencapai kerusakan total (Bakti *et al.*, 2020).

Stroke dapat menimbulkan berbagai gangguan seperti gangguan motorik, kesulitan dalam komunikasi verbal, gangguan persepsi, penurunan fungsi kognitif, gangguan psikologis, serta gangguan pada fungsi kandung kemih. Stroke juga dapat menyebabkan kelumpuhan, terutama pada bagian bahu, serta pola berjalan yang tidak normal. Seseorang yang pernah mengalami stroke memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami serangan ulang, dengan dampak yang cenderung lebih berat dibandingkan serangan pertama, termasuk peningkatan risiko kematian dan kecacatan. Kondisi ini juga sering memicu munculnya rasa cemas (Syahdi, 2022)

b. Klasifikasi stroke

Stroke dapat diklasifikasikan/digolongkan menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Lily *et al.*, 2022)

1) Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah di otak akibat penumpukan kolesterol atau lemak, sehingga aliran oksigen ke otak terganggu. Kondisi ini menyebabkan kematian jaringan otak akibat terhambatnya aliran darah ke area otak, yang biasanya terjadi karena tersumbatnya arteri serebral atau servikal.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah yang melemah, sehingga menimbulkan perdarahan di area sekitar otak.

c. Gejala Stroke

Gejala stroke bervariasi menurut jenisnya. FAST (*Face, Arms, Speech, Time*) dapat mengidentifikasi stroke. Menurut (Siregar *et al.*, 2023)

- 1) *Face* yaitu Mengamati apakah wajah seseorang tampak simetris atau menunjukkan tanda ketidakseimbangan, seperti salah satu sisi yang tampak menurun.
- 2) *Arm* yaitu mengamati tanda-tanda stroke berupa kelemahan pada lengan dengan meminta penderita mengangkat kedua lengannya, lalu menilai apakah posisi ketinggian kedua lengan tersebut sejajar atau terdapat perbedaan.

- 3) *Speech* yaitu Menilai kemampuan bicara penderita, apakah ucapannya terdengar jelas, tidak jelas, atau bahkan tidak mampu berbicara sama sekali.
- 4) *Time* yaitu waktu, segera bawa penderita ke rumah sakit jika dari penilaian *Face*, *Arm*, dan *Speech* menunjukkan indikasi gejala stroke

d. Faktor Risiko Stroke

Klasifikasi faktor yang menjadi pemicu kejadian stroke diantara lain :

- 1) Faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah bersifat bawaan dari genetik dan tidak dapat diubah (Gustin, 2023)
 - a) Usia

Stroke yang dialami pada usia di atas 50 tahun dapat disebabkan oleh proses penuaan, di mana pembuluh darah cenderung menjadi lebih kaku atau mengeras seiring bertambahnya usia.
 - b) Jenis Kelamin

Risiko stroke berdasarkan jenis kelamin cenderung lebih tinggi pada pria.
 - c) Genetik

Faktor keturunan memiliki peran dalam risiko terjadinya stroke, karena kondisi seperti hipertensi dan diabetes melitus yang menjadi penyebab utama stroke dapat diturunkan dari orang tua kepada anak.
 - d) Ras

Individu dari ras kulit hitam, Hispanik Amerika, serta etnis Cina dan Jepang memiliki angka kejadian stroke yang lebih tinggi

dibandingkan dengan mereka yang berasal dari ras kulit putih.

Di Indonesia, masyarakat dari suku Batak dan Padang diketahui lebih rentan mengalami stroke dibandingkan dengan suku Jawa.

- 2) Faktor yang dapat dimodifikasi adalah dapat diubah atau dapat dikendalikan (Rachmawati *et al.*, 2022)

- a) Merokok

Merokok dapat mengganggu kelancaran aliran darah. disebabkan oleh zat-zat kimia dalam rokok seperti karbon monoksida dan nikotin yang masuk ke dalam aliran darah dan dapat meningkatkan tekanan darah.

- b) Hipertensi

Tekanan darah tinggi dianggap sebagai faktor risiko untuk stroke karena tekanan darah yang meningkat secara perlahan merusak dinding pembuluh darah. Akibatnya, pasokan darah ke otak menjadi terhambat dan dapat menyebabkan kerusakan atau kematian sel-sel otak.

- c) Diabetes Melitus

Penderita diabetes mempunyai pembuluh darah yang lebih kaku (tidak lentur) sehingga memiliki risiko mengalami stroke yang lebih besar.

- d) Obesitas

Obesitas atau *overweight* (kegemukan) berhubungan dengan stroke terkait dengan tingginya kadar kolesterol dan lemak dalam darah seseorang dengan obesitas.

e) Kolesterol

Kelebihan kolesterol dalam tubuh dapat menumpuk di dinding pembuluh darah, yang kemudian memicu kondisi aterosklerosis dan berpotensi menyebabkan stroke.

2. Pasca Stroke

Kehilangan fungsi tubuh pada pasien pasca stroke dapat berdampak pada penerimaan diri serta kemampuan tubuh untuk melakukan kompensasi, baik secara fisik maupun psikologis, termasuk dalam bentuk mekanisme pertahanan diri. Kondisi ini dapat menurunkan tingkat produktivitas, meningkatkan ketergantungan pada orang lain, serta mengganggu kemampuan individu dalam menjalani aktivitas sehari-hari. (Warasti *et al.*, 2024)

a. Dampak Pasca Stroke

1) Dampak Fisik

Secara fisik, stroke ditandai dengan kelemahan, kekakuan, atau kelumpuhan pada lengan dan tungkai. Setelah terjadi serangan stroke, tonus otot dapat menurun drastis bahkan hilang sama sekali, yang berdampak pada berkurangnya aktivitas fisik. Hal ini dapat menghambat pergerakan sendi dan akhirnya menyebabkan ketergantungan total dalam menjalani aktivitas sehari-hari.

(Nuraliyah & Burmanajaya, 2019)

2) Dampak Psikososial

Perubahan fisik yang dialami oleh penderita stroke memberikan dampak signifikan terhadap aspek psikososial. Perubahan tersebut menyebabkan individu merasa tidak berdaya dan mengalami

keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Perasaan tidak berdaya ini muncul akibat pengalaman distress serta perubahan emosi seperti gelisah, frustrasi, marah, takut, dan cemas. Kondisi ini sering kali disertai dengan gejala depresi pada pasien stroke (Nuraliyah & Burmanajaya, 2019)

3) Dampak psikologis

Dampak psikologis yang dialami oleh penderita stroke mencakup perubahan mental setelah stroke yang dapat mengganggu proses berpikir, konsentrasi, kemampuan belajar, serta fungsi intelektual lainnya. Kondisi ini secara alami berdampak pada kesehatan mental pasien. Perasaan tidak berdaya, sedih, dan marah sering kali mengurangi rasa kebahagiaan dalam hidup, yang kemudian memicu munculnya emosi negatif seperti rasa takut (Amila *et al.*, 2024)

4) Dampak Psikospiritual

Permasalahan spiritual yang dialami oleh penderita stroke seringkali setara dengan tantangan fisik yang mereka hadapi. Kesadaran psikospiritual inilah yang perlu ditumbuhkan baik dalam diri penderita maupun anggota keluarganya. Beberapa masalah spiritual yang sering dijumpai antara lain kesulitan menjalankan ibadah shalat lima waktu akibat keterbatasan fisik, serta kurangnya pemahaman mengenai tata cara shalat saat sakit. Kemampuan penderita stroke dalam menerima kondisi disabilitasnya menjadi faktor penting untuk mengurangi kecemasan dan mencegah timbulnya depresi (Amila *et al.*, 2024)

b. Rehabilitasi Pasca Stroke

Untuk memulihkan fungsi kemampuan gerak dan peningkatan kualitas hidup bagi pasien stroke disarankan mengikuti program rehabilitasi neurologis yang dipandu oleh dokter dan terapis. Pelaksanaan rehabilitasi pasca stroke sejak awal dan konsisten dapat membantu pemulihan kemampuan motorik secara bertahap, sehingga kondisi kesehatan pasien dapat pulih secara menyeluruh. Latihan terapi fisik yang dilakukan secara rutin oleh penderita stroke terbukti memberikan hasil positif berupa peningkatan fungsi gerak tubuh. Rehabilitasi pada anggota gerak bagian atas memiliki peran penting bagi penderita stroke, karena gangguan fungsi tubuh bagian atas berdampak besar terhadap kemampuan mereka dalam menjalankan aktivitas sehari-hari (*activity daily living*), seperti makan dan minum, mandi, berpakaian, mengonsumsi obat, dan kegiatan lainnya (Murtafiqoh Hasanah, Abdul Gofir, 2021)

c. Lama Masa Rehabilitasi Pasca Stroke

Rehabilitasi awal dapat dimulai di atas tempat tidur setelah kondisi pasien stabil dan menunjukkan stabil dan membaik. rehabilitasi awal pada pasien stroke selama perawatan di fase akut sangat penting untuk membantu proses pemulihan secara maksimal dan mencegah terjadinya komplikasi lanjutan akibat stroke. Pelaksanaan rehabilitasi stroke yang sesuai dapat berperan penting dalam memperbaiki kualitas hidup penderita stroke.(Darussalam, 2022)

Tahap proses pemulihan pasien stroke menurut (Singarimbun & Sihombing, 2022)

1) Fase hiperakut

Ini adalah tahap segera setelah serangan stroke terjadi. Pasien umumnya berada dalam situasi darurat yang memerlukan penanganan segera di rumah sakit agar dapat memperoleh penanganan secepat mungkin guna mencegah kerusakan otak yang lebih serius.

2) Fase akut

Pada tahap ini, pasien mendapatkan perawatan intensif di unit stroke rumah sakit. Tim medis akan memantau kondisi pasien, memberikan pengobatan, dan mulai merencanakan langkah awal pemulihan.

3) Fase pemulihan

Setelah kondisi stabil, pasien masuk ke tahap pemulihan. Di fase ini, dibutuhkan perawatan menyeluruh dan rehabilitasi jangka panjang, seperti terapi fisik dan wicara, untuk membantu pasien kembali beraktivitas secara mandiri.

d. Pencegahan kekambuhan Stroke

Menurut (Ekawati *et al.*, 2021) Terdapat berbagai faktor yang dapat memicu terjadinya stroke, dan salah satu langkah paling efektif serta efisien untuk menurunkan risikonya adalah melalui tindakan pencegahan.

1) Pengendalian Tekanan Darah

a) Pencegahan

Berolahraga secara rutin, membatasi asupan lemak, dan mempertahankan berat badan yang sehat, mengelola stres dengan baik, mengontrol kadar kolesterol dalam darah, serta menjauhi kebiasaan merokok.

b) Pengobatan

Mengonsumsi obat anti hipertensi sesuai anjuran dan dosis yang ditetapkan oleh dokter, serta melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin, dapat mendorong kepatuhan dalam penggunaan obat setiap hari sehingga membantu menurunkan risiko terjadinya stroke.

2) Pengendalian Berat Badan

Selain itu, menjaga pola makan juga berperan dalam menurunkan berat badan dan mencegah terjadinya stroke berulang, karena kelebihan berat badan dapat memicu atherosklerosis yang meningkatkan risiko stroke. Kegemukan dapat memicu terjadinya atherosklerosis yang merupakan salah satu penyebab stroke, sehingga sangat penting untuk mengurangi asupan makanan tinggi lemak dan karbohidrat, serta menjalani aktivitas fisik atau olahraga secara rutin selama 30 menit setiap hari dalam seminggu.

3) Pengontrolan kadar GDS dengan diet rendah glukosa

Mengontrol kadar GDS melalui diet pola makan rendah glukosa bertujuan untuk menghindari terjadinya hiperglikemia,

karena kondisi ini dapat memicu terbentuknya trombosis yang menghalangi aliran darah menuju otak dan mengakibatkan terjadinya stroke. Kadar gula darah yang tinggi dapat merusak struktur serta fungsi pembuluh darah, menyebabkan penebalan dinding pembuluh yang menyempitkan lumen vaskular, sehingga meningkatkan risiko aterosklerosis dan pada akhirnya menimbulkan stroke.

4) Tidak Merokok

Menghindari rokok yang mengandung zat kimia berbahaya penting untuk menjaga kesehatan, karena zat tersebut dapat masuk ke dalam aliran darah dan merusak lapisan endotel arteri. Kerusakan ini dapat memicu terjadinya aterosklerosis, yang pada akhirnya berisiko menyebabkan stroke.

5) Aktivitas Fisik

Menjalankan olahraga atau kegiatan fisik secara teratur selama 30 menit setiap hari dapat meningkatkan kerja jantung dan pernapasan, sehingga merangsang tubuh untuk menghasilkan endorfin. Hal ini berperan dalam menjaga kestabilan tekanan darah serta menurunkan risiko terjadinya stroke berulang.

3. Dukungan keluarga

a. Definisi

Dukungan keluarga merupakan bentuk interaksi antara anggota keluarga yang ditunjukkan melalui sikap, perilaku, dan penerimaan terhadap anggota keluarga lainnya yang sedang menghadapi masalah

atau situasi sulit. Dukungan ini bertujuan untuk memberikan rasa aman, perhatian, dan kenyamanan bagi anggota keluarga yang membutuhkan (Mohamadi Amin, 2025).

b. Jenis - jenis dukungan keluarga

Menurut (Wianti, 2019) terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

1) Dukungan emosional

Dukungan ini diberikan melalui ungkapan empati dan kepedulian terhadap seseorang, yang mampu menciptakan rasa nyaman dan membuat individu merasa lebih baik. Dalam situasi ini, individu yang menerima jenis dukungan sosial ini akan merasa dihargai, diperhatikan, serta mendapatkan saran atau respons positif yang memberikan ketenangan dan kesan menyenangkan bagi dirinya.

2) Dukungan instrumental

Sumber bantuan yang nyata dan langsung. Bentuk dukungan ini mencakup bantuan fisik, layanan perawatan, serta bantuan finansial dan materi yang diberikan secara langsung.

3) Dukungan informasi

Dukungan ini merujuk pada penyampaian nasihat, rekomendasi, arahan, panduan, serta informasi yang bermanfaat.

4) Dukungan penghargaan

Dukungan ini diwujudkan melalui pemberian penghargaan positif kepada individu, dorongan untuk berkembang, atau bentuk persetujuan terhadap ide maupun perasaan orang lain.

c. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut (Luthfa, 2018) membagi fungsi keluarga menjadi lima yaitu :

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif berkaitan dengan aspek emosional dalam keluarga yang menjadi fondasi utama bagi kekokohan hubungan keluarga. Peran fungsi ini sangat penting dalam memenuhi kebutuhan psikososial setiap anggota keluarga. Melalui fungsi ini, setiap anggota keluarga dapat membentuk sikap dan citra diri yang positif, asalkan peran tersebut dijalankan dengan penuh kasih sayang dan kepedulian.

2) Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi berhubungan dengan proses pembentukan dan perkembangan individu yang memengaruhi keterampilan dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial. Keluarga menjadi wadah utama bagi individu untuk belajar bersosialisasi, memahami kedisiplinan, mengenal norma dan budaya, serta mempelajari perilaku yang sesuai melalui interaksi antar anggota keluarga, sehingga individu dapat beradaptasi dan berperan dalam kehidupan bermasyarakat.

3) Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi terkait dengan kemampuan menghasilkan keturunan serta berperan dalam pertambahan populasi atau peningkatan jumlah anggota masyarakat.

4) Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merujuk pada peran keluarga dalam mencukupi keperluan pokok para anggotanya, termasuk kebutuhan akan pakaian, makanan, tempat tinggal, dan aspek keuangan lainnya.

5) Fungsi bidang Kesehatan

Peran keluarga dalam bidang kesehatan berhubungan dengan kemampuan mereka dalam menjalankan tanggung jawab dan tugas untuk mengatasi masalah kesehatan secara mandiri.

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut (Elisabeth *et al.*, 2021) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1) Faktor internal

a) Usia

Ini berarti bahwa dukungan bisa dipengaruhi oleh faktor usia, karena masing-masing kelompok usia memiliki tingkat pemahaman yang berbeda-beda dan respons yang berbeda-beda, tergantung pada karakteristik dan kondisi individu masing-masing.

b) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Kepercayaan seseorang terhadap keberadaan dukungan dipengaruhi oleh aspek intelektual, seperti tingkat wawasan, riwayat pendidikan, serta pengalaman hidup yang pernah dialami. Pengetahuan menjadi langkah awal yang penting dalam

proses perubahan perilaku, karena melalui pemahaman yang baik, seseorang dapat lebih sadar dan siap untuk melakukan perubahan

c) Faktor emosi

Faktor emosional keluarga terhadap penderita tercermin dari pemberian kasih sayang yang tetap sama seperti sebelum pasien mengalami stroke, serta perlakuan yang tidak membedakan antara penderita dan anggota keluarga lainnya.

d) Spiritual

Kebutuhan spiritual seseorang dapat menjadi sumber kekuatan dalam menjalani proses pengobatan. Meskipun tidak secara langsung berkaitan dengan motivasi, aspek spiritual lebih menitikberatkan pada upaya menemukan makna dan tujuan hidup, serta kemampuan untuk menyadari dan memanfaatkan kekuatan dan potensi yang ada dalam diri sendiri.

2) Faktor eksternal

a) Praktik dikeluarga

Peran keluarga dalam merawat pasien bukan hanya soal bantuan fisik, tetapi juga melibatkan kesadaran dan kemauan. Motivasi seseorang untuk berobat dipengaruhi oleh faktor dari dalam dirinya. Meskipun keluarga sudah memberi dukungan, jika pasien tidak memiliki kesadaran dan keinginan untuk sembuh, maka proses pengobatan bisa terhambat.

b) Sosial ekonomi

Dukungan keluarga tanpa disertai biaya yang cukup untuk berobat dan memenuhi kebutuhan dasar dapat menurunkan motivasi pasien. Faktor sosial ekonomi, seperti pendapatan keluarga, memengaruhi kemampuan dalam memenuhi kebutuhan.

c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya turut membentuk keyakinan, nilai-nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan, termasuk dalam hal penerapan kebiasaan menjaga kesehatan pribadi.

e. Peran Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke

Peran adalah serangkaian tindakan atau perilaku yang diharapkan sesuai dengan kedudukan sosial seseorang. Struktur peran dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kedudukan sosial, jenis keluarga, dan kondisi latar belakang keluarga, kebiasaan serta tingkat kesadaran keluarga, pengetahuan yang dimiliki, serta akses dan ketersediaan informasi dalam keluarga (Gunawan & Ulastri, 2022)

Peran keluarga dalam pemberi perawatan dilakukan dengan memberi perawatan fisik terutama pada *activity daily living*, perawatan sosial dalam menjalankan fungsi sosialnya, perawatan emosional. *emotional care* terutama dalam kondisi psikologis yang buruk, dan perawatan untuk menjamin kualitas pengobatan dan kesehatan. (Gunawan & Ulastri, 2022)

Apabila salah satu anggota keluarga menghadapi masalah kesehatan, maka satu atau lebih anggota keluarga lainnya akan mengambil tanggung jawab sebagai perawat atau pendamping *Caregiver*. *Caregiver* adalah individu yang memiliki kedekatan personal, seperti anggota keluarga, teman, atau kerabat, yang secara sukarela bersedia memberikan bantuan kepada keluarga. Dalam lingkungan keluarga, peran *caregiver* tergolong sebagai peran informal. *Caregiver* memiliki tanggung jawab untuk memberikan dukungan dan perawatan kepada anggota keluarga yang sedang menghadapi gangguan kesehatan (Nuraini & Hartini, 2021)

Menurut (Mumpuni & Tutiany, 2021) Secara umum, tugas utama keluarga meliputi hal-hal berikut.

- 1) Menjaga kondisi jasmani keluarga setiap anggotanya.
- 2) Pengelolaan dan pelestarian berbagai sumber daya yang dimiliki oleh keluarga.
- 3) Pembagian peran dan tanggung jawab kepada setiap anggota keluarga sesuai dengan posisi atau perannya masing-masing.
- 4) Interaksi dan proses pembelajaran sosial di antara anggota keluarga.
- 5) Pengaturan atau perencanaan jumlah anggota dalam keluarga.
- 6) Menjaga disiplin dan keteraturan perilaku anggota keluarga.
- 7) Menumbuhkan motivasi dan semangat dalam diri setiap anggota keluarga.

Keluarga memiliki peran penting dalam aspek kesehatan untuk merawat pasien stroke menurut (Mulia, 2024).

- 1) Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
- 2) Kemampuan mengenal masalah kesehatan
- 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan.
- 4) Menyesuaikan atau mengubah lingkungan rumah tangga guna menjaga dan mendukung kesehatan keluarga.
- 5) Menggunakan layanan kesehatan yang tersedia di sekitar tempat tinggal untuk kepentingan keluarga.

f. Cara Mengukur Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga diukur menggunakan kuesioner yang mencakup empat jenis dukungan, yaitu dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penghargaan. Pengukuran dilakukan berdasarkan jawaban responden terhadap seluruh pertanyaan yang diberikan, kemudian setiap jawaban diberi skor sesuai dengan kategorinya. Dalam penelitian ini, dukungan keluarga diukur menggunakan instrumen berupa kuesioner dukungan keluarga yang diadopsi dari penelitian sebelumnya (Andi Hidayanti 2019).

Kuesioner *Perceived Social Support Family* mengukur persepsi individu terhadap ketersediaan atau keberadaan dukungan sosial yang diterima. Dukungan sosial yang dipersepsikan ini mencakup komunikasi, baik secara verbal maupun nonverbal, yang mampu meningkatkan rasa percaya diri, kemampuan menghadapi masalah (coping), rasa memiliki, dan harga diri. Selain itu, dukungan ini memberikan keyakinan bahwa individu dicintai, diperhatikan, serta

mampu menjalin hubungan yang dekat; merasa dihargai dan dihormati; berbagi tanggung jawab, komunikasi, dan kebersamaan dengan orang lain; memiliki akses terhadap informasi, saran, dan arahan; serta mendapatkan bantuan secara fisik atau materi dari lingkungan sekitarnya (Theresia F Lim & Sandi Kartasasmita, 2018).

Instrumen untuk mengukur dukungan keluarga menggunakan kuesioner dengan skala Likert, yang terdiri dari 16 item pernyataan mencakup pernyataan positif dan negatif. Dukungan instrumental diukur melalui pernyataan positif pada nomor 1 dan 2, serta pernyataan negatif pada nomor 3 dan 4. Dukungan informasi ditunjukkan oleh pernyataan positif pada nomor 5 dan 6, serta pernyataan negatif pada nomor 7 dan 8. Dukungan emosional tercermin dari pernyataan positif pada nomor 9 dan 10, serta pernyataan negatif pada nomor 11 dan 12. Sementara itu, dukungan penghargaan diukur melalui pernyataan positif pada nomor 13 dan 14, dan pernyataan negatif pada nomor 15 dan 16 (Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi 2019).

Tabel 2.1 Kuesioner Dukungan Keluarga

-
- 5 Keluarga mengingatkan saya untuk makan tepat waktu
-
- 6 Keluarga mengingatkan saya untuk berhati-hati saat pergi ke kamar mandi.
-
- 7 Keluarga tidak menanyakan kepada saya, masalah apa yang saya hadapi saat ini.
-
- 8 Keluarga tidak mengingatkan saya untuk melakukan aktivitas sehari hari (merawat diri) bila saya lupa.
-

Dukungan Emosional

-
- 9 Keluarga menemani dan mendampingi saya ketika saya makan.
-
- 10 Keluarga memperhatikan kegiatan sehari-hari yang saya lakukan
-
- 11 Keluarga tidak memberikan perhatian yang baik kepada saya jika, saya membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari hari.
-
- 12 Keluarga mengeluh saat mendampingi saya dalam perawatan.
-

Dukungan penghargaan

-
- 13 Keluarga memberikan kesempatan untuk melakukan aktivitas sehari hari seperti makan, mandi, berpakaian dan merawat diri saya yang mampu saya lakukan
-
- 14 Keluarga memberikan bantuan apabila saya tidak bisa mengontrol BAB dan BAK
-
- 15 Keluarga memarahi saya saat saya tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari
-
- 16 Keluarga tidak memberikan motivasi kepada saya bahwa saya mampu melakukan aktivitas sehari-hari
-

Jumlah

Sumber : Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019)

4. Tingkat Pendidikan

a. Definisi

Pendidikan merupakan proses pengembangan pengetahuan dan pembentukan karakter manusia, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas diri melalui kegiatan pembelajaran dan pelatihan. Dalam konteks pendidikan kesehatan, hal ini mencakup penyampaian informasi serta penanaman rasa percaya diri, agar individu tidak hanya menyadari dan memahami, tetapi juga mampu menerapkan berbagai anjuran yang berkaitan dengan kesehatan (Hidayat *et al.*, 2021). Pendidikan merupakan dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki seseorang, semakin tinggi pendidikan akan semakin besar kemampuan untuk menyerap dan menerima informasi dan semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin mudah seseorang menerima hal yang baru dan akan mudah menyesuaikan diri. Pendidikan yang tinggi maka seseorang akan mampu mempertahankan hidupnya lebih lama dan bersamaan dengan itu dapat mempertahankan kemandiriannya juga lebih lama karena cenderung melakukan pemeliharaan kesehatannya. (Mawaddah & Wijayanto, 2020)

b. Jalur Dan Jenjang Pendidikan

Di Indonesia, sistem pendidikan terbagi menjadi tiga jalur, yaitu pendidikan formal, nonformal, dan informal. Pendidikan formal mencakup pendidikan dasar, menengah, hingga perguruan tinggi, dan diselenggarakan secara terstruktur serta berjenjang. Sementara itu, pendidikan nonformal merupakan pendidikan di luar jalur formal yang

juga dapat dilakukan secara terorganisir dan bertingkat. Adapun pendidikan informal berlangsung dalam lingkungan keluarga dan masyarakat, sebagai bagian dari proses belajar yang tidak terikat oleh struktur resmi (Ropida Batubara *et al.*, 2023). Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, jenjang pendidikan merupakan tahap-tahap pendidikan yang disusun sesuai dengan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan pembelajaran yang ingin dicapai, serta kompetensi yang hendak dikembangkan. Sistem pendidikan di Indonesia terdiri dari empat jenjang, yaitu pendidikan anak usia dini, pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi.

1) Pendidikan Pendidikan anak usia dini (PAUD)

Merupakan suatu bentuk pembinaan yang diberikan kepada anak sejak lahir hingga usia enam tahun, dengan fokus pada pemberian rangsangan edukatif untuk mendukung pertumbuhan serta perkembangan fisik dan mental anak, sehingga mereka siap memasuki jenjang pendidikan selanjutnya.

2) Pendidikan Dasar

Merupakan jenjang awal dalam sistem pendidikan yang ditempuh selama 9 tahun, terdiri dari 6 tahun di Sekolah Dasar (SD) dan 3 tahun di Sekolah Menengah Pertama (SMP). Pendidikan dasar ini termasuk dalam program Wajib Belajar yang harus diikuti oleh setiap anak.

3) Pendidikan Menengah

Merupakan jenjang pendidikan lanjutan setelah pendidikan dasar, yang ditempuh selama tiga tahun, meliputi Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK).

4) Pendidikan tinggi

Merupakan tingkat pendidikan yang ditempuh setelah menyelesaikan pendidikan menengah, yang mencakup program-program seperti diploma, sarjana, magister, doktor, dan spesialis, serta diselenggarakan oleh lembaga perguruan tinggi.

c. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pendidikan

Menurut (Kasa, 2022) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah :

1) Motivasi individu

Motivasi Motivasi individu adalah dorongan yang berasal dari dalam diri seseorang untuk mencapai tujuan tertentu.

2) kondisi sosial

Sebuah kondisi dalam lingkungan sosial masyarakat yang dapat memberikan pengaruh terhadap individu.

3) Kondisi ekonomi keluarga

Merupakan suatu kondisi yang dapat menghambat aktivitas pendidikan seseorang, meskipun bukan merupakan penyebab utama.

4) Motivasi orang tua

Merupakan salah satu faktor krusial yang dapat mendorong peningkatan kesadaran akan pentingnya pendidikan, di mana keluarga

berperan sebagai lingkungan pertama dan utama tempat anak memperoleh pembelajaran.

5) Faktor aksebilitas

Faktor ini berhubungan dengan sarana yang digunakan untuk mencapai suatu lokasi. Kemudahan akses dan jarak sekolah yang dekat dapat memberikan pengaruh positif terhadap proses pendidikan.

5. Kemandirian dalam *activity daily living* (ADL)

a. Definisi kemandirian dalam *activity daily living* (ADL)

Kemandirian adalah suatu kemampuan yang dimiliki oleh seseorang untuk mengambil keputusan, bertindak, serta memenuhi kebutuhan pribadi nya tanpa bergantung secara berlebihan pada bantuan atau dukungan orang lain. Individu yang mandiri mampu mengelola dirinya sendiri, menghadapi tantangan, serta menyelesaikan permasalahan dengan inisiatif dan tanggung jawab pribadi (Laili & Tauhid, 2023)

Activity Daily Living (ADL) adalah kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas dasar yang mencakup tugas-tugas pribadi maupun sosial. *Activity daily living* melibatkan proses pembiasaan atau pelatihan dalam melakukan kegiatan harian, mulai dari saat bangun tidur hingga kembali tidur di malam hari.

Kegiatan sehari-hari dalam istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun

dan duduk, transfer dan bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain)

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living*

Faktor pendukung yang dibutuhkan pasien pasca stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Sriadi *et al.*, 2020)

1) Dukungan keluarga

Dukungan dari keluarga memiliki peran penting bagi pasien pasca stroke, karena sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan terapi. Terapi tersebut bertujuan untuk meminimalkan kerusakan fungsi tubuh, sehingga pasien dapat lebih mandiri dalam menjalani aktivitas kehidupan sehari-hari.

2) Motivasi

Motivasi adalah dorongan internal dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk bertindak. Motivasi yang kuat menjadi pendorong utama yang membuat individu terdorong untuk melakukan suatu tindakan.

3) Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah proses pemulihan sekaligus bentuk penyesuaian terhadap komplikasi yang dialami oleh pasien setelah terkena stroke. Proses ini diperlukan agar pasien pasca stroke dapat mencapai kemandirian dalam merawat diri dan menjalani aktivitas harian secara mandiri.

4) Pengetahuan / Tingkat pendidikan

Pengetahuan adalah segala informasi yang diperoleh melalui pengalaman dan pembelajaran. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mampu untuk mengakses informasi yang lebih luas dan mendalam tentang kondisinya. Pengetahuan ini sangat penting karena membantu pasien untuk memahami kondisi yang mereka alami, proses pemulihan, serta cara-cara untuk mengatasi dampak fisik dan mental akibat stroke.

Faktor yang menghambat pasien pasca stroke dalam melakukan *Activity Daily Living Secara Mandiri* (Sriadi *et al.*, 2020)

1) Usia

Sebagian besar penderita stroke berusia di atas 50 tahun. Seiring bertambahnya usia, terjadi perubahan dalam status perkembangan, dimana fungsi organ dan jaringan mulai menurun, termasuk kemampuan tubuh dalam memperbaiki sel yang rusak. Penurunan ini berdampak pada melemahnya kekuatan fisik lansia, sehingga menyebabkan keterbatasan dalam bergerak dan kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

2) Lama menderita stroke

Semakin lama seseorang hidup dengan kondisi stroke, maka ia cenderung terbiasa dengan keadaannya dan bisa merasa kehilangan harapan untuk melanjutkan hidup. Jika tidak didukung oleh mekanisme coping yang baik, hal ini dapat memicu timbulnya depresi.

3) Gangguan kognitif

Setelah mengalami stroke, seseorang dapat mengalami gangguan pada fungsi kognitifnya. Fungsi kognitif menggambarkan bagaimana seseorang menerima, mengatur, dan menafsirkan rangsangan sensorik sebagai dasar untuk berpikir dan memecahkan masalah.

c. Macam macam *Activity Daily Living*

Menurut (Handayani & Khotimah, 2022), macam-macam ADL (*Activity Daily Living*) ada 4 yaitu :

- 1) *Activity Daily Living* (ADL) dasar adalah Kemampuan-kemampuan dasar individu dalam merawat diri sendiri, yang mencakup kegiatan seperti berpakaian, merias diri, buang air (toileting), makan, minum, serta berpindah tempat atau mobilitas.
- 2) *Activity Daily Living* (ADL) instrumental adalah Penggunaan berbagai alat atau benda dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti menyetrika baju, menulis di buku, menyiapkan minuman, merapikan tempat tidur, serta mengoperasikan gadget.
- 3) *Activity Daily Living* (ADL) vokasional adalah Kemampuan-kemampuan dalam aktivitas harian yang berhubungan dengan tanggung jawab di lingkungan sekolah atau dunia kerja.
- 4) *Activity Daily Living* (ADL) non vokasional adalah Kemampuan-kemampuan dalam menjalani aktivitas sehari-hari yang berkaitan dengan kegiatan rekreasi atau hiburan, seperti menyalurkan hobi dan memanfaatkan waktu luang secara lebih produktif dan bermakna.

d. Cara Mengukur Kemandirian Dalam *Activity Daily Living* (ADL)

Pengukuran tingkat kemandirian pasien pasca stroke dilakukan dengan menggunakan Barthel Index dan Katz Index, dua instrumen yang umum digunakan untuk menilai kemampuan individu dalam menjalankan aktivitas dasar kehidupan sehari-hari (ADL). Kemampuan pasien pasca stroke dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dapat dinilai menggunakan alat ukur Indeks Barthel. Indeks Barthel adalah skala yang menunjukkan kemampuan untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari hari. (Rosdiana & Jannah, 2023)

Indeks Barthel adalah alat yang digunakan untuk menilai sejauh mana seseorang mandiri dalam melakukan aktivitas dasar sehari-hari. Penilaian *activity daily living* menggunakan Indeks Barthel dapat membantu perawat dalam melakukan pengkajian serta mendeteksi secara dini tingkat kemandirian klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas harinya.. (Nurhidayat *et al.*, 2021)

Terdapat 10 poin yang dinilai pada Barthel Index, yaitu; makan, mandi, berpakaian, kontrol buang air besar (BAB), kontrol buang air kecil (BAK), toileting, berpindah, berjalan, naik turun tangga, dan perawatan diri. Berikut adalah skoring dan interpretasi nilai Barthel Index (Ari *et al.*, 2023)

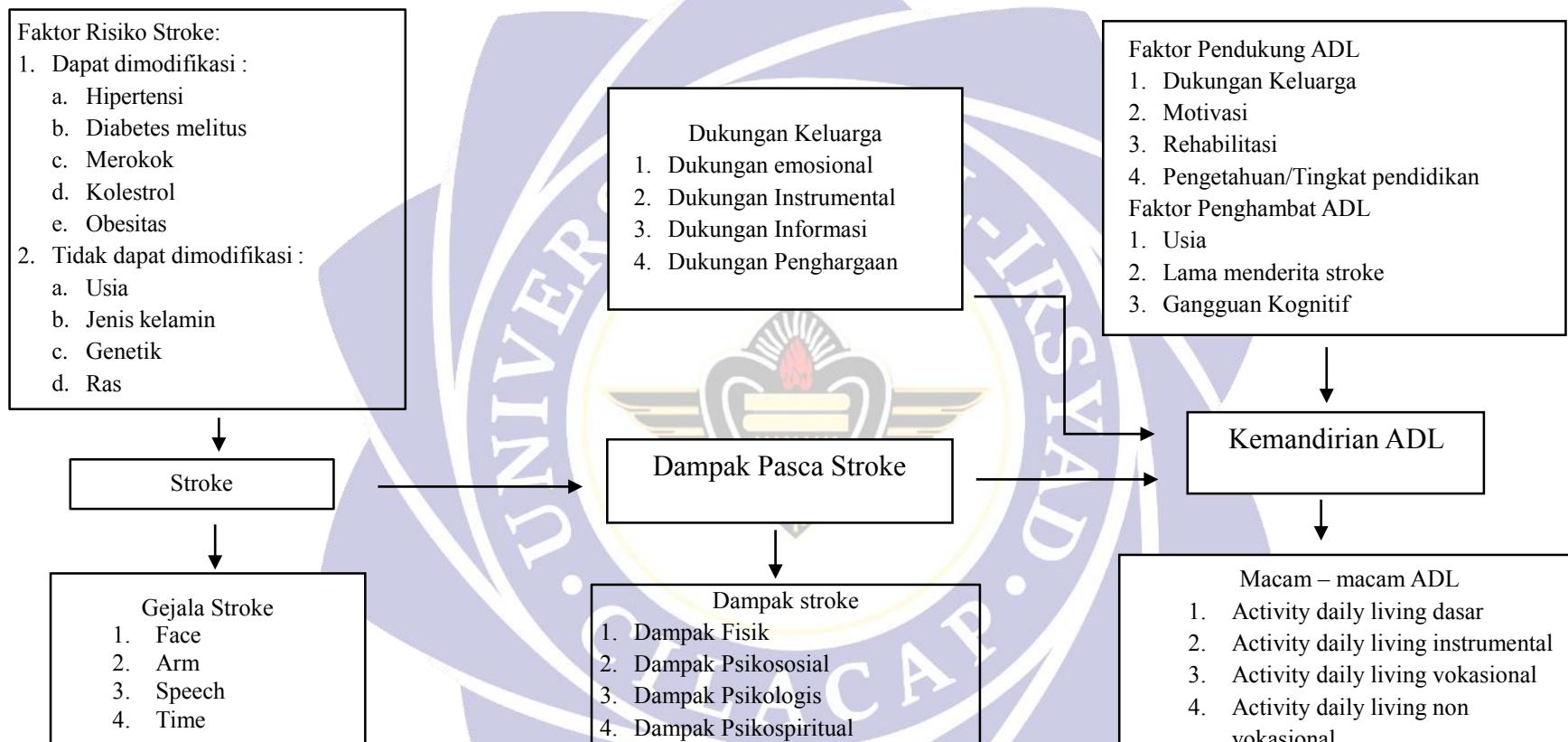
Tabel 2.2 Kuesioner Kemandirian Dalam *Activity Daily Living* (ADL)

No	Kegiatan	Penilaian	Nilai
1	Makan (Feeding)	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	
2	Mandi (Bathing)	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3	Perawatan Diri	0 = Membutuhkan bantuan orang	

			(Grooming)	lain
		1	=	Mandiri dalam perawatan gigi, rambut, dan bercukur
4	Berpakaian (Dressing)	0	=	Tergantung orang lain
		1	=	Sebagian dibantu (misalnya menggantung baju)
		2	=	Mandiri
5	Buang Air Kecil (Bowel)	0	=	Inkontinensia atau pakai kateter atau tidak terkontrol
		1	=	Kadang inkontinensia (maksimal 1x24 jam)
		2	=	Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)
6	Buang Air Besar (Bladder)	0	=	Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)
		1	=	Kadang inkontinensia (sekali seminggu)
		2	=	Kontinensia teratur
7	Penggunaan Toilet	0	=	Tergantung bantuan orang lain
		1	=	Membutuhkan bantuan tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri
		2	=	Mandiri
8	Transfer (berpindah tempat)	0	=	Tidak mampu
		1	=	Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)
		2	=	Bantuan kecil (1 orang)
		3	=	Mandiri
9	Mobilitas (berjalan pada tempat yang datar)	0	=	Imobilitas (tidak mampu)
		1	=	Menggunakan kursi roda
		2	=	Berjalan dengan bantuan 1 orang
		3	=	Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)
10	Naik turun tangga	0	=	Tidak Mampu
		1	=	Membutuhkan bantuan (alat bantu)
		2	=	Mandiri

Sumber : Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019)

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

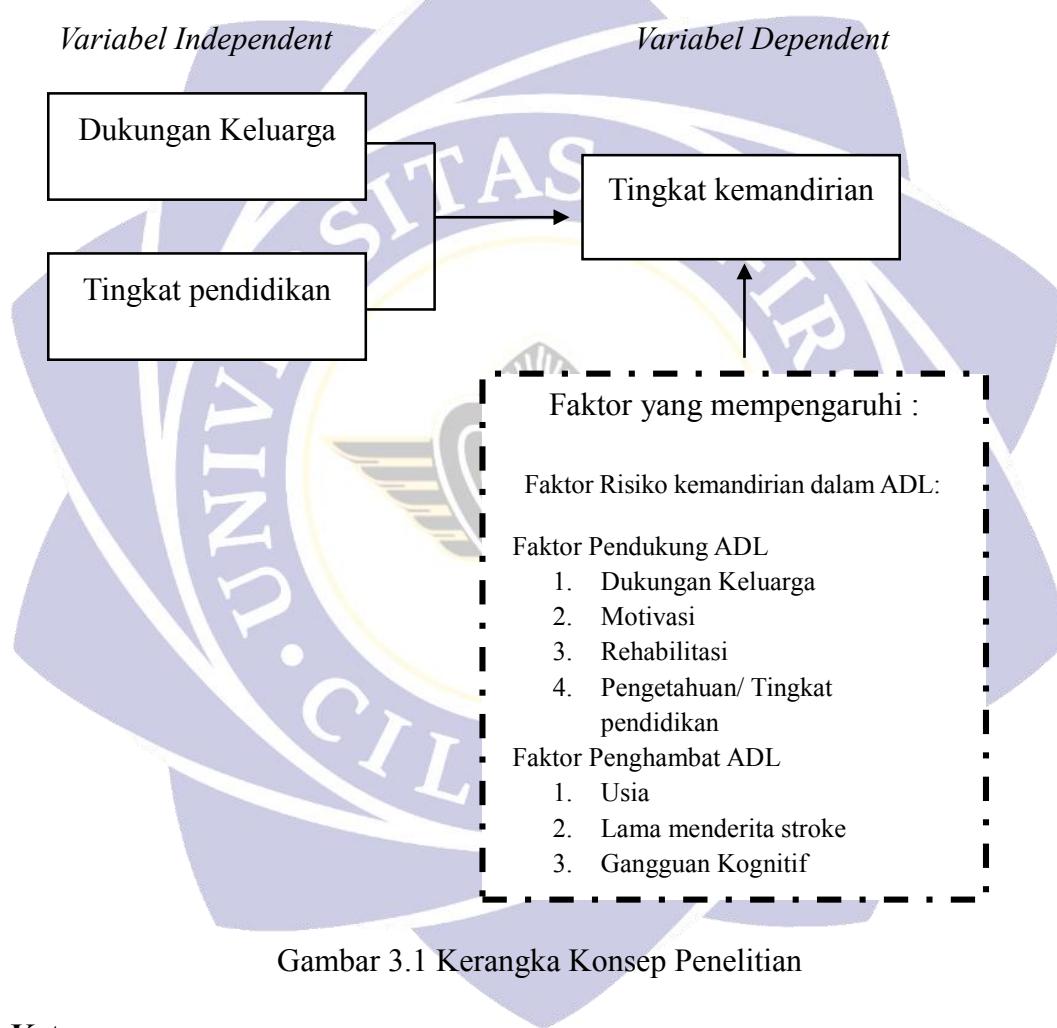
Sumber : (Amila *et al.*, 2024), (Gustin, 2023), (Elisabeth *et al.*, 2021), (Wianti, 2019) (Nuraliyah & Burmanajaya, 2019) (Siregar *et al.*, 2023), (Handayani & Khotimah, 2022)

BAB III

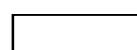
METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Keterangan :

 : Area diteliti

 : Area tidak diteliti, namun dikontrol dalam kriteria inklusi

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah pernyataan sementara atau asumsi awal yang diajukan untuk diuji melalui data atau fakta yang dikumpulkan dalam suatu penelitian. Hipotesis ini digunakan untuk menilai persepsi seseorang mengenai hubungan antara variabel-variabel dalam kondisi tertentu (Adiputra & Sudarma, 2018)

Hipotesis pada penelitian ini adalah

1. Hipotesis Alternatif (Ha) :

- a. Ada hubungan antara tingkat dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke yang dirawat dirumah di wilayah Puskesmas Cilacap Tengah.
- b. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke yang dirawat dirumah di wilayah Puskesmas Cilacap Tengah.

2. Hipotesis Nol (Ho) :

- a. Tidak ada hubungan antara tingkat dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke yang dirawat dirumah di wilayah Puskesmas Cilacap Tengah.
- b. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke yang dirawat dirumah di wilayah Puskesmas Cilacap Tengah.

C. Variabel Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif, desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasi metode dekriptif analitik

dengan pendekatan studi *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang digunakan untuk menganalisa data yang diperoleh sebagaimana adanya. Desain penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pada pasien pasca stroke di wilayah Puskesmas Cilacap tengah.

1. Variabel Bebas (Variabel *Independen*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi, yang menyebabkan timbulnya atau berubahnya variabel terikat. Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dan tingkat pendidikan pada pasien stoke.

2. Variabel Terikat (Variabel *Dependen*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi karena adanya variabel bebas. Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah tingkat kemandirian

D. Definisi Operasional, Variabel Penelitian, dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dan diukur terhadap variabel-variabel terkait serta penyempurnaan instrumen atau alat pengukurnya.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Jenis Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
1. Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan terakhir yang ditempuh oleh	Kuesioner Data Demografi	Data disajikan menjadi 3 kategori yaitu : 1. Pendidikan dasar (SD,SMP sederajat)	Ordinal

	seseorang, baik secara formal maupun non-formal, yang mencerminkan kemampuan dalam memahami informasi, berpikir kritis, dan mengambil keputusan, termasuk dalam hal perawatan kesehatan. Pendidikan dikelompokkan ke dalam empat tingkat, yaitu pendidikan anak usia dini, pendidikan dasar (setingkat SD dan SMP), pendidikan menengah (setingkat SMA), serta pendidikan tinggi. (Perguruan Tinggi)	2. Pendidikan menengah (SMK,SMA sederajat) 3. Pendidikan tinggi (program diploma, sarjana, magister, spesialis dan doctor)		
1. Dukungan keluarga	Dukungan keluarga merupakan bentuk bantuan atau <i>support system</i> yang diterima oleh salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga lainnya, baik	Pengukuran dilakukan dengan mengutip kuesioner <i>perceived social support family scale</i> (PSS-fa) yang diadopsi dari Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019)	Hasil pengukuran kuesioner dukungan keluarga	Ordinal

	secara dukungan Dukungan informasional penghargaan emosional dan instrumental Dukungan ini bisa berupa perhatian, kasih sayang, motivasi, pendampingan dalam menjalani masa sulit, hingga bantuan praktis dalam kehidupan sehari-hari. (Qamariah et al., 2022)	berisi 16 pertanyaan. Pertanyaan tersebut:	2. baik = 41 – 64
Variabel Dependen			
2. Tingkat kemandirian dalam activity daily			
Kemandirian merupakan kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk mengambil keputusan, bertindak, serta memenuhi kebutuhan pribadi nya	Pengukuran dilakukan dengan mengutip kuesioner index bartel yang diadopsi dari Andi Hildayanti & I Putu Jessica Gemi (2019) berisi 10 pertanyaan.	Hasil pengukuran kuesioner index bartel, dikategorikan menjadi 5 : Tingkat kemandirian : Mandiri = 20 Ketergantungan ringan = 12 - 19	Ordinal

tanpa bergantung secara berlebihan pada bantuan atau dukungan orang lain.	Pertanyaan tersebut:	Ketergantungan sedang = 9 - 11 Ketergantungan berat = 5 - 8 Ketergantungan total = 0 – 4
---	-------------------------	---

E. Desain Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian kuantitatif, dengan desain yang menggunakan metode korelasional deskriptif analitik dan pendekatan cross sectional, yaitu suatu jenis penelitian yang bertujuan untuk menganalisis data sesuai dengan kondisi aktual pada saat pengumpulan data dilakukan. Desain penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pada pasien pasca stroke di wilayah Cilacap tengah.

F. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Menurut (Adiputra & Sudarma, 2018) Populasi merupakan keseluruhan elemen atau individu yang menjadi sumber data atau informasi yang akan dikumpulkan sebagai basis generalisasi dari sampel yang diambil dalam suatu penelitian. Populasi pada penelitian ini adalah pasien stroke di Cilacap tengah pada tahun 2025 yaitu 47 responden.

2. Sampel Penelitian

Menurut (Adiputra & Sudarma, 2018) sampel adalah proses menyeleksi bagian dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada. Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah pasien stroke di wilayah Cilacap tengah.

a. Besar Sampel

Besar sampel yang diambil dalam suatu penelitian dapat mewakili populasi atau sampel tersebut.

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

D : derajat kesalahan dalam penelitian ini ditentukan 10%

Dengan demikian, jumlah sampel dapat dihitung sebagai berikut :

$$n = \frac{47}{1+47(0,1)^2}$$

$$n = \frac{47}{1+0,47}$$

$$n = \frac{47}{1,47}$$

$$n = 31,97$$

berdasarkan perhitungan rumus Slovin maka sampel atau responden penelitian berjumlah 32 pasien Pasca Stroke di Puskesmas Cilacap Tengah

b. Kriteria Sampel

1) Kriteria Inklusi

a) Pasien stroke sedang dirawat dirumah dan berada di wilayah

Cilacap Tengah

b) Pasien yang kooperatif

- c) Pasien yang tinggal dengan keluarga (ayah, ibu, pasangan, saudara atau wali pasien)
- d) Pasien berumur 50 tahun keatas
- e) Pendidikan minimal SD
- f) Pasien telah menderita stroke minimal 1 tahun
- g) Mengalami kejadian stroke pertama atau kedua
- h) Pasien yang masih mampu mobilisasi
- i) Pasien bersedia menjadi responden

2) Kriteria Ekslusii

Kriteria eksklusi adalah ketentuan yang menyebabkan subjek tidak dapat dimasukkan sebagai bagian dari sampel penelitian karena tidak memenuhi kualifikasi yang ditetapkan. Dalam penelitian ini, kriteria eksklusi mencakup subjek yang tidak memenuhi syarat dalam kriteria inklusi (Rikomah *et al.*, 2018).

- a) Pasien yang tidak mau jadi responden
- b) Pasien yang tidak memenuhi salah satu kriteria inklusi diatas

G. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan *door to door* pada pasien stroke yang dirawat dirumah di wilayah Cilacap tengah pada bulan Juni 2025

2. Waktu penelitian

Penelitian ini sudah dilakukan pada tanggal 18 juni 2025

H. Etika Penelitian

Menurut (Suryanto, 2020) etika penelitian menjadi bagian penting pada sebuah penelitian karena ada partisipasi atau responden yang terlibat sebagai sumber data. Oleh karena itu, ada beberapa prinsip etika dalam sebuah penelitian yaitu:

1. Menghargai otonomi partisipan (*respect for autonomy*)

Peneliti wajib menghormati hak responden dalam membuat keputusan secara bebas. Bentuk penerapan prinsip otonomi terhadap responden dilakukan dengan memberikan informed consent sebelum proses pengumpulan data dimulai, memberikan kebebasan kepada partisipan untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan pun, serta memastikan bahwa partisipasi tidak didasari oleh paksaan dari pihak peneliti.

2. Mengutamakan keadilan (*promotion of justice*)

Prinsip keadilan mengacu pada perlakuan yang setara dan adil dalam hal pembagian risiko dan manfaat dalam penelitian, serta memastikan setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dan diperlakukan secara adil selama proses penelitian. Terkait dengan penelitian, terdapat tiga jenis keadilan yang didapat partisipan yaitu :

- a. Keadilan berkaitan dengan perolehan sumber daya (*distributive justice*)
- b. Keadilan memiliki kaitan dengan pemenuhan dan perlindungan hak-hak setiap individu (*right-based justice*)
- c. Keadilan berhubungan dengan penghormatan terhadap kesetaraan dihadapan hukum (*legal justice*)

3. Memastikan kemanfaatan (*ensuring beneficience*)

Prinsip tersebut menegaskan bahwa Penelitian yang dilakukan diharapkan memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi partisipan maupun komunitas yang terlibat. Manfaat tersebut dapat dirasakan oleh partisipan secara langsung maupun tidak langsung.

4. Memastikan tidak terjadi kecelakaan (*ensuring maleficence*)

Prinsip ini menyatakan bahwa Peneliti berkewajiban untuk mencegah terjadinya kecelakaan atau dampak yang tidak diinginkan, baik secara fisik maupun psikologis, terhadap partisipan selama proses penelitian.

I. Teknik Pengumpulan Data

1. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer merupakan jenis data yang dikumpulkan oleh peneliti langsung dari sumber utama. Pada penelitian ini data primer berupa hasil pengukuran lembar kuesioner data demografi dan tingkat pendidikan pada pasien stroke.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang telah dikumpulkan atau tersedia untuk peneliti dari pihak lain. Data sekunder dalam penelitian ini adalah jumlah pasien stroke yang dirawat dirumah dan terdapat di wilayah Cilacap tengah.

2. Instrumen Penelitian

Menurut (Miftah, 2018) Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan oleh peneliti untuk memperoleh data melalui pengukuran yang teliti terhadap objek yang diteliti. Adapun instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Instrumen pertama berupa pertanyaan mengenai data demografi responden yang meliputi nama, pendidikan terakhir, usia, jenis kelamin, dan pekerjaan.
- b. Dukungan Keluarga

Instrumen untuk dukungan keluarga menggunakan kuesioner yang diadopsi dari peneliti orang lain yaitu (Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019). Skala pengukuran yang digunakan adalah skala Likert, dengan total 16 pernyataan yang mencakup pernyataan positif dan negatif. Untuk dukungan instrumental, pernyataan positif terdapat pada nomor 1 dan 2, sementara pernyataan negatif ada pada nomor 3 dan 4. Dukungan informasi diwakili oleh pernyataan positif pada nomor 5 dan 6, serta pernyataan negatif pada nomor 7 dan 8. Sedangkan untuk dukungan emosional, pernyataan positif berada pada nomor 9 dan 10, dan pernyataan negatif pada nomor 11 dan 12. Sementara itu, untuk dukungan penghargaan, pernyataan positif ada pada nomor 13 dan 14, dan pernyataan negatif pada nomor 15 dan 16 Skor untuk pernyataan positif diberikan berdasarkan pilihan jawaban, yaitu 4 untuk "Selalu", 3 untuk "Sering", 2 untuk "Kadang-kadang", dan 1 untuk "Tidak pernah". Kategori dukungan keluarga diklasifikasikan sebagai Baik apabila total

skor berada dalam rentang 41–64, sedangkan jika total skornya antara 16–40 maka termasuk dalam kategori Kurang.

c. Tingkat Kemandirian

Instrumen untuk tingkat kemandirian menggunakan kuesioner yang diadopsi dari peneliti orang lain yaitu (Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019). Pada instrumen penelitian ini mengukur Kemampuan pasien dalam melaksanakan kegiatan rutin harian (aktivitas kehidupan sehari-hari) diukur menggunakan Indeks Barthel, Indeks Barthel terdiri dari 10 aspek penilaian yang menggunakan sistem pembobotan untuk menilai kemandirian. Instrumen ini digunakan pada pasien yang mengalami gangguan neuromuskular atau muskuloskeletal guna mengevaluasi kemampuan mereka dalam merawat diri secara mandiri. Kategori skornya meliputi: “Ketergantungan total” dengan nilai 0–4, “Ketergantungan berat” dengan skor 5–8, “Ketergantungan sedang” pada rentang skor 9–11, “Ketergantungan ringan” jika skornya mendekati penuh, dan dikategorikan “Mandiri” apabila mencapai total skor 20.

3. Uji Instrumen Penelitian

a. Uji Validitas

Uji Validitas merupakan metode yang digunakan untuk menilai apakah suatu instrumen dalam kuesioner. Suatu instrumen dalam kuesioner dikatakan valid atau sah apabila pernyataan pada kuesioner tersebut bisa mengungkapkan suatu informasi yang akan diukur oleh suatu kuesioner tersebut (Sari *et al.*, 2023)

- 1) Kuesioner Tingkat Pendidikan menggunakan data demografi. Tidak ada uji validitas
- 2) Kuesioner r *perceived social support family scale* (PSS-fa) telah dilakukan uji validitas oleh dari Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019), dengan 16 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif dan negatif. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dengan hasil nilai uji validitas $r = 0,742$. Pada uji validitas r hitung>r tabel ($0,74 > 0,300$) yang artinya Setiap item dalam kuesioner memiliki korelasi yang cukup kuat terhadap total skor (valid), karena nilai r hitung lebih besar dari r tabel.
- 3) Kuesioner kuesioner Index Barthel sudah dikenal secara luas, dan merupakan instrumen baku, kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dengan *Spearman correlation coefficient* dengan melihat nilai masing-masing hasil yang didapatkan semua butir berhubungan bermakna dengan nilai total ($p < 0,001$), semua butir mempunyai nilai $r > 0,3$ Artinya Ini adalah uji validitas konstruk/item dengan korelasi Spearman. Semua item menunjukkan hubungan bermakna dengan skor total ($r > 0,3$), berarti valid.

b. Uji Validitas Reabilitas

Uji reliabilitas merupakan metode yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat diandalkan berdasarkan konsistensinya. Suatu instrumen dikatakan *reliable* apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap subjek yang sama (test-retest) diperoleh hasil yang relatif sama atau dalam satu kali pengukuran

dengan instrumen yang berbeda (equivalent) diperoleh hasil yang relatif sama (Tugiman *et al.*, 2022)

- 1) Kuesioner Tingkat Pendidikan menggunakan data demografi. Tidak ada uji reliabilitas
- 2) Kuesioner kuesioner *perceived social support family scale* (PSS-fa) telah dilakukan uji validitas oleh dari Andi Hidayanti & I Putu Jessica Gemi (2019)Kuesioner ini terdiri dari 16 pernyataan, yang mencakup pernyataan positif dan negatif. Telah dilakukan uji reliabilitas terhadap kuesioner tersebut dengan hasil nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,798. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai r hitung lebih besar dari r tabel ($0,798 > 0,60$), sehingga dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini memiliki konsistensi internal yang baik dan dinyatakan reliabel karena nilai Cronbach's Alpha melebihi batas minimum 0,6.
- 3) Kuesioner kuesioner Indeks Barthel merupakan instrumen standar yang telah dikenal secara luas dan memiliki tingkat korelasi antarpenilai (inter-rater correlation) yang tinggi, yaitu antara 0,88 hingga 0,99 tergolong sangat tinggi, artinya penilaian antar penilai sangat konsisten. dan alpha reliability 0,953-0,965 ini menunjukkan konsistensi internal antar butir dalam kuesioner, atau seberapa baik item-item tersebut mengukur konstruk yang sama, (Wikinson, 2010). (Junaidi, 2010) Juga menyatakan bahwa instrumen Indeks Barthel merupakan alat yang reliabel (dapat dipercaya) dan valid

(sahih), Maka index barthel memiliki konsistensi internal yang sangat baik.

J. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di wilayah Cilacap Tengah dengan prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Peneliti melakukan penyusunan skripsi dan mengajukan surat izin survei pendahuluan dari kampus Universitas Al – Irsyad Cilacap ke Dinkes Cilacap dan Puskesmas Cilacap Tengah.
2. Peneliti melakukan survei pendahuluan dan mendapatkan data jumlah pasien diabetes di Puskesmas Cilacap Tengah ditahun 2024.
3. Peneliti menyiapkan kuesioner untuk responden lalu kuesioner dikonsultasikan ke dosen pembimbing.
4. Peneliti menentukan responden dengan menggunakan rumus slovin
5. Peneliti meminta persetujuan kepada responden untuk mengisi kuesioner.
6. Pengambilan data dilakukan datang kerumah pasien yang terkena stroke dengan izin dari RW/RT
7. Peneliti dibantu oleh asisten peneliti sebanyak 4 orang asisten peneliti yaitu mahasiswa S1 Keperawatan tingkat akhir yang bersedia bertanggung jawab dan sudah dilakukan penyamaan persepsi terkait penelitian.
8. Setelah peneliti meminta persetujuan kepada responden dan menyetujui dilakukannya penelitian, peneliti akan memberikan lembar *informed consent* dan lembar kuesioner kepada responden dan peneliti juga akan membantu memberikan penjelasan tentang pengisian kuesioner.

9. Setelah pengisian secara berlangsung, responden memberikan kuesioner tersebut kepada peneliti. Kuesioner dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke.
10. Setelah selesai melakukan pengisian kuesioner, peneliti mengucapkan banyak terimakasih atas kerjasamanya dalam penelitian ini kepada responden.

K. Analisa Data

1. Pengolahan Data

a. *Editing*

Editing adalah proses pemeriksaan dan perbaikan terhadap hasil pengisian formulir atau kuesioner yang telah dikumpulkan selama proses pengambilan data. Jika ditemukan data atau informasi yang tidak lengkap dan tidak memungkinkan untuk dilakukan pengambilan ulang, maka kuesioner tersebut akan dikeluarkan dari analisis (*drop out*) (Notoatmodjo, 2018).

b. *Scoring*

Scoring Dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui jumlah total skor jawaban yang diberikan oleh responden dalam kuesioner tingkat pendidikan, dukungan keluarga dan tingkat kemandirian berikut pada pasien stroke yang sedang melakukan perawatan dirumah yang berada dalam wilayah cilacap tengah. Adapun masing-masing scoring.

1) Tingkat Pendidikan

a) Pendidikan Dasar (SD/ MI, SMP/ MTs sederajat)

- b) Pendidikan Menengah (SMA/ SMK/ MA sederajat)
 - c) Pendidikan Tinggi (Diploma, Sarjana)
- 2) Dukungan Keluarga

Pernyataan *favorable*

- a) Tidak pernah skor 1
- b) kadang – kadang skor 2
- c) Sering skor 3
- d) Selalu skor 4

Pernyataan *non-favorable*

- a) Selalu skor 1
- b) Sering skor 2
- c) Kadang - kadang skor 3
- d) Tidak pernah skor 4

Kemudian hasil skor pertanyaan dikategorikan

- a) kurang = 16 – 40
 - b) baik = 41 - 64
- 3) Tingkat Kemandirian
- a) Mandiri = 20
 - b) Ketergantungan ringan = 12 – 19
 - c) Ketergantungan sedang = 9 – 11
 - d) Ketergantungan berat = 5 – 8
 - e) Ketergantungan total = 0 – 4

c. *Coding*

Prosedur kodifikasi dapat dilakukan sebelum menyebarluaskan kuesioner kepada responden atau segera setelah pengumpulan data.(Sihotang, 2023). Adapun coding dalam penelitian ini yaitu:

Tabel 3.2 *Coding Variabel Penelitian*

No.	Variabel	Keterangan	Kode
1.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan dasar	1
		Pendidikan menengah	2
		Pendidikan Tinggi	3
2.	Dukungan Keluarga	Kurang	1
		Baik	2
3.	Tingkat Kemandirian	Ketergantungan total	1
		Ketergantungan berat	2
		Ketergantungan Sedang	3
		Ketergantungan ringan	4
		Mandiri	5

d. *Processing*

Proses ini dilakukan setelah semua kuesioner yang dikumpulkan sudah diisi dengan lengkap dan benar. Jawaban dari responden dikodekan ke dalam angka (sesuai skala yang digunakan), kemudian dimasukkan ke dalam komputer menggunakan aplikasi pengolahan data (Anonim, 2020)

e. *Cleaning*

Tahap ini bertujuan untuk mengecek kembali data yang telah dimasukkan agar tidak ada kesalahan, seperti data ganda, kosong, atau tidak sesuai. (Sihotang, 2023).

f. *Tabulating*

Setelah data bersih dan siap, langkah berikutnya adalah menyajikan data dalam bentuk tabel atau grafik, agar mudah dibaca dan dianalisis sesuai dengan tujuan penelitian. Proses ini disebut tabulasi, dan biasanya hasilnya disajikan di bab hasil dan pembahasan.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan presentase dari masing-masing variabel baik variabel *independen* maupun variabel *dependen* (Notoatmodjo, 2018) Data yang akan dilakukan pada analisa univariat adalah tingkat pendidikan, dukungan keluarga dan Tingkat kemandirian. Analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan Uji Statistik *Rank Spearman* dengan menggunakan komputerisasi.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis dengan menentukan hubungan variabel independent dan variabel dependent melalui Uji Statistik *Rank Spearman* dengan menggunakan komputerisasi. Uji ini digunakan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pada pasien pasca stroke diwilayah puskesmas Cilacap tengah. Interpretasi dari uji statistik korelasi *rank spearman* adalah sebagai berikut (Suyanto *et al.*, 2018).

- 1) Jika nilai Signifikan (Sig.) = 0,05, maka Ha diterima dan Ho ditolak artinya terdapat korelasi antar variabel yang dihubungkan.
- Ada hubungan antara tingkat dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di wilayah Cilacap Tengah
 - Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di wilayah Cilacap Tengah
- 2) Jika nilai Signifikan (Sig.) > 0,05, maka Ha ditolak dan Ho diterima artinya tidak terdapat korelasi antar variabel yang dihubungkan.
- Tidak ada hubungan antara tingkat dukungan keluarga dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di wilayah Cilacap Tengah.
 - Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kemandirian pasien pasca stroke di wilayah Cilacap Tengah.

(Suyanto *et al.*, (2018) menjelaskan untuk mengetahui interpretasi hasil uji korelasi, maka digunakan tabel interpretasi sebagai berikut:

Tabel 3.3 Interpretasi Hasil Uji Korelasi

Nilai	Interpretasi
0,0 s.d < 0,2	Sangat lemah
0,2 s.d < 0,4	Lemah
0,4 s.d < 0,6	Sedang
0,6 s.d < 0,8	Kuat
0,8 s.d 1	Sangat Kuat