**FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT NEUROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI TAHUN 2016**

**Skripsi**

****

**RENI OKTORA**

**14103084105057**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS BUKITTINGGI**

**2016**

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Judul skripsi :**Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan**

 **Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Di**

 **Ruang Rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke**

 **Nasiona Bukittingi Tahun 2016**

Nama : RENI OKTORA

NIM : 14103084105057

Skripsi ini telah disetujui dan diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat .

Bukittinggi, 14 Maret 2016

 PEMBIMBING I PEMBIMBING II

**Ns. LISA MUSTIKA SARI, M.Kep Ns. VERA SESRIANTY, S.Kep**

 **NIK : 1420114098511072 NIK : 1440102110909052**

Mengetahui,

KETUA PSIK STIKES PERINTIS SUMBAR

**Ns. YASLINA, M.Kep, Sp. Kom**

**NIK : 1420106037395017**

**PERNYATAAN PENGESAHAN**

Judul skripsi : **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan**

 **Keluarga DalamMerawat Pasien Stroke Di Ruang**

 **Rawat Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional**

 **Bukittingi Tahun 2016**

Nama : **RENI OKTORA**

NIM : 14103084105057

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat .

Bukittinggi, 14 Maret 2016

Ketua I

**(Ns. LISA MUSTIKA SARI, M.Kep)**

**NIK : 1420114098511072**

Anggota

**(Ns. ENDRA AMALIA., M. Kep)**

**NIK: 1420123106993012**

**PERNYATAAN ORIGINALITAS**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

 Nama : RENI OKTORA

 Nim : 14103084105057

 Nama pembimbing I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

 Nama pembimbing II : Ns. Vera Sesrianty, S.Kep

 Nama penguji I : Ns. Endra Amalia., M. Kep

 Nama penguji II : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk, saya menyatakan dengan benar.

Apabila suartu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia untuk dicabut gelar akademik yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bukittinggi, 14 Maret 2016

Penulis

Reni Oktora

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

1. **Identitas Penulis**

Nama : Reni Oktora

Tempat/ Tanggal Lahir : 1 Oktober 1979

Agama : Islam

Status : Kawin

Jumlah Saudara : 6 (Enam)

Alamat : Kel. Tanjung Gadang, Kec. Payakumbuh Barat, Kota

 Payakumbuh

1. **Nama Orang Tua**

Ayah : Amrial

Ibu : Eli Misra

1. **Riwayat Pendidikan**
2. TK Lenggogeni Sunngai Tarab : Tahun 1985-1986
3. SDN 01 Sungai Tarab : Tahun 1986-1992
4. SLTP N 1 Sungai Tarab : Tahun 1992-1995
5. SMU N 1 Sungai Tarab : Tahun 1995-1998
6. Akper PBH batusangkar : Tahun 1998-2001
7. STIKes Perintis Sumbar : Tahun 2014-2016

**KATA PENGANTAR**

 Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehinggan penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul ***“***Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016***.”***

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yandrizal Jafri, S.K., M.Biomed, selaku Ketua STIKes Perintis Sumatra Barat.
2. Ibuk Ns.Yaslina, M.Kep, Sp. Kom., selaku Ka Prodi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumbar.
3. Direktur Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang telah memberikan izin kepada penulis untuk pengambilan data.
4. Bapak dan Ibu dosen Pembimbing I Ns. Lisa Mustika, M.Kep dan Ibu Pembimbing II Ns. Vera Sesrianty, S.Kep. Terima kasih atas bimbingan dan waktu yang diberikan.
5. Staff Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
6. Teristimewa kepada keluarga penulis yang telah memberikan dukungan moril dan materil serta do’a kepada penulis dengan setulus hati.
7. Rekan-rekan Mahasiswa Progsus Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar

yang telah banyak memberikan masukan dan semangat yang sangat berguna dalam menyelesaikan penulisan proposal ini.

 Sekalipun penulis telah mencurahkan segenap pemikiran, tenaga dan waktu agar tulisan ini menjadi lebih baik, peneliti menyadari bahwa penulisan proposal ini masih jauh dari sempurna, oleh sebab itu penulis dengan senang hati menerima saran dan kritikan yang bersifat membangun demi kesempurnaan penulisan dimasa yang akan datang.

Akhirnya, pada-Nya jualah kita berserah diri semoga proposal ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya profesi keperawatan. Amin.

Bukittinggi , Januari 2016

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**ABSTRACT**

**ABSTRAK**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KATA PENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**DAFTAR LAMPIRAN iv**

**DAFTAR TABEL v**

**DAFTAR GAMBAR vi**

**BAB I PENDAHULUAN**

1. Latar Belakang 1
2. Rumusan Masalah 6
3. Tujuan Penelitian 6
4. Manfaat Penelitian 7
5. Ruang Lingkup Penelitian 8

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* + 1. Konsep Stroke 9
		2. Konsep Pengetahuan 18
		3. Konsep Pendidikan 25
		4. Konsep Status Ekonomi 29
		5. Konsep Motivasi 35
		6. Konsep Pengalaman Individu. 37
		7. Konsep Keluarga ........................................................................... 39
		8. Kerangka Teori 46

**BAB III KERANGKA KONSEP**

1. Kerangka Konsep 47
2. Hipotesis 48

**BAB IV METODE PENELITIAN**

1. Desain Penelitian 49
2. Populasi dan Sampel 49
3. Tempat dan Waktu Penelitian 51

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil 61

B. Pembahasan 70

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan 89

B. Saran 90

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Gambaran klinis dari stroke …………………………………. 20

Tabel 4.1 *Defenisi Operasional*…………………………………………... 30

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Kerangka teori ………………………………………….... 39

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian……….……………………… 40

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Izin Pengambilan Data

Lampiran 2 : Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Format Persetujuan Responden (*Inform Consent*)

Lampiran 4 : Kisi-kisi Kuesioner

Lampiran 5 : Kuesioner

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**A. Latar Belakang**

Di era globalisasi dengan perkembangan teknologi di berbagai bidang termasuk informasi semakin mudah diperoleh, negara Indonesia juga semakin berkembang sehingga dapat segera meniru kebiasaan negara barat yang dianggap cermin pola hidup modern. Sejumlah perilaku seperti mengkonsumsi makanan siap saji (*fast food*) yang mengandung kadar lemak jenuh tinggi, merokok, dan minuman beralkohol, telah menjadi gaya hidup manusia terutama di perkotaan. (Apridawati, 2009). Selain itu budaya Indonesia juga terkenal dengan makanan olahan santan dan daging ditambah dengan tidak membudayanya olahraga di sebagian masyarakat tidak kalah pentingnya menjadi faktor-faktor penyebab penyakit berbahaya seperti penyakit stroke.

**Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat.** Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang ditandai dengan hilangnya fungsi dari bagian tubuh tertentu (kelumpuhan atau kelemahan) yang disebabkan oleh gangguan aliran darah otak yang mengelola bagian tubuh yang kehilangan fungsi tersebut(Cahyono, 2008).

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat berbicara (apasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak). Sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (vertigo)(Pinzon dan Laksmi, 2010). Menurut WHO, setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar 5 juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO,2010).

**Pada tahun 2020 diperkirakan 7.6 juta orang akan meninggal dikarenakan penyakit stroke ini (Misbach, 2010).**

Menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), terdapat kecenderungan meningkatnya jumlah penyandang stroke di Indonesia dalam dasawarsa terakhir. Di Indonesia, stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Bahkan, menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh no.1 di RS Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus di kasur.

Berdasarkan hasil Laporan Riskesdas Indonesia tahun 2007 terkait penyakit stroke di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia sebesar 6% atau 8,3 per 1000 (Riskesdas, 2007). Mantan Menteri Kesehatan Indonesia 2011, Endang Rahayu mengatakan, dari jumlah total penderita stroke di Indonesia, sekitar 2,5 persen atau 250 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat ringan maupun berat. (Kompas)

Sumatera Barat dalam prevalensi penyakit stroke menempati urutan keenam dari 33 provinsi setelah Provinsi NAD, Kepri, Gorontalo, DKI Jakarta, NTB dengan persentase 10,6% . Menurut data BPS Kota Padang tahun 2011, stroke adalah penyebab kematian kelima di Kota Padang dengan persentase 8% setelah penyakit ketuaan/lansia, DM, Hipertensi, Jantung (Badan Pusat Statistik [BPS], 2011).

Sebagian besar penderita stroke yang bertahan hidup akan lebih mengandalkan bantuan dari keluarga, saudara, atau orang lain untuk melakukan aktifitas sehari-hari, seperti aktifitas makan harus disuapi, berjalan lambat, mandi dan berpakaian, duduk, bangun tidur, pemenuhan eliminasi, yang harus dibantu(Sutrisno, 2010). Menurut Sarafino (2006) sebagian penderita stroke “mendadak *invalid*” yaitu mendadak atau tiba-tiba kehilangan banyak hal yang sangat penting dan dibanggakan (Idris, 2004; Sarafino, 2006).

Perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang yang terkena stroke membawa dampak secara luas dalam arti fungsi fisik, mental maupun sosial yang menghambat kemandirian dalam menjalankan kehidupan sehingga dapat menyebabkan stres. Penyesuaian diri dari seseorang yang mengalami stres berbeda-beda pada setiap orang ada yang positif maupun negatif (Lazarus, 1976, dalam Agustina, 2010).

Selama masa perawatan diperlukan dukungan keluarga terhadap perawatan pasien stroke. Ada beberapa pada umumnya perawatan pasien stroke yang mengalami kelumpuhan satu sisi, status mental yang terganggu, masalah emosional dan maslaah komunikasi (Ahmad , 2003).

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adobsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social diri dari setiap anggota keluarga (Mubarak, 2006).

Dalam memberikan dukungan dan perawatan terhadap salah satu keluarga yang menderita suatu oenyakit, dukungan dari seluruh anggota keluarga sangat penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan pasien (Friedman, 1998)

Pada Sebagian besar penderita stroke yang bertahan hidup akan lebih mengandalkan bantuan dari keluarga, saudara, atau orang lain untuk melakukan aktifitas sehari-hari, seperti aktifitas makan, berjalan, mandi, berpakaian, duduk, bangun tidur, pemenuhan eliminasi, dan lain-lain (Potter dan Perry, 2005; Sutrisno, 2010). Pada dasarnya sebagian penderita stroke “mendadak *invalid*” yaitu mendadak/tiba-tiba kehilangan banyak hal yang sangat penting dan dibanggakan(Sarafino, 2006).

Keberadaan keluarga adalah hal yang paling penting dari semua pengobatan manapun, semua orang ingin hidup dalam keadaan diterima dan disayangi oleh orang yang dikenalnya, seperti juga penderita stroke (Badan Litbang Kesehatan, 2006)

Peningkatan kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke akan meningkatkan fungsi dan perawan keluarga dalam merawat klien. Peran keluarga dalam merawat klien stroke dapat dipandang dari segi alasan keluarga sebagai unit pelayanan (Effendy, 2013)

Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukittinggi adalah rumah sakit umum pendidikan dan merupakan rumah sakit rujukan. Rumah sakit ini mempunyai peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat, sehingga banyak pasien untuk datang berobat ke rumah sakit ini. Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi merupakan satu-satunya rumah sakit pusat stroke dan merupakan unit pelaksana teknis Kemenkes RI yang berdiri sejak tahun 2002 yang beralamat di Jalan Jendral Sudirman Bukittinggi. Pada tahun 2011 RSSN telah merawat 2154 orang pasien stroke, pada tahun 2012 sebanyak 2431 orang dan tahun 2013 sebnyak 3132 orang (Medical Record RSSN, 2013). Dari wawancara dan observasi penulis dengan 10 orang pasien yang dirawat di ruang Unit Stoke RSSN didapati 3 orang dengan stroke berulang dengan ketidakmampuan fisik berat sebanyak 2 orang dan gangguan ringan 1 orang. Sedangkan 6 orang lainnya dengan serangan stroke pertama kali mengalami ketidak mampuan fisik sedang dan ringan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti tanggal 20-21 November 2015 di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi, peneliti menanyakan kepada pasien stroke yang mengalami gangguan status fungsional sebelum dan sesudah terjadinya stroke, didapatkan 10 orang diantaranya mengatakan bahwa mereka kurang mendapatkan perawatan dan perhatian dari pihak keluarga, 10 orang mengatakan kesulitan dalam memahami pengetahuan tentang stroke sehingga keluarga tidak bersedia memberikan pengobatan dan perawatan yang lebih baik. dan 5 orang lagi beralasan tidak memiliki kecukupan ekonomi untuk pengobatan klien.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang ”faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi”.

**B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diurai diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut: ” faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.

**C. Tujuan Penelitian**

**1. Tujuan Umum**

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui “faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.

**2. Tujuan Khusus**

1. Diketahui distribusi frekuensi kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke di ruang rawat inap neorologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.
2. Diketahui distribusi frekuensi pengetahuan keluarga pasien stroke di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.
3. Diketahui distribusi frekuensi pendidikan keluarga pasien stroke di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.
4. Diketahui distribusi frekuensi status ekonomi keluarga pasien stroke di ruang rawat inap neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016.
5. Diketahui distribusi frekuensi motivasi keluarga pasien stroke di ruang rawat inap neurologi RSSn Bukittinggi tahun 2016
6. Diketahui distribusi frekuensi pengalaman individu keluarga pasien stroke di ruang rawat inap neurologi RSSn Bukittinggi tahun 2016

**D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi RSSN Bukittinggi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai masukan bagi tenaga perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara *holistic* yaitu biopsikososial dan spritual. Sehingga masalah pasien dapat dideteksi secara cepat dan tepat serta memilih jenis intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah yang ditemui pada pasien.

1. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian dapat memberikan sumbangan ilmu dalam meningkatkan dan menambah referensi bidang keperawatan terkait dengan penelitian yang dilakukan peneliti.

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan peneliti untuk melihat keadaan pasien yang dirawat tidak hanya dari segi diri pasien itu sendiri tapi juga dari segi pihak keluarga pasien yang merawat dan bertemu pasien setiap hari. Selain itu peneliti juga mengetahui apa pengaruh perawatan yang dilakukan pihak keluarga terhadap kesembuhan pasien itu sendiri.

1. Bagi Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan menjadi informasi bagi profesi keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien stroke yang sangat rentan mengalami gangguan emosional dan psikologis jika keluarga tidak mampu merawat dengan baik.

S

1. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang dirawat di ruang rawat inap Unit Stroke RSSN Bukittinggi tahun 2016. Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Januari 2016 di ruang rawat Neurologi RSSN Bukittinggi. Penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yaitu pengetahuan, pendidikan, status ekonomi, motivasi keluarga, serta pengalaman individu dengan variabel dependen yaitu kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke. Pengumpulan data menggunakan kuesioner , sedangkan pengolahan data dan pengujian data menggunakan uji *chi-square.*

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Stroke**
	* + 1. **Definisi Stroke**

Stroke adalah gangguan suplai darah pada sebagian otak. Tidak ada bagian dari tubuh yang dapat bertahan hidup bila gangguan pada suplai darah dalam jangka waktu lamam karena darah membawa oksigen dan bahan makanan lain untuk kehidupan sebagai pusat pendengaran (Soeharto, 2002).

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang merupakan masalah neurologis yang sering dihadapi (Wesner, 2002). Stroke adalah sindrom klinis yang awalnya timbul mendadak, progresif cepat, berupa deficit neurologist fokal dan global, yang langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebapkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Mansjoer, 2002).

Stroke adalah gangguan suplai darah sebagian otak yang dapat mematikan dalam jangka waktu yang lama karena darah mengeluarkan oksigen dan bahan bakar yang lain untuk kehidupan tetapi otak sangat peka (Gordon, 2000).

Stroke merupakan serangan mendadak yang mengakibatkan gangguan otak fokal atau global yang disebapkan gangguan vaskular yang menuju otak. Penyumbatan pembuluh darah oleh trombosis atau emboli dan pecahnya pembuluh darah otak mengakibatkan gangguan fungsi dan struktur jaringan otak (Yuwie, 2009).

Stroke adalah sindrom klinis yang awalnya timbul mendadak, progresi cepat, berupa defisit neurologis fokal ataupun global, yang berlangsung 24 jam atau lebih yang langsung menimbulkan kematian dan semata- mata disebabkan oleh gangguan otak non traumatik (Mansjoer, 2000).

Stroke adalah bencana atau gangguan pendarahan di otak. Dalam bahasa inggris dinamai juga sebagai cerebro-vaskuler Accident, merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan cacat pada kelompok usia diatas 45 tahun (Tobing, 2002).

Menurut WHO (1995), stroke didefinisikan sebagai gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam, atau yang menimbulkan kematian, yang semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak.

* + - 1. **Klasifikasi Stroke**
1. **Stroke Iskemik**

Merupakan jenis stroke karena terjadi penyumbatan aliran darah ke otak yang menyebabkan terjadinya iskemik dan sel-sel otak akan berhenti melakukan fungsinya secara sempurna. Penyebap adanya emboli, ateroskelosis atau oklusi trombotik.

1. **Stroke hemoragik**

Stroke karena adanya perdarahan di otak. Terjadi karena adanya pembuluh darah otak yang pecah, darah tumpah ke otak atau rongga antara permukaan luar otak dan tengkorak (Gordon, 2000).

Jenis stroke secara sederhana dapat ditemukan dengan mengunakan gambaran klinis berikut ini :

**Table 2.1**

**Gambaran klinis dari jenis Stroke**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jenis stroke** | **Nyeri kepala** | **Gangguan Kesadaran** | **Defisit fokal** |
| Stroke IskemikStroke perdarahan (intraserebral)Stroke perdarahan (subarakhnoid) | Ringan / tidak adaBeratBerat | Ringan / tidak adaBeratSedang | BeratBeratRingan / tidak ada |

(Iskandar, 2004).

* + - 1. **Tingkat kecacatan Stroke**

Skala kecacatan stroke adalah :

1. Kecacatan derajat 0

Tidak ada gangguan fungsi

1. Kecacatan derajat 1

Hampir tidak ada gangguan fungsi pada aktifitas sehari-hari atau gangguan minimal. Klien mampu melakukan tugas dan kewajiban sehari-hari.

1. Kecacatan derajat 2

Klien tidak mampu melakukan beberapa aktivitas seperti sebelumnya, tetapi tetap melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.

1. Kecacatan derajat 3

Klien memerlukan bantuan orang lain, tetapi masih mampu berjalan sendiri, walaupun menggunakan tongkat.

1. Kecacatan derajat 4

Klien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain, serta aktivitas lain seperti mandi, pergi ke toilet dan lain-lain.

1. Kecacatan derajat 5

Klien terpaksa berbaring di tempat tidur dan kegiatan buang air besar dan kecil tidak terasa, selalu memerlukan perawatan dan perhatian .(Iskandar, 2004).

* + - 1. **Penatalaksanaan Stroke**

Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto tatalaksana pasien stroke adalah “time is brain”. Oleh karena itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain sudah diakui kelebihannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di unit stroke dilakukan oleh multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi, terapi wicara dan okupasi, serta ahli nutrisi. Prinsip manajemen stroke akut adalah ;

1. Diagnosis stroke yang cepat dan tepat,

2. Mengurangi meluasnya lesi otak,

3. Mencegah dan mengobati komplikasi stroke,

4. Mencegahserangan stroke ulang dan

5. Memaksimalkan kembali fungsi-fungsi neurologik(Misbach, 2007).

* + - 1. **Keterlibatan keluarga dalam perawatan dan penatalaksanaan stroke**
1. Keluarga sebagai unit pelayanan yang dirawat

Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan. Keluarga dalam hal ini tidak dipandang dari jumlah anggotanya, tetapi kesatuannya yang unik dalam menghadapi masalah, keunikannya terlihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita- cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh lingkungan, zaman dan geografis; keluarga di desa sangat berbeda dengan di kota dalam hal besarnya keluarga, struktur, nilai dan juga gaya hidupnya. Pendekatan keperawatan keluarga dapat melalui berbagai teori, yang paling berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan adalah pendekatan secara teori struktural fungsional (Friedman, 2002).

Teori struktural fungsional dapat menganalisis karakteristik struktural keluarga pengaturan bagian-bagiannya yang membentuk secara keseluruhan, dan fungsi yang dilakukan baik untuk masyarakat maupun subsistemnya. Struktur keluarga ini menunjukkan cara pengaturan keluarga, cara pengaturan unit-unit dan bagaimana unit-unit ini saling mempengaruhi (Friedman, 2002).

Parad dan Caplan, (1965), dalam Friedman, (2002), menganalisis sebuah keluarga yang sedang mengalami stres, telah mengidentifikasi tiga dimensi struktural, yang mereka sebut sebagai gaya hidup keluarga. Gaya hidup keluarga mengarah kepada permulaan organisasi keluarga yang stabil dan masuk akal yang dibagi menjadi tiga unsur yang saling bergantung yaitu sistem nilai, jaringan komunikasi dan sistem peran.

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

1. Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya.
2. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota.
3. Berbagai pelayanan kesehatan bukan tempat penderita seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu pasien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif (Irdawati, 2009).

Sangat diharapkan bahwa keluarga dapat membantu pemulihan penderita stroke. Untuk itu terlebih dahulu diperlukan sikap saling pengertian antara dokter, perawat, fisioterapist, tim rehabilitasi lainnya dengan keluarga perihal keadaan penderita. Keluarga merupakan sistem pendukung utama memberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Oleh karena itu, asupan pelayanan/perawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan pasien, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut (Effendy, 1998)

Dari uraian diatas maka peranan keluarga terhadap penderita stroke adalah :

1. **Berperan Sebagai Perawat**

Ketika anggota keluarga mengalami sakit yang menimbulkan kecacatan, maka ada peran yang menjadi primer yaitu perawat. Memberikan perawatan kepada penderita karena tidak dapat mengurus dirinya sendiri dalam membantu memenuhi kebutuhan-kebutuhannya seperti makan, minum, berpakaian, berpindah, berjalan.

1. **Berperan sebagai Pendukung**

Keluarga memberi dorongan/dukungan agar penderita mempunyai motivasi yang kuat untuk dapat segera memperoleh pemulihan kesehatan dengan sebaikbaiknya. Memberi dorongan pada saat mulai latihan fisik yang merupakan hal yang cukup menyiksa penderita, namun demikian penderita harus selalu didorong untuk berani berlatih. Kemudian memberi dorongan untuk tetap aktif dalam kegiatan seharihari ditengah-tengah keluarga dan masyarakat.

1. **Berperan Sebagai Penghubung/Komunikasi**

Keluarga mengadakan komunikasi efektif dengan penderita, petugas kesehatan, sehingga terjalin hubungan kerja sama yang baik sehingga tercipta suasana saling percaya dan keterbukaan antara pasien dengan keluarga dan petugas kesehatan (dokter, perawat, fisioterapist, terapi wicara, dll). Hubungan yang saling percaya antara pasien, keluarga dengan petugas kesehatan merupakan dasar utama untuk membantu mengungkapkan dan mengenal perasaannya, mengidentifikasi kebutuhan dan masalahnya, mencari alternatif pemecahan masalah serta mengevaluasi hasilnya. Proses ini harus dilalui oleh pasien dan keluarga sehingga keluarga dapat membantu pasien dengan cara yang sama pada saat dirumah.

1. **Berperan Sebagai Pendidik**

Dalam upaya belajar untuk hidup dengan kecacatan permanen, pasien diajarkan program Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) agar penderita dapat melakukan aktifitas kehidupan sehari-hari secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain, misalnya : tata cara makan, berpakaian, mandi, tidur, juga melatih penderita dalam mobilisasi, berkomunikasi, melakukan latihan anggota gerak atas dan bawah secara pasif sampai penderita mempu menggerakkan sendiri.

1. **Berperan Sebagai Pengubah Lingkungan/Terapi Lingkungan**

Menipulasi lingkungan, terdiri dari merubah lingkungan, pengaturan tata ruangan agar penderita mudah melakukan aktivitas secara efisien. Ciptakan ruangan yang memberi ketenangan dan menyenangkan, suara tidak ribut/berisik, cahaya yang terang benderang, banyak orang, kegiatan dan kesibukan yang berlebihan dan menjauhkan fasilitas yang menimbulkan bahaya. Usahakan mengurangi stimulus lingkungan yang mengakibatkan gangguan. Usahakan agar ciptakan waktu untuk istirahat sehingga pasien rileks dan tenang.

1. **Berperan Sebagai Pengambil Keputusan**

Dalam peran ini keluarga menentukan pencarian sumber-sumber yang penting. Keluarga mempunyai kontrol substansial terhadap keputusan apakah keluarga yang sakit akan mendapatkan layanan kuratif atau preventif. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai pasien, keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggotanya.

1. **Berperan Sebagai Pencari Sumber Dana**

Keluarga berperan mencari sumber dana untuk biaya pengobatan penderita dan untuk menghindari ketiadaan dana untuk biaya pengobatan

1. **Pengetahuan**
2. **Pengertian Pengetahuan**

Adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata) (Notoatmodjo, 2005 p.50). Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Dewi & Wawan, 2010, p.12)

Adalah merupakan hasil dari ‘tahu’,dalam hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, pengindraan terjadi pada panca indera manusia, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga ( Notoatmodjo, 2003 )

Tingkat pengetahuan dibagi menjadi :

1. Tahu

Diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelummnya. Tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah

1. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang dan dapat menginterpretasikan secara benar.

1. Aplikasi

Diartikan sebagai kemempuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi real ( sebenarnya )

1. Analisis

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih dalam strukturnya dan masih ada suatu kegiatan satu sama lainnya.

1. Sintesis

Kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam bentuk suatu keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dan formulasi yang ada

1. Evaluasi

Kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian dalam suatu materi atau objek ( Notoatmodjo, 2003). Penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang di tentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada.

1. **Proses Perilaku “TAHU”**

Menurut Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung dari maupun tidak dapat diamati oleh pihak luar (Dewi & Wawan, 2010, p.15). Sedangkan sebelum mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

1. Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Interest(merasa tertarik) dimana individu mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus.
3. Evaluation (menimbang-nimbang) individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah baik lagi.
4. Trial, dimana individu mulai mencoba perilaku baru.
5. Adoption , sikapnya terhadap stimulus. Pada penelitian selanjutnya Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoadmojo (2003), menyimpulkan bahwa pengadopsian perilaku yang melalui proses seperti diatas dan didasari oleh pengetahuan, kesadaran yang positif, maka perilaku tersebut akan berlangsung langgeng (ling lasting). Namun sebaliknya jika perilaku tersebut tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, maka perilaku tersebut bersifat sementara atau tidak akan berlangsung lama. Perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek, yaitu:

Aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejolak kejiwaan seperti pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik, dan sosial budaya.

1. **Cara Memperoleh Pengetahuan**

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dapat dikelompokan menjadi dua, yakni :

* 1. Cara Memperoleh Kebenaran Nonilmiah
1. Cara Coba Salah (Trial and Error) Cara memperoleh kebenaran non ilmiah, yang pernah digunakan oleh manusia dalam memperoleh pengetahuan adalah melalui cara coba coba atau dengan kata yang lebih dikenal “trial and error”. Metode ini telah digunakan oleh orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sampai sekarang pun metode ini masih sering digunakan, terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan suatu masalah yang dihadapi. Metode ini telah banyak jasanya, terutama dalam meletakan dasar-dasar mennemukan teoriteori dalam berbagai cabang iilmu pengetahuan.
2. Secara Kebetulan Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan. Salah satu contoh adalah penemuan enzim urease oleh Summers pada tahun 1926.
3. Cara Kekuasaan atau Otoritas Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaankebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak kebiasaan seperti ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Para pemegang otoritas, baik pemimpin pemerintah, tokoh agama, maupun ahli ilmu pengetahuan pada prinsipnya mempunyai mekanisme yang sama di dalam penemuan pengetahuan
4. Berdasarkan Pengalaman Pribadi Pengalaman adalah guru yang baik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh karena itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.
5. Cara Akal Sehat Akal sehat atau common sense kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran. Sebelum ilmu pendidikan ini berkembang, para orang tua zaman dahulu agar anaknya mau menuruti nasihat orang tuanya,atau agar anak disiplin menggunakan cara hukuman fisik bila anaknya berbuat salah, misalnya dijewer telinganya atau dicubit. Ternyata cara menghukum anak ini sampai sekarang berkembang menjadi teori atau kebenaran, bahwa hukuman adalah merupakan metode (meskipun bukan yang paling baik) bagi pendidikan anak. Pemberian hadiah dan hukuman (reward and punishment) merupakan cara yang masih dianut oleh banyak orang untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan
6. Kebenaran Melalui Wahyu Ajaran dan dogma agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak.
7. Kebenaran secara Intuitif Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan yang sisitematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja
8. Melalui Jalan Pikiran Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi
9. Induksi Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pernyataan-pernyataan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Proses berpikir induksi berasal dari hasil pengamatan indra atau halhal yang nyata, maka dapat dikatakan bahwa induksi beranjak dari hal-hal yang konkret kepada hal-hal yang abstrak.
10. Deduksi Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataanpernyataan umum yang ke khusus. Aristoteles (384-322SM) mengembangkan cara berpikir deduksi ini ke dalam suatu cara yang disebut “silogisme”. Silogisme merupakan suatu bentuk deduksi berlaku bahwa sesuatu yang dianggap benar secara umumpada kelas tertentu, berlaku juga kebenarannya pada semua peristiwa yang terjadi pada setiap yang termasuk dalam kelas itu
	1. Cara Ilmiah dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistimatis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut „metode penelitian ilmiah‟, atau lebih popular disebut metodologi penelitian (research methodology). Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626). Ia mengatakan bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati.

Pencatatan ini mencakup tiga hal pokok yakni :

1. Segala sesuatu yang positif, yakni gejala tertentu yang muncul pada saat dilakukan pengamatan
2. Segala sesuatu yang negatif, yakni gejala tertentu yang tidak muncul pada saat dilakukan pengamatan
3. Gejala-gejala yang muncul secara bervariasi, yaitu gejala-gejala yang berubah-ubah pada kondisi-kondisi tertentu (Notoatmodjo, 2010 p.10-18).
4. **Kriteria Tingkat Pengetahuan**

Menurut Arikunto (2006), pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterprestasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

1. Baik : Hasil presentase 76%-100%.
2. Cukup : Hasil presentase 56% - 75%.
3. Kurang : Hasil presentase >65%. (Dewi & Wawan, 2010,p.18)

**C. Tingkat Pendidikan**

1. **Pengertian Pendidikan**

Batasan pengertian pendidikan yang dikemukakan oleh para ahli tergantung dari sudut pandang yang dipergunakan dalam memberi arti pendidikan. Sudut pandang ini dapat bersumber dari aliran falsafah, pandangan hidup ataupun ilmu-ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan tingkah laku manusia. Dalam UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Crow and Crow, mendefinisikan pendidikan adalah proses yang berisi berbagai macam kegiatan yang sesuai dengan kegiatan seseorang untuk kehidupan sosialnya dan membantunya meneruskan kebiasaan dan kebudayaan, serta kelembagaan sosial dari generasi ke generasi. Sedangkan menurut Frederick J. Mc. Donald disebutkan education is the sense used here, in a process or an activity which is directed at producing desirable changes in the behavior of huma beings. Artinya pendidikan yang dimaksudkan di sini adalah proses atau aktivitas yang mengarah pada perubahan perilaku manusia.

Pendidikan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) yaitu proses perubahan sikap dan tata laku sesorang atau sekelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Di dalam Undang-Undang Republik Indonesia pasal 1 Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional, pengertian pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Sisdiknas, 2003).

Pendidikan sering diartikan sebagai usaha manusia untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai di dalam masyarakat dan kebudayaan. Selanjutnya, pendidikan diartikan sebagai usaha yang dijalankan oleh sesorang atau kelompok orang lain agar menjadi dewasa atau mencapai tingkat hidup atau penghidupan yang lebih tinggi dalam arti mental (Hasbullah, 2008). Menurut Basrowi (2010) pendidikan mempunyai tugas menyiapkan sumber daya manusia unuk pembangunan. Derap langkah pembangunan selalu diupayakan seirama dengan tuntutan zaman. Sementara menurut Muliani (2009) perkembangan zaman selalu memunculkan persoalan-persoalan baru yang tidak pernah terpikirkan sebelumnya.

Tingginya rata-rata tingkat pendidikan masyarakat sangat penting bagi kesiapan bangsa menghadapi tantangan global di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan sesorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Tingkat pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Suhardjo, 2007).

Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan sesorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Suhardjo, 2007).

1. **Tingkatan Pendidikan**

Menurut Notoatmodjo (2003) tingkat pendidikan dapat dibedakan berdasarkan tingkatan-tingkatan tertentu seperti:

1. Pendidikan dasar awal selama 9 tahun meliputi SD/sederajat, SLTP/sederajat.
2. Pendidikan lanjut
* Pendidikan menengah minimal 3 tahun meliputi SMA atau sederajat dan;
* Pendidikan tinggi meliputi diploma, sarjana, magister, doktor dan sepesialis yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi.
1. **Jalur pendidikan**

Menurut UU RI No. 20 Tahun 2003, jalur pendidikan dibagi menjadi:

1. Jalur Formal
2. Pendidikan Dasar pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan madrasah Ibtidaiyah atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau bentuk yang lebih sederajat.
3. Pendidikan Menengah Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah jurusan, seperti: SMA, MA, SMK, MAK atau bentuk lain yang sederajat
4. Pendidikan Tinggi Pendidikan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut, dan universitas.
5. Jalur Nonformal
	* 1. Pengertian

Pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan di luar pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang. Pendidikan nonformal paling banyak terdapat pada usia dini, serta pendidikan dasar, adalah TPA, atau Taman Pendidikan Al Quran,yang banyak terdapat di Masjid dan Sekolah Minggu, yang terdapat di semua Gereja. Selain itu, ada juga berbagai kursus,  diantaranya kursus musik, bimbingan belajar dan sebagainya.

* + 1. Sasaran

Pendidikan nonformal diselenggarakan bagi warga masyarakat yang memerlukan layanan pendidikan yang berfungsi sebagai pengganti, penambah, dan/atau pelengkap pendidikan formal dalam rangka mendukung pendidikan sepanjang hayat.

* + 1. Fungsi

Pendidikan nonformal berfungsi mengembangkan potensi peserta didik dengan penekanan pada penguasaan pengetahuan dan keterampilan fungsional serta pengembangan sikap dan kepribadian profesional.

* + 1. Jenis

Pendidikan nonformal meliputi pendidikan kecakapan hidup, pendidikan anak usia dini, pendidikan kepemudaan, pendidikan pemberdayaan perempuan, pendidikan keaksaraan, pendidikan keterampilan dan pelatihan kerja. Pendidikan kesetaraan meliputi Paket A, Paket B dan Paket C, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik seperti: Pusat Kegiatan Belajar Masyarakat (PKBM), lembaga kursus, lembaga pelatihan, kelompok belajar, majelis taklim, sanggar, dan lain sebagainya, serta pendidikan lain yang ditujukan untuk mengembangkan kemampuan peserta didik.

1. Jalur Informal

Pendidikan informal adalah jalur pendidikan keluarga dan lingkungan berbentuk kegiatan belajar secara mandiri yang dilakukan secara sadar dan bertanggung jawab. Hasil pendidikan informal diakui sama dengan pendidikan formal dan nonformal setelah peserta didik lulus ujian sesuai dengan standar nasional pendidikan. Alasan pemerintah mengagas pendidikan informal adalah:

* 1. Pendidikan dimulai dari keluarga
	2. Informal diundangkan juga karena untuk mencapai tujuan pendidikan nasional dimulai dari keluarga
	3. Homeschooling: pendidikan formal tapi dilaksanakan secara informal.
	4. Anak harus dididik dari lahir
		+ 1. **Pengertian Status Ekonomi**

Status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun skunder (Soetjiningsih, 2004).

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono, 2006).

1. **Tingkat Ekonomi**

Geimar dan Lasorte (1964) dalam Friedman (2004) membagi keluarga terdiri dari 4 tingkat ekonomi:

1. Adekuat

Adekuat menyatakan uang yang dibelanjakan atas dasar suatu permohonan bahwa pembiayaan adalah tanggung jawab kedua orang tua. Keluarga menganggarkan dan mengatur biaya secara ralisitis.

1. Marginal

Pada tingkat marginal sering terjadi ketidaksepakatan dan perselisihan siapa yang seharusnya mengontrol pendapatan dan pengeluaran.

1. Miskin

Keluarga tidak bisa hidup dengan caranya sendiri, pengaturan keuangan yang buruk akan menyebabkan didahulukannya kemewahan. Diatas kebutuhan pokok, manajemen keuangan yang sangat buruk dapat atau tidak membahayakan kesejahteraan anak, tetapi pengeluaran dan kebutuhan keuangan melebihi penghasilan.

1. Sangat Miskin

Manejemen keuangan yang sangat jelek, termasuk pengeluaran saja dan berhutang terlalu banyak, serta kurang tersedianya kebutuhan dasar.

Pembagian kelas sosial ekonomi berdasarkan status ekonomi terdiri atas 4 bagian yaitu:

1. Menurut (UMR,Kab Madiun 2010) status ekonomi seseorang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:
2. Penghasilan tipe kelas atas > Rp 670.000,
3. Penghasilan tipe kelas bawah < Rp 670.000,

b). Friedman (2004) status ekonomi seseorang dibagi menjadi 3 kelompok yaitu:

1. Penghasilan tipe kelas atas> Rp 1.000.000,
2. Penghasilan tipe kelas menengah = Rp 500.000 – Rp 1.000.000
3. Penghasilan tipe kelas bawah< Rp 500.000

c). Status ekonomi menurut Saraswati (2009)

1. Tipe Kelas Atas (> Rp 2.000.000).
2. Tipe Kelas Menengah (Rp 1.000.000 -2.000.000).
3. Tipe Kelas Bawah (< Rp 1.000.000)

d). Aristoteles membagi masyarakat secara ekonomi menjadi 3 kelas atau golongan terdiri atas:

1. Golongan sangat kaya: Merupakan kelompok kecil dalam masyarakat,
2. Golongan kaya : Merupakan golongan yang cukup banyak terdapat dalam masyarakat, terdiri dari para pedagang dsb
3. Golongan miskin : Merupakan golongan terbanyak dalam masyarakat, kebanyakan dari rakyat biasa.

e). Karl Marx membagi masyarakat menjadi 3 golongan, yaitu:

1. Golongan kapitalis dan borjuis : Golongan yang menguasai tanah dan alat produksi
2. Golongan menengah : golongan yang terdiri dari para pegawai pemerintahan
3. Golongan proletar : golongan yang tidak mempunyai atau memiliki tanah dan alat produksi termasuk didalamnya adalah kaum buruh atau pekerja pabrik
4. **Faktor yang Mempengaruhi Status Ekonomi**

Menurut friedman (2004) faktor yang mempengaruhi status ekonomi seseorang yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah dalam memperoleh pekerjaan, sehingga semakin banyak pula penghasilan yang diperoleh. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal.

1. Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang dimasyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan.

1. Keadaan Ekonomi

Kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu hamil untuk tidak teratur dalam melakukan antenatal care.

1. Latar Belakang Budaya

Cultur universal adalah unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial, adat-istiadat, penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

1. Pendapatan

Pendapatan adalah hasil yang diperoleh dari kerja atau usaha yang telah dilakukan. Pendapatan akan mempengaruhi gaya hidup seseorang. Orang atau keluarga yang mempunyai status ekonomi atau pendapatan tinggi akan mempraktikkan gaya hidup yang mewah misalnya lebih komsumtif karena mereka mampu untuk membeli semua yang dibutuhkan bila dibandingkan dengan keluarga yang kelas ekonominya kebawah.

* + - 1. **MOTIVASI**
	1. **Defenisi** **Motivasi**

Istilah motivasi berasal dari bahasa Latin, yakni “movere” yang berarti “menggerakkan” (Winardi, 2007). Menurut Sadirman (2007), motivasi adalah perubahan energi diri seseorang yang ditandai dengan munculnya “feeling” dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan. Swanburg (2000) mendefenisikan motivasi sebagai konsep yang menggambarkan baik kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia. Sedangkan menurut Moekijat (2000) dalam bukunya “Dasar-dasar Motivasi” bahwa motivasi yaitu dorongan / menggerakkan, sebagai suatu perangsang dari dalam, suatu gerak hati yang menyebabkan seseorang melakukan sesuatu.

* 1. **Tujuan Motivasi**

Secara umum tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil dan mencapai tujuan (Taufik, 2007). Setiap tindakan motivasi seseorang mempunyai tujuan yang akan dicapai. Makin jelas tujuan yang diharapkan atau akan dicapai, maka semakin jelas pula bagaimana tindakan memotivasi itu dilakukan. Tindakan memotivasi akan lebih dapat berhasil apabila tujuannya jelas dan didasari oleh yang dimotivasi. Oleh karena itu, setiap orang yang akan memberikan motivasi pada seseorang harus mengenal dan memahami benar-benar latar belakang kehidupan, kebutuhan, serta kepribadian orang yang akan dimotivasi (Taufik, 2007)

Menurut Dalyono (2001) ada tujuan yang jelas da disadari yang hendak dicapai oleh keluarga ketika membawa anggota keluarganya yang mengalami atau menderita penyakit ke rumah sakit, akan mendorong timbulnya motivasi dalam diri anggota keluarga lain. Bila tujuan keluarga membawa pasien ke rumah sakit tidak hanya menghilangkan penyakit yang mengganggu akan tetapi lebih dari itu yakni kesembuhan pasien secara fisik dan psikososial akan mendorong timbulnya motivasi keluarga untuk turut membantu dan terlibat dalam proses perawatan dan secara aktif dalam perencanaan perawatan anggota keluarganya.

1. **Fungsi Motivasi**

Menurut Notoatmodjo (2007), motivasi mempunyai 3 (tiga) fungsi yaitu : 1. Mendorong manusia untuk berbuat, jadi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energi. Motivasi dalam hal ini merupakan motor penggerak dari setiap kegiatan yang akan dikerjakan. 2. Menentukan arah perbuatan, yakni ke arah tujuan yang hendak dicapai. Dengan demikian motivasi dapat memberikan arah dan kegiatan yang harus dikerjakan sesuai dengan rumusan tujuan yang sudah direncanakan sebelumnya.. 3. Menyeleksi perbuatan, yakni menentukan perbuatan-perbuatan apa yang harus dikerjakan yang serasi guna mencapai tujuan, dengan menyisihkan perbuatan-perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan tersebut. Pilihan perbuatan yang sudah ditentukan atau dikerjakan akan memberikan kepercayaan diri yang tinggi karena sudah melakukan proses penyeleksian.

* + - 1. **PENGALAMAN INDIVIDU**

Apa yang dilakukan oleh individu sebelumnya mempunyai arti bagi aktivitas-aktivitasnya sekarang. Apa yang telah terjadi pada saat sekarang akan memberikan sumbangan terhadap kesiapan individu dimasa mendatang.

Pengalaman keluarga dalam merawat keluarga yang sakit sebelum dibawa ke rumah sakit akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien di rumah sakit.

 Menurut Leavit (dalam Stuart dan Sundeen, 1983 : 189) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga menghadapi pasien yang di rawat inap, yaitu :

1. Pesimisme keluarga tentang masa depan akan keadaan pasien bahwa ia tidak akan kembali seperti semula
2. Kurangnya pengalaman mengenai Rumah Sakit sebagai sumber pengobatan dan perawatan.

Rumah sakit merupakan partner dalam menyembuhkan penderita penyakit, sehingga keluarga dapat bertanya semua hal yang menyangkut penyakit keluarga yang dirawat termasuk penanganan di rumah setelah menjalani perawatan.Maka bila keluarga merasa bingung bagaimana menangani masalah pasien jika nantinya berulang kembali, keluarga dapat bertanya pada pihak rumah sakit. Tetapi umumny keluarga tidak tahu bahwa rumah sakit bisa menjadi sumber informasi bagaimana mengangani pasien bila sewaktu-waktu berulang kembali.

1. Kurangnya informasi dan instruksi serta petunjuk bagaimana merespon kondisi penyakit pasien.

Kurangnya informasi yang diperoleh pihak keluarga mengenai bagaimana merespon keadaan penyakit pasien dan tidak adanya instruksi dan petunjuk dari rumah sakit mengenai apa yang harus dilakukan keluarga agar mendukung kesembuhan pasien membuat keluarga tidak siap menerima dan merawat pasien.

1. Kegagalan keluarga untuk memahami bahwa keluarga adalah bagian dari perawatan yang dijalani oleh pasien.

Keluarga tidak menyadari bahwa mereka bagian dari perawatan yang diberikan oleh rumah sakit. Seharusnya keluarga terlibat langsung dalam perencanaan perawatan yang akan diberikan kepada anggota keluarganya dan secara aktif memantau perkembangan proses kesembuhan anggota keluarganya.

1. Terbatasnya komunikasi dengan staf rumah sakit dan persepsi mengenai kemampuan, kemajuan dan ketidak setujuan mengenai keadaan pasien.
2. Tidak adanya pendekatan secara empati kepada keluarga oleh staf rumah sakit kepada keluarga

Rumah sakit sebagai rekan kerja keluarga yang lebih memahami bagaimana mengangani pasien kurang melakukan pendekatan secara empati. Seharusnya Rumah Sakit melakukan pendekatan supaya keluarga merasa rumah sakit memberikan perhatian kepada pihak keluarga sehingga keluarga lebih terbuak kepada pihak rumah sakit dan keluarga tidak canggung bekerja sama dengan pihak rumah sakit.

* + - 1. **KONSEP KELUARGA**
		1. **Pengertian Keluarga.**

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga ( Duval, 1972 dalam Setiadi, 2010 ).

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya, 1989). Setiadi (2010) menambahkan keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik. Berdasarkan pengertian di atas, peneliti menyimpulkan, keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri dari 2 orang atau lebih dengan adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah dan hidup dalam satu rumah tangga serta di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga yang mana berinteraksi di antara sesama anggota keluarga dan setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan

Keluarga sebagai unit pelayanan yang dirawat

Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan. Keluarga dalam hal ini tidak dipandang dari jumlah anggotanya, tetapi kesatuannya yang unik dalam menghadapi masalah, keunikannya terlihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita- cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh lingkungan, zaman dan geografis; keluarga di desa sangat berbeda dengan di kota dalam hal besarnya keluarga, struktur, nilai dan juga gaya hidupnya. Pendekatan keperawatan keluarga dapat melalui berbagai teori, yang paling berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan adalah pendekatan secara teori struktural fungsional (Friedman, 2002).

Teori struktural fungsional dapat menganalisis karakteristik struktural keluarga pengaturan bagian-bagiannya yang membentuk secara keseluruhan, dan fungsi yang dilakukan baik untuk masyarakat maupun subsistemnya. Struktur keluarga ini menunjukkan cara pengaturan keluarga, cara pengaturan unit-unit dan bagaimana unit-unit ini saling mempengaruhi (Friedman, 2002).

Parad dan Caplan, (1965), dalam Friedman, (2002), menganalisis sebuah keluarga yang sedang mengalami stres, telah mengidentifikasi tiga dimensi struktural, yang mereka sebut sebagai gaya hidup keluarga. Gaya hidup keluarga mengarah kepada permulaan organisasi keluarga yang stabil dan masuk akal yang dibagi menjadi tiga unsur yang saling bergantung yaitu sistem nilai, jaringan komunikasi dan sistem peran.

* 1. **Kesiapan / Kemampuan**

Kesiapan menurut Moeliono, dkk adalah keadaan sudah sedia atau sedia untuk digunakan, sedangkan menurut Chaplin (2004) kesiapan diartikan sebagai keadaan siap siaga untuk mereaksi atau menanggapi sesuatu.

Sedangkan Cronbach (2001) memberikan pengertian kesiapan sebagai segenap sifat atau kekuatan yang membuat dapat bereaksi dengan cara tertentu.

Kesiapan dipengaruhi oleh :

1. Kematangan

Kematangan merupakan keadaan atau kondisi bentuk, strukturr, dan fungsi yang lengkap atau dewasa pada suatu organism, baik terhadap satu sifat atau pada semua sifat.

1. Kesiapan psikologis

Kesiapan psikologis mempunyai makna segenap sifat-sifat yang dimiliki individu yang digunakan untuk mereaksi suatu situasi tertentu.

* 1. **Kesiapan/Kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke**

Pentingnya kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke akan meningkatkan fungsi dan peran keluarga dalam merawat klien di rumah. Peran keluarga dalam merawat klien stroke dapat dipandang dari segi alasan keluarga sebagai unit pelayanan (Effendy, 1998: 39).

Manifestasi klinis penyakit stroke diantaranya adalah kehilangan fungsi motorik, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik dan disfungsi kandung kemih (Smeltzer & Bare, 2002). Penderita stroke pada awal terkena stroke perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah atau bahkan kematian. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, diperlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi. Seringkali pasien stroke masih mengalami gejala sisa, misalnya dengan keadaan : kehilangan motorik (hemiplegi/hemiparese) atau pasien yang pulang dengan keadaan bedrest total, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (disatria), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, sehingga akan berdampak pada aktivitas hidup sehari-hari (Activitas Of Daily Living = ADL) dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan fisiologi ; cairan dan nutrisi, personal higiene, eliminasi buang air besar dan buang air kecil, dan mobilisasi; kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spiritual, sehingga peran keluarga sangat dibutuhkan untuk merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

Peran keluarga dalam rehabilitasi atau pemulihan anggota keluarga dengan stroke dapat dilakukan melalui pelaksanaan fungsi keluarga yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Dari ke lima fungsi tersebut, fungsi keluarga yang paling relevan dengan kesehatan adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga (Friedman, 2002).

Penelitian Sit, Wong, Clinton, Li & Fong. (2004) tentang dampak sosial support pada kesehatan pasien stroke di rumah oleh family care giver didapatkan bahwa family care giver pada pasien stroke dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Activitas Of Daily Living = ADL) secara mandiri dan menjadi lebih baik dengan dukungan dan sosial support dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikososial pasien stroke.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah cara–cara tertentu yang dipunyai keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan dengan baik yaitu kesanggupan untuk melaksanakan pemeliharaan atau tugas kesehatan tertentu (Friedman, 2002). Tugas kesehatan tersebut dijelaskan oleh Freeman, (1981), dalam Setiadi, (2010), yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena cacat atau umur terlalu muda, mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada. Keluarga secara mandiri dapat melatih dan memotivasi anggota keluarga dengan pasca stroke untuk kembali melakukan aktifitas sehari- hari (Activitas Of Daily Living = ADL) tanpa tergantung orang lain (Mulyatsih & Ahmad, 2010). Selanjutnya dalam hal ini keluarga dapat berkolaborasi dengan perawat komunitas yang mempunyai andil atau kontribusi terhadap pelayanan kesehatan di tingkat individu, keluarga di rumah (home care) sehingga keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam merawat anggota keluarga dengan stroke di rumah (Mulyatsih & Ahmad, 2010). Perawat yang melakukan pelayanan keperawatan di rumah (home care) mempunyai peran untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk mencegah penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Dalam penerapan proses keperawatan di rumah terjadi proses alih peran dari perawat kepada klien dan keluarga (sasaran) secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes, 2006). Penelitian menurut Ostwald, Hearsch, Kelley & Godwin (2008), didapatkan bahwa rehabilitasi stroke membutuhkan waktu yang cukup panjang sehingga dibutuhkan kolaborasi antara perawat dan keluarga. Keluarga sangat membutuhkan informasi seperti pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke berulang, serta bagaimana cara meningkatkan gaya hidup seperti diit, latihan dan manajemen stress. Sehingga pasien stroke dapat meningkat kualitas hidupnya. Kebutuhan akan kesinambungan asuhan keperawatan (continuity of care), dan integrasi home care sebagai komponen penting dalam sistem jaringan Rumah Sakit dengan Komunitas (Hospital - Based Home Care), melalui layanan home care, klien dengan kondisi pasca akut dan disable atau dengan kondisi penyakit kronis tidak lagi perlu menjalani hospitalisasi sehingga pasien dan keluarga diberdayakan untuk turut ambil bagian dalam upaya proses pemulihan ataupun melakukan upaya-upaya prevensi sekunder dan tersier, bantuan yang diberikan oleh perawat home care sesuai dengan porsi dan kebutuhan. Dengan demikian, secara logis rumah sakit dapat lebih menyediakan tempat bagi pasien yang membutuhkan, rata-rata jumlah klien rawat berkurang dan biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil (Susilaningsih, 2008).

* + - 1. **KERANGKA TEORI**

STROKE

Klasifikasi Stroke :

1. Stroke Hemoragik
2. Stroke Non Hemoragik

Gangguan fungsi saraf

Ketidakmampuan fisik

Keterbatasan melakukan aktivitas sehari-hari : makan, mandi, berpakaian, penggunaan toilet, berpindah, dll.

Dikirim oleh keluarga ke rumah sakit dan mendapatkan perawatan di rumah sakit.

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga

**Faktor Eksternal**

* Budaya
* Stigma
* Lingkungan
* Dukungan Masyarakat

**Faktor Internal**

* Pengetahuan
* Pendidikan
* Status Ekonomi
* Motivasi
* Pengalaman Individu

Ahmad,2010 Mulyatsih &

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

1. **Kerangka Konsep**

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”. Adapun variable yang dibahas dalam penelitian ini adalah seperti yang tertera pada kerangka konsep di bawah ini.

Gambar 3.1. Kerangka Konsep

**Variabel Independen Variabel Dependen**

Pengetahuan

Pendidikan

Kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke.

Status Ekonomi

Motivasi

Pengalaman Individu

1. **Hipotesis Penelitian**
2. Ada hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.
3. Ada hubungan pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.
4. Ada hubungan status ekonomi dengan kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.
5. Ada hubungan motivasi dengan kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.
6. Ada hubungan pengalaman individu dengan kemampuan keluarga dalam merawat Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2016”.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

1. **DesainPenelitian**

Desain penelitian adalah bentuk rancangan yang digunakan dalam penelitian(Hidayat,2008).Penelitian ini dilakukan penulis dengan menggunakan metode *deskriptifanalitik* dengan rancangan penelitian *cross sectional study*, yaitu pengukuran variable dependen dan independen dilakukan dalam waktu bersamaan pada saat pengambilan data (Notoatmodjo, 2005).

**B. PopulasidanSampel**

1.Populasi

Merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2009).Pada penelitian ini yang akan menjadi populasi adalah pasien stroke yang dirawat di ruang Unit Stroke RSSN Bukittinggi.Pasien stroke yang dirawat di ruang Unit stroke Tahun 2014 berjumlah 1.526 orang dengan rata-rata perbulannya 127 pasien.

2. Sampel

Notoatmodjo (2005) mengatakan bahwa sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.Sampel dalam penelitian ini ditentukan Dengan teknik pengambilan sempel secara *accidental sampling* yaitu metode pemilihan dimana pengambilan sampel dengan jalan mengambil individu siapa saja ygdapat dijangkau atau ditemui. Jumlah sampel yang ditentukan dengan rumus :

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

Keterangan :

*n* : besar sampel

*N* : jumlah populasi

d : Tingkat kepercayaan/ ketepatan yang diinginkan (0,1)

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

 *=* $\frac{127}{1+127(0,01)}$

 *=*$\frac{127}{2,27}$

 *=* 55,94

Jadi jumlah sampel pada penelitian ini adalah 55,94 = 56 orang.

**Kriteria inklusi:**

* Responden pasien stroke yang dirawat di ruangan neurologi
* Responden pasien yang bersedia jadi responden
* Responden pasien yang kooperatif
* Responden pasien yang bisa baca tulis

**C. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian**

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Unit Stroke RSSN Bukittinggi. Alasan pemilihan lokasi karena Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi merupakan rumah sakit rujukan untuk penyakit stroke dan di rumah sakit tersebut tersedia sampel yang diperlukan peneliti dalam penelitian ini.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan mulai bulan Februari selama 4 minggu.

1. **Definisib operasional**

**Tabel4.1 Definisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Variabel** | **Defenisioperasoinal** | **Cara Ukur** | **Alatukur** | **Hasilukur** | **Skala** |
| 1. | Pengetahuan | Hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). | wawancara | kuesioner | Tinggi jika nilai > 7,3Rendah jika skor < 3-7  | Ordinal  |
| 2. | Pendidikan | Tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan | wawancara | kuesioner | Tinggi jika tamat SMA – Perguruan tinggi nilai nya = 2.Rendah jika tidak tamat SD – SLTP nilainya = 1 | Ordinal |
| 3. | Status Ekonomi | Kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan | wawancara | Kuesioner | Tinggi ≥ Rp.1.615.000Rendah ≤ Rp. 1.615.000 | Ordinal |
| 4.  | Motivasi | Dorongan / menggerakkan, sebagai suatu perangsang dari dalam, suatu gerak hati yang menyebabkan seseorang melakukan sesuatu yang berhubungan dengan perawatan pasien. | wawancara |  | Tinggi jika nilai > 14,74 Rendah jika < 7-14  |  |
| 5.  | Pengalaman individu | Sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasai, ditanggung) individu tentang perawatan keluarganya yang sakit pada waktu dan tempat tertentu | wawancara |  | Ada jika nilai >8,30Tidak ada jika < 3-8 |  |
| 6. | Kemampuankeluarga merawat pasien stroke | Keadaan siap siaga untuk mereaksi atau menanggapi keadaan dan pengobatan pasien / anggota keluarga | wawancara | kuesioner | Mampu jika nilai > 35,43Tidak mampu jika < 35,43 | Ordinal  |

* 1. **Instrumen penelitian**
		+ 1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini berupa instrument yang berhubungan dengan status fungsional pasien stroke. Instrument tersebut antara lain:

1. **Data Primer**

Pengumpulan data langsung dari hasil wawancara terhadap responden yaitu: dengan menggunakan instrument penelitian berupa kuesioner. Data primer yang dikumpulkan adalah semua data yang termasuk variable independen dan variable dependen

1. **Data Sekunder**

Diperoleh dari Rekam medis pasien untuk mengetahui data tentang pasien stroke.

* 1. **Etika penelitian**
		+ 1. Prosedur pengambilan data

Sebelum dilakukan penelitian, peneliti mengurus proses penelitian dan perizinan dari Prodi Ilmu Keperawatan STIKES Perintis Sumbar. Kemudian mengunjungi dan menemui bagian diklat dan sekretaris direktur rumah sakit stroke nasional bukittinggi untuk memperoleh izin melakukan penelitian dan mencari responden yang sesuai dengan criteria sampel. Setelah mendapatkan responden yang sesuai dengan kriteria, kemudian diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian. Setelah responden setuju, responden diminta untuk menandatangani *informed consent*.

2. *Informed consent*

Lembaran persetujuan yang diberikan pada responden yang telah diteliti, yang memenuhi criteria sebagai responden. Semua responden yaitu sebanyak 56 orang bersedia menjadi responden dan telah menandatangani inform concent

1. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberi kode inisial. Informasi respondent tidak hanya dirahasiakan tapi harus juga dihilangkan.

1. C*onfidentiality*

Kerahasian informasi responden dijamin peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang diharapkan sebagai hasil peneliti.

* 1. **Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data**
1. Cara Pengumpulan Data

Peneliti mengumpulkan data dengan cara menyebarkan kuisioner pada responden yang dipilih sesuai criteria sampel dan meminta responden untuk menanda tangani informed consent lalu peneliti mengajukan pertanyaan pada pasien atau keluarganya dan mencatat hasil wawancara serta observasi di lembaran kuesioner, yaitu kuesioner ditujukan untuk semua pasien stroke yang akan direncanakan untuk pulang. Untuk pengisian kuesioner ini sebelum nya peneliti menjelaskan kepada pasien tujuan dan cara pengambilan data, peneliti mengingatkan responden untuk menjawab pertanyaan dengan benar. Kuesioner yang telah di isi, diperiksa kelengkapannya, dan peneliti mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih pada responden atas kerjasamanya.

1. Cara Pengolahan Data

Setelah semua data dikumpulkan, data diklasifikasi kedalam beberapa kelompok menurut sub variable alternative jawaban responden (skor) dimasukkan kedalam table distribusi menurut kategori yang telah ditetapkan dengan cara

1. *Editing*

Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa setiap kuesioner, berkaitan dengan ada tidaknya kesalahan dalam pengisian kuesioner dan kelengkapan pengisian kuesioner tersebut agar semua data valid untuk diolah.Pada saat editing semua kuesioner diisi dengan lengkap oleh responden.Lembar observasi juga sudah lengkap keseluruhannya sesuai dengan jumlah sampel pada penelitian ini.

1. *Koding*

Peneliti memberikan kode pada setiap data yang sudah terkumpul pada setiap pertanyaan dalam kuesioner untuk memudahkan pengolahan data.Koding bertujuan untuk mempermudah pada saat analisis dan mempercepat pemasukan data yaitu pemberi kode.

Untukvariabel independent:

1. Pengetahuan terdiri dari 2 kategori :tinggi diberi kode “1”, rendah diberi kode “2”.
2. Pendidikan terdiri dari 2 kategori :tinggi diberi kode “1”, rendah diberi kode “2”.
3. Status Ekonomi terdiri dari 2 kategori :tinggi diberi kode “1”, rendah diberi kode “2”.
4. Motivasi terdiri dari 2 kategori:tinggi diberi kode “1”, rendah diberi kode “2”.
5. Pengalaman individu terdiri dari 2 kategori:mampu diberi kode “1”, tidak mampu diberi kode “2”.

Untuk variabel dependen :

1. Kemampuan keluarga merawat pasien terdiri dari 2 kategori: mampu diberi kode “1”, tidak mampu diberi kode “2”.
2. *Skoring*

 Menetapkan skor/nilai dengan angka pada setiap observasi yang dilakukan. Skala yang digunakan untuk variabel motivasi, pengalaman individu dan kemampuan keluarga merawat pasien stroke adalah *“skala likert”*sedangkan untuk variabel pengetahuan dan status ekonomi digunakan *“skala guttman”.*Pada tahap ini peneliti memberikan skor pada setiap variabel.

Untuk variabel independen :

1. Pengetahuan : jawaban benar diberi skor 1, jawaban salah diberi skor 0
2. Motivasi : Selalu = 3, Sering = 2, kadang-kadang = 1, tidak pernah = 0
3. Pengalaman individu :Selalu = 3, Sering = 2, kadang-kadang = 1, tidakpernah = 0

Untuk variabel independen :

1. Kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke : Selalu = 3, Sering = 2, kadang-kadang = 1, tidak pernah = 0
2. *Tabulating*

Pada tahap ini peneliti menyusun nilai – nilai observasi dalam master table dan selanjutnya memasukkan data yang diperoleh kedalam table distribusi frekuensi.

1. *Processing*

Data yang telah didapat diproses agar dapat dianalisa, proses data dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuesioner ke program windows (komputerisasi) dengan program SPSS 11.5 dilakukandenganuji*chi-square.*

1. *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan diperiksa kembali sesuai dengan kriteria dan yakin bahwa data yang telah masuk benar-benar bebas dari kesalahan yang kemudian dapat disajikan dalam bentuk tabel 2x2.

* 1. Teknik Analisa Data
1. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi (sebaran) dari masing – masing variable penelitian yaitu tingkat pendidikan,tingka tekonomi, tingkat pengetahuan serta kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke. Penyajian data disajikan dalam bentuk tabulasi distribusi frekuensi dan persentase.

1. Analisa Bivariat

Analisis ini digunakan untuk Untuk mengetahui factor - faktor yang berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien stroke di ruang rawat inap neuro Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2015. Pengujian hipotesis untuk mengambil keputusan tentang apakah hipotesis yang diajukan cukup menyakinkan untuk ditolak dan diterima dengan mengunakan ujistatistik *chi*-*squaretest*. Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistic digunakan batasan kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai p > 0,05 maka hasil perhitungan tersebut’’tidak bermakna’’dan jika nilai p ≤ 0,05 maka secara statistic tersebut “bermakna”.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* + - 1. **Hasil Penelitian**

Penelitian yang dilakukan terhadap 56 orang responden tentang Faktor faktor yang mempengaruhi keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, diperoleh data tentang responden sebagai berikut :

**1. Analisa Univariat**

**a. Faktor faktor tyang mempengaruhi keluarga dalam perawatan pasien**

**a). Faktor pengetahuan**

  **Tabel 5.1.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Pengetahuan**  | **N** | **%** |
| 12 | Tinggi Rendah | 3719 | 66.133.9 |
|  | Jumlah | 56 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden sebahagian besar memiliki pengetahuan Tinggi sebanyak 37 orang responden (66.1%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**b.Pendidikan Responden**

**Tabel 5.2.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikandalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Pendidikan**  | **N** | **%** |
| 12 | Tinggi Rendah | 3224 | 67.142.9 |
|  | Jumlah | 56 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki pendidikan Tinggi sebanyak 32 orang responden (67.1%) di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**c.Status Ekonomi**

**Tabel 5.3.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Ekonomi Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Status ekonomi** | **N** | **%** |
| 12 | Tinggi Rendah | 3323 | 58.941.1 |
|  | Jumlah | 56 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki status ekonomi yang Tinggi sebanyak 33 orang responden (58.9%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**d.Motivasi responden**

**Tabel 5.4.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Motivasi Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Motivasi**  | **N** | **%** |
| 12 | Tinggi Rendah | 2026 | 35.764.3 |
|  | Jumlah | 56 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.4 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki motivasi yang Rendah sebanyak 26 orang responden (64.3%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**e.Pengalaman Individu**

**Tabel 5.5.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengalaman Individu Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Pengalaman Individu**  | **N** | **%** |
| 12 | AdaTidak ada | 2729 | 48.251.8 |
|  | Jumlah | 56 | 100 % |

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh tidak memiliki pengalaman dalam merawat pasien sebanyak 29 orang responden (51.8%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**f.Kemampuan keluarga**

**Tabel 5.6.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Kemampuan merawat**  | **N** | **%** |
| 12 | MampuTidak Mampu | 3719 | 66.133.9 |
|  | Jumlah | 56 |  |

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke sebanyak 37 orang responden (66.1%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**b.** **Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat Faktor faktor yang mempengaruhi keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Pengujian hipotesis dilakukan untuk mengambil keputusan apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan pengujian statistik *chi square*. Hubungan variabel independen dan variabel dependen dikatakan bermakna apabila nilai p yang diperoleh ≤ 0,05. Hasil analisa bivariat pada penelitian ini adalah :

**a.Hubungan pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke**

**Tabel 5.7**

**Hubungan Pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pengetahuan** | **Kemampuan merawat** | **Total** | **OR** | **p-value** |
| **Tidak mampu** | **Mampu** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Rendah | 4 | 21.1 | 15 | 78,9 | 19 | 100 | 1. 391
 | 0.025 |
| Tinggi | 15 | 40.5 | 22 | 59.5 | 37 | 100 |
| Jumlah | 19 | 33,9 | 37 | 66.1 | 56 | 100 |

Dari tabel 5.7. diatas dapat dilihat Dari 37 responden yang memiliki pengetahuan Tinggi didapatkan sebanyak 59.5% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 19 responden yang memiliki pengetahuan rendah terdapat sebanyak 78,9 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,025 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0,391, artinya Pengetahuan yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 0.391 kali dari pada pengetahuan yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

b. **Hubungan Pendidikan dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

**Tabel 5.8**

**Hubungan Pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pendidikan** | **Kemampuan merawat** | **Total** | **OR** | **p-value** |
| **Tidak mampu** | **Mampu** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Rendah | 9 | 37.5 | 15 | 62.5 | 24 | 100 | 1.320 | 0.048 |
| Tinggi | 10 | 31,3 | 22 | 68.8 | 32 | 100 |
| Jumlah | 19 | 33,9 | 37 | 66.1 | 56 | 100 |

Dari tabel 5.8. diatas dapat dilihat Dari 32 responden yang memiliki Tingkat pendidikan Tinggi didapatkan sebanyak 68,8% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 24 responden yang memiliki pendidikan rendah terdapat sebanyak 62,5 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,048 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1,320, artinya Pendidikan yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 1.320 kali dari pada pendidikan yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

c. **Hubungan Status ekonomi dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

**Tabel 5.9**

**Hubungan Status ekonomi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status ekonomi** | **Kemampuan merawat** | **Total** | **OR** | **p-value** |
| **Tidak mampu** | **Mampu** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Rendah | 9 | 39.1 | 14 | 60.9 | 23 | 100 | 1.479 | 0.037 |
| Tinggi | 10 | 30.3 | 23 | 69.7 | 33 | 100 |
| Jumlah | 19 | 33,9 | 37 | 66.1 | 56 | 100 |

Dari tabel 5.9. diatas dapat dilihat Dari 33 responden yang memiliki status ekonomi Tinggi didapatkan sebanyak 69.7% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 23 responden yang memiliki status ekonomi rendah terdapat sebanyak 60.9 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,037 maka dapat disimpulkan ada Hubungan status ekonomi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 1,479, artinya status ekonomi yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 1.479 kali dari pada status ekonomi yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

d. **Hubungan Motivasi dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

**Tabel 5.10**

**Hubungan motivasi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Motivasi**  | **Kemampuan merawat** | **Total** | **OR** | **p-value** |
| **Tidak mampu** | **Mampu** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Rendah | 15 | 41,7 | 21 | 58.3 | 36 | 100 | 2,857 | 0.018 |
| Tinggi | 4 | 20.0 | 16 | 80.0 | 20 | 100 |
| Jumlah | 19 | 33,9 | 37 | 66.1 | 56 | 100 |

Dari tabel 5.10. diatas dapat dilihat Dari 20 responden yang memiliki motivasi Tinggi didapatkan sebanyak 80.0% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 36 responden yang memiliki motivasi rendah terdapat sebanyak 58.3 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,018 maka dapat disimpulkan ada Hubungan motivasi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 2,857, artinya Motivasi yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 2,857 kali dari pada motivasi yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

e. **Hubungan pengalaman Individu dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

**Tabel 5.11**

**Hubungan Pengalaman individu dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pengalaman individu** | **Kemampuan merawat** | **Total** | **OR** | **p-value** |
| **Tidak mampu** | **Mampu** |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Tidak ada | 8 | 27.6 | 21 | 72,4 | 29 | 100 | 0.554 | 0.045 |
| Ada  | 11 | 40.7 | 16 | 59,3 | 27 | 100 |
| Jumlah | 19 | 33,9 | 37 | 66.1 | 56 | 100 |

Dari tabel 5.11. diatas dapat dilihat Dari 27 responden yang ada memiliki pengalaman didapatkan sebanyak 59.3% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 19 responden yang tidak memiliki pengalaman individu terdapat sebanyak 72.4 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,045 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengalaman individu dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0,554, artinya Pengalaman individu yang ada akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 0.554 kali dari pada pengalaman individu yang tidak ada di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

* + - 1. **Pembahasan**
1. **Analisa Univariat**

**a.Pengetahuan responden**

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden sebahagian besar memiliki pengetahuan Tinggi sebanyak 37 orang responden (66.1%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

Menurut (Notoatmodjo, 2005 ) Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata).

Sedangkan (Dewi & Wawan, 2010) Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu)

 Asumsi peneliti tingginya pengetahuan keluarga karena dari beberapa anggota keluarga yang dirawat dengan stroke sudah melihat dan sudah memiliki pengalaman dari perawatan stroke sebelumnnya yang telah mereka pernah lihat. Pengetahuan pada keluarga juga merupakan pengetahuan yang dapat dilakukan dengan melihat pengalaman keluarga dalam memelihara anggota keluarga yang sakit dengan stroke, dimana dari berepa anggota keluarga dimungkinkan sudah memahami apa yang dilakukan oleh perawat yang melakukan tugas di ruangan sehingga mereka para anggota keluarga memahami apa yang dilakukan oleh perawat tersebut. Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan seingga walaupun mereka masuk bergantian akan tetapi beberapa keluarga ada yang sudah memahami tentang perawatan yang dilakukannya terhadap anggota keluaraganya yang sakit atau sedang dirawat di rumah sakit. Apabila ada anggota keluarga yang mengalami sakit atau sedang dirawat maka bebrapa anggota keluarga yang lain pasti mengeahuinya dan mereka para anggota keluarga akan memiliki tujuan, menciptakan dan mempertahankan budaya mereka untuk meningkatkan pengetahuan mereka dalam merawat anggota keluarganya. Oleh sebab itu dari data yang ditemukan banyak responden yang sudah mamahami cara meraweata anggota keluarga mereka yang dirawat di rumah sakit dengan kasus stroke.

 **b.Pendidikan Responden**

Berdasarkan tabel 5.2 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki pendidikan Tinggi sebanyak 32 orang responden (67.1%) di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

Batasan pengertian pendidikan yang dikemukakan oleh para ahli tergantung dari sudut pandang yang dipergunakan dalam memberi arti pendidikan. Sudut pandang ini dapat bersumber dari aliran falsafah, pandangan hidup ataupun ilmu-ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan tingkah laku manusia. Dalam UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Asumsi peneliti bahwa pendidikan bukanlah suatu ukuran untuk merawata pasien atau nanggota keluarga mereka melainkan pendidikan merupakan suatu motivasi atau pengalaman formal yang dimiliki seseorang dalam meningkatkan pengetahuan . oleh sebab itu pendidikan responden sebahagain besar memiliki pendidikan yang tinggi yaitu SMA dan Perguruan tinggi, Dimana lebih dari separoh responden memiliki pendidikan dalam kategori tinggi. Pendidikan yang tinggi dapat saja di aktegorikan akan tetapi pendidikan yang tinggi merupakan suatu formalita agar suatu kegiatan dapat dicapai guna meningkatkan pengetahuan. Akan tetapi dari data yang ditemui masih ada beberapa responden yang memiliki pendidikan yang rendah, dimana diantara responden belum lagi memiliki pendidikan yang tinggi oleh sebab itu pencapaian pendidikan saat sekarang ini berdasarkan UU Pendidikan sisdiknas no 30 tahun 2009 bahwa pendidikan seseorang diwajibkan sampai pendidikan 9-12 tahun atau sampai minimalnya pendidikan tingkat SLTA. Hampir Semua pendidikan responden yang tinggi, akan tetapi masih ada juga responden yng memiliki pendidikan rendah sehingga dari beberapa pengetahuan yang duterima dari anggota keluarga yang dirawat masih merasakan kurangnya pengetahuan tentanag apa yang didapat dari perawatan sehingga perawatan terhadap anggota keluarga dengan stroke yang dilakukan di ruang neurologi oleh keluarga akan memiliki kemampuan yang sedikit berkurang dari pendidikan yang tinggi.

* 1. **Status Ekonomi**

Berdasarkan tabel 5.3 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki status ekonomi yang Tinggi sebanyak 33 orang responden (58.9%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

Menurut (Soetjiningsih, 2004) bahwa status ekonomi hampir sama dengan dengan disebut dengan Status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun skunder.

 Asumsi peneliti bahwa masih banyak keluarga pasie stroke yang memiliki status ekonomi yang tinggi sehingga dari beberapa pasien sudah mampu dirawat di rumah sakit karena dari beberapa pasien masih memiliki ansuransi yang ada di rumah sakit . dengan demikian bahwa pasien yang dirawat masih banyak yang memiliki status ekonomi yang tinggi. Kita menyadari bahwa ekonomi tidak lah dapat dicapai sesuai keinginan karena tingkat ekonomi seseorang sangat berbeda beda . ekonomi seseorang merupakan tarah hidup yang akan dicapai dalam meningkatkan pendapatan dalam memenuhi kebutuhan hidup. Jika ekonomi seseorang tinmggi maka ekonomi orang tersebut akan mulai memahami akan pengabatan yang dia lakukan dibandingkan dengan ekonomi yang rendah. Dalam penelitian ini bahwasanya dalam merawat pasien stroke faktor ekonomi bukanlah suatu ukuran melainkan ekonomi merupakan dorongan atau kemampuan seseorang atau kemampuan keluarga untuk merawat anggiota keluargannya yang skait ke rumah sakit. Saat sekarang ini ekonomi yang rendah dan ekonomi yang tinggi sama sama mendapatkan suatu ansuransi kesehatan dari pemerintah, jadi ukuran ekonomi diartikan sebagai kemauan seseorang dalam memenuhi kebutuhan sehat bila mmembutuhkan pertolongan dalam keadaan sakit. Untuk itu ekonomi seseorang memiliki tingkat yang berbeda dalam merawat anggota keluarganya yang sakit. Jika ekonmomi ya baik maka anggota keluarganya akan mudah memilih rumah sakit yang dia inginkan apalagi dalam perawatan stroke yang dia meiliki di rumah sakit karena dia dapat memilih kelas yang mana yang akan dia inginkan.

**d.Motivasi responden**

Berdasarkan tabel 5.4 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki motivasi yang Rendah sebanyak 26 orang responden (64.3%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

Menurut (Winardi, 2007). Bahwa motivasi berasal dari bahasa Latin, yakni “movere” yang berarti “menggerakkan” Menurut Sadirman (2007), motivasi adalah perubahan energi diri seseorang yang ditandai dengan munculnya “feeling” dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan.

Menurut Swanburg (2000) mendefenisikan motivasi sebagai konsep yang menggambarkan baik kondisi ekstrinsik yang merangsang perilaku tertentu dan respon intrinsik yang menampakkan perilaku manusia.

Dan pendapat ini didukung oleh Moekijat (2000) dalam bukunya “Dasar-dasar Motivasi” bahwa motivasi yaitu dorongan / menggerakkan, sebagai suatu perangsang dari dalam, suatu gerak hati yang menyebabkan seseorang melakukan sesuatu

Asumsi peneliti bahwa banyaknya motivasi rendah karena dari beberapa responden sangat malas melihat dan melakukan nuntuk merawat pasien stroke di rumah sakit karena beberapa responden itu bukanlah pekerjaan mereka melainkan pekerjaan petugas kesehatan dfan mereka masih malu untuk melakukan kan perawatan stroke tersebut. Jika dibandingkan motivasi dengan ekonomi, masih banyak motivasi yang rendah sedangkan ekonomi responden banyak yang tinggi . Melihat masalah ini maka tingkat motivasi tergantung dari keinginan keluarga dalam memelihara anggota kelauragnya dan atau atau motivasi merawat anggota keluarganya yang sakit masih kurang, karena lebih dari separoh responden atau keluarga memiliki motivasi yang rendah dalam merawat anggota keluarga yang sakit di rumah sakit dengan kasus stroke. Motivasi merupakan keinginan seseorang keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit agar terjadinya pemenuhan kebutuhan orang sakit. Akan tetapi jika motivasi keluarga rendah maka akan terjadi penurunan keluarga dalam kemampuan merawat anggiota kelaurga yang sakit dengan kasus stroke. Dengan demikian maka anggota keluarga yang sakit akan memiliki keinginan yang kurang dari beberapa angota keluarga yang merawat.

1. **Pengalaman Individu**

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh tidak memiliki pengalaman dalam merawat pasien sebanyak 29 orang responden (51.8%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Menurut Leavit (dalam Stuart dan Sundeen, 1983) Pengalaman keluarga dalam merawat keluarga yang sakit sebelum dibawa ke rumah sakit akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien di rumah sakit. terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga menghadapi pasien yang di rawat inap, yaitu, Pesimisme keluarga tentang masa depan akan keadaan pasien bahwa ia tidak akan kembali seperti semula, Kurangnya pengalaman mengenai Rumah Sakit sebagai sumber pengobatan dan perawatan.

Rumah sakit merupakan partner dalam menyembuhkan penderita penyakit, sehingga keluarga dapat bertanya semua hal yang menyangkut penyakit keluarga yang dirawat termasuk penanganan di rumah setelah menjalani perawatan.Maka bila keluarga merasa bingung bagaimana menangani masalah pasien jika nantinya berulang kembali, keluarga dapat bertanya pada pihak rumah sakit. Tetapi umumny keluarga tidak tahu bahwa rumah sakit bisa menjadi sumber informasi bagaimana mengangani pasien bila sewaktu-waktu berulang kembali.

Asumsi peneliti pengalaman sangatlah perlu dimana penglaman akan meningkatkan wawasan kita dalam membantu keluarga dalam perawatan stroke baik dirumah ataupun di rumah sakit . Karena dengan pengalaman mereka akan dapat dan mampu dalam melakukann tindakan perawatan stroke sehingga apabila akan terjadi stroke berulang maka dari anggota keluarga akan mampu melakukan perawatan stroke di rumah ataupun di rumah sakit kembali. Memang tidak mudah mendapatkan pengalaman dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Karena beberapa pengalaman setidaknya harus memiliki pengetahuan yang baik dan motivasi yang tinggi. Dari data sebelumnya bahwa pengetahuan responden kebanyakan tinggi dan pendidikan responden kebanyakan tinggi sedangkan motivasi rendah. Ini artinya tidak semua pendidikan yang tinggi akan memiliki pengalaman yang tinggi pula bahkan tidak semua pengetahuan yang tinggi akan meiliki motivasi yang tinggi. Untuk itu dari data yang ditemukan masih banyak keluarga yang memiliki kemampuan pengalaman untuk melakukan perawatan yang rendah. Pengalaman yang rendah sebenarnya tidak bisa didapat dengan begitu saja untuk penacapaian yang tinggi karena pengalaman didapat untuk menjadinkan pengaalaman dalam mwerawat pasien stroke yang tinggi dibutuhkan pengkajian berulang ulang dan membutuhkan motivasi yang tinggi. Melihat masih banyaknya pengalaman responden yang rendah adakalanya disebabkan karena beberapa responden masih belum mampu mendapatkan pendidikan cara merawat anggota keluarga yang sakit akrena beberapa anggota keluarga masih saja dilakukan oleh perawat di rumah sakit.

1. **Kemampuan keluarga dalam merawat stroke**

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dapat diketahui bahwa dari 56 orang responden lebih dari separoh memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke sebanyak 37 orang responden (66.1%) di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Menurut Friedman (tahun 2002) bahwa kemampuan keluarga merupakan kesungguhan yang akan dilakukannya pada angota keluarganya baik yang sakit ataupun yang sehat sehingga anggota keluarga akan terasa di bantu dan di pedulikan. Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan. Keluarga dalam hal ini tidak dipandang dari jumlah anggotanya, tetapi kesatuannya yang unik dalam menghadapi masalah, keunikannya terlihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita- cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh lingkungan, zaman dan geografis; keluarga di desa sangat berbeda dengan di kota dalam hal besarnya keluarga, struktur, nilai dan juga gaya hidupnya. Pendekatan keperawatan keluarga dapat melalui berbagai teori, yang paling berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan adalah pendekatan secara teori struktural fungsional.

Asusmsi peneliti bahwa Keluarga dalam hal ini tidak dipandang dari jumlah anggotanya, tetapi kesatuannya yang unik dalam menghadapi masalah, kesehatan danb banyak anggota keluarga yang mampu melakukan perawatan pasien stroke karena keunikannya tersebut dimana keunikan itu terlihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita- cita, dan juga cara merawat yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Keluarga merawat stroke masih dapat dilakukan karena dari beberapa keluarga masih ingin apa dan bagaimana cara membantu anggota keluarganya yang sakit akan tetapi beberapa keluarga akan memilih bagaimana bisa mendapatkan perawatan yang baik bagi angota kelaurga mereka yang sakit disamping perawatan yang diberikan oleh perawat untuk itu maka keluarga akan meiliki kemampuan dalam merawat anggota keluarga mereka agar kesembuhan anggiota keluarga yang sakit dengan stroke dapat dicapai. Keluarga merupakan saudara sedarah yang dapat memberikan pertolongan dan kemampuan dalam merawat anggota keluarganya. Pertolongan yang diberikan bukan saja berdasarkan kebutuhan keluarga yang sakit melainkan keinginan keluarga dalam meberikan bantuan bagi anggota keluarga mereka sendiri. Sebenarnya perawatan stroke dapat diberikan oleh perawat di rumah sakit akan tetepai perawatan stroke dirumah sakit juga dapat diberikan oleh anggota keluarga jika anggota keluarga memiliki kemampuan dalam merawata pasien stroke sebagai bagian dari keluarga mereka.

**C. Analisa Bivariat**

**a.Hubungan pengetahuan dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

Dari tabel 5.7. diatas dapat dilihat Dari 37 responden yang memiliki pengetahuan Tinggi didapatkan sebanyak 59.5% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 19 responden yang memiliki pengetahuan rendah terdapat sebanyak 78,9 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Pengobatan stroke akut menentukan kualitas hidup pasien dan bahkan mencegah kematian. Sehingga motto tatalaksana pasien stroke adalah “time is brain”. Oleh karena itu perawatan harus dilakukan di unit stroke. Selain sudah diakui kelebihannya oleh organisasi stroke internasional, perawatan di unit stroke dilakukan oleh multidisiplin yang terdiri dari dokter ahli saraf, perawat khusus stroke, fisioterapi

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu (Dewi & Wawan, 2010, p.12)

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,025 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0,391, artinya Pengetahuan yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 0.391 kali dari pada pengetahuan yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

Asumsi peneliti bahwa adanya hubungan pengetahuan dengan kemampuan perawatan stroke karena pengetahuan merupakan hasil dari ‘tahu’,dalam hal ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu misalkan responden sudah memahami cara perawatan stroke di rumah sakit

**b. Hubungan Pendidikan dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

Dari tabel 5.8. diatas dapat dilihat Dari 32 responden yang memiliki Tingkat pendidikan Tinggi didapatkan sebanyak 68,8% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 24 responden yang memiliki pendidikan rendah terdapat sebanyak 62,5 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Menurut Sisdiknas tahun 2003 bahwa Pendidikan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2008) yaitu proses perubahan sikap dan tata laku sesorang atau sekelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Di dalam Undang-Undang Republik Indonesia pasal 1 Nomor 20 Tahun 2003 tentang Pendidikan Nasional, pengertian pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Sisdiknas, 2003).

Pendidikan sering diartikan sebagai usaha manusia untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai di dalam masyarakat dan kebudayaan. Selanjutnya, pendidikan diartikan sebagai usaha yang dijalankan oleh sesorang atau kelompok orang lain agar menjadi dewasa atau mencapai tingkat hidup atau penghidupan yang lebih tinggi dalam arti mental (Hasbullah, 2008). Menurut Basrowi (2010) pendidikan mempunyai tugas menyiapkan sumber daya manusia unuk pembangunan. Derap langkah pembangunan selalu diupayakan seirama dengan tuntutan zaman.

Sementara menurut Muliani (2009) perkembangan zaman selalu memunculkan persoalan-persoalan baru yang tidak pernah terpikirkan sebelumnya. Tingginya rata-rata tingkat pendidikan masyarakat sangat penting bagi kesiapan bangsa menghadapi tantangan global di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan sesorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Tingkat pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru (Suhardjo, 2007).

Kemampuan keluarga merupakan kesungguhan yang akan dilakukannya pada angota keluarganya baik yang sakit ataupun yang sehat sehingga anggota keluarga akan terasa di bantu dan di pedulikan. Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,048 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Asumsi peneliti bahwa Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan sesorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. Pendidikan formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru. Adanya hubungan antara pendidikan dengan kemampuan perawatan stroke hal ini didukung oleh adanya nilai *Odds ratio* = 1,320, artinya Pendidikan yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 1.320 kali dari pada pendidikan yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

c. **Hubungan Status ekonomi dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

Dari tabel 5.9. diatas dapat dilihat Dari 33 responden yang memiliki status ekonomi Tinggi didapatkan sebanyak 69.7% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 23 responden yang memiliki status ekonomi rendah terdapat sebanyak 60.9 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Menurut Kartono (tahun 2006) bahwa Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok. Akan tetapi kemampuan perawatan stroke adalah dimana keluarga dapat menolong dan melakukan apa saja tindakan yang dapat meringankan beban keluiarga mereka dari penyakit stroke

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,037 maka dapat disimpulkan ada Hubungan status ekonomi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Asusmsi peneliti bahwa ada kaitan status ekonomi dengan kemampuan tersebut karena didukung oleh nilai *Odds ratio* = 1,479, artinya status ekonomi yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 1.479 kali dari pada status ekonomi yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

d. **Hubungan Motivasi dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

Dari tabel 5.10. diatas dapat dilihat Dari 20 responden yang memiliki motivasi Tinggi didapatkan sebanyak 80.0% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 36 responden yang memiliki motivasi rendah terdapat sebanyak 58.3 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Secara umum tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil dan mencapai tujuan (Taufik, 2007). Setiap tindakan motivasi seseorang mempunyai tujuan yang akan dicapai. Makin jelas tujuan yang diharapkan atau akan dicapai, maka semakin jelas pula bagaimana tindakan memotivasi itu dilakukan. Tindakan memotivasi akan lebih dapat berhasil apabila tujuannya jelas dan didasari oleh yang dimotivasi. Oleh karena itu, setiap orang yang akan memberikan motivasi pada seseorang harus mengenal dan memahami benar-benar latar belakang kehidupan, kebutuhan, serta kepribadian orang yang akan dimotivasi (Taufik, 2007)

Sedangkan kemampuan merawat pasien stroke adalah kemampuan keluarga yang merupakan kesungguhan yang akan dilakukannya pada angota keluarganya baik yang sakit ataupun yang sehat sehingga anggota keluarga akan terasa di bantu dan di pedulikan. Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,018 maka dapat disimpulkan ada Hubungan motivasi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Asusmsi peneliti adanya hubungan karena adanya motivasi untuk melakukan perawatan pasien stroke diman didapat dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 2,857, artinya Motivasi yang tinggi akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 2,857 kali dari pada motivasi yang rendah di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

e. **Hubungan pengalaman Individu dengan Kemampuan Perawatan pasien Stroke**

Dari tabel 5.11. diatas dapat dilihat Dari 27 responden yang ada memiliki pengalaman didapatkan sebanyak 59.3% yang mampu melakukan perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, Sedangkan dari 19 responden yang tidak memiliki pengalaman individu terdapat sebanyak 72.4 % yang memiliki kemampuan dalam merawat pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Adanya pengalaman individu dalam merawat karena anggota keluarga mampu memberikan kegiatan dalam membantu anggota keluarga yang sakit dimana Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya, 1989). Setiadi (2010) menambahkan keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik. Berdasarkan pengertian di atas, peneliti menyimpulkan, keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri dari 2 orang atau lebih dengan adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah dan hidup dalam satu rumah tangga serta di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga yang mana berinteraksi di antara sesama anggota keluarga dan setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan

Menurut Menurut Leavit (dalam Stuart dan Sundeen, 1983 ) Dalam melakukan kemampuan tersebut diperlukan pengalaman Pengalaman keluarga dalam merawat keluarga yang sakit sebelum dibawa ke rumah sakit akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien di rumah sakit. terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga menghadapi pasien yang di rawat inap, yaitu :mesimisme keluarga tentang masa depan akan keadaan pasien bahwa ia tidak akan kembali seperti semula, Kurangnya pengalaman mengenai Rumah Sakit sebagai sumber pengobatan dan perawatan.

Rumah sakit merupakan partner dalam menyembuhkan penderita penyakit, sehingga keluarga dapat bertanya semua hal yang menyangkut penyakit keluarga yang dirawat termasuk penanganan di rumah setelah menjalani perawatan.Maka bila keluarga merasa bingung bagaimana menangani masalah pasien jika nantinya berulang kembali, keluarga dapat bertanya pada pihak rumah sakit. Tetapi umumny keluarga tidak tahu bahwa rumah sakit bisa menjadi sumber informasi bagaimana mengangani pasien bila sewaktu-waktu berulang kembali.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p 0,045 maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengalaman individu dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.

Asusmsi peneliti bahwa adanya kemampuan pengalaman dengan perawatan stroke juga didukung oleh nilai OR dimana dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 0,554, artinya Pengalaman individu yang ada akan memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke sebanyak 0.554 kali dari pada pengalaman individu yang tidak ada di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

1. **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 56 orang responden tentang Faktor faktor yang mempengaruhi keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa :

1. **6.1.1.** Lebih dari separoh responden (66.1%) memiliki pengetahuan Tinggi dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016.
2. **6.**1.2. Lebih dari separoh responden (57,1%) memiliki pendidikan Tinggi dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016
3. 6.1.3. Lebih dari separoh responden (66.9%) memiliki status ekonomi tinggi dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016
4. 6.1.4. Lebih dari separoh responden (64.3%) memiliki motivasi rendah dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016
5. 6.1.5. Lebih dari separoh responden (51.8%) memiliki pengalaman individu tidak dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016
6. 6.1.6. Lebih dari separoh responden (66.1%) memiliki kemampuan dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016
7. 6.1.7. Terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016 dengan p-value (0.025< 0,05)
8. 6.1.8. Terdapat hubungan antara pendidikan dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016 dengan p-value (0.046< 0,05)
9. 6.1.9. Terdapat hubungan antara Status ekonomi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016 dengan p-value (0.037< 0,05)
10. 6.1.10. Terdapat hubungan antara motivasi dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016 dengan p-value (0.016< 0,05)
11. 6.1.11. Terdapat hubungan antara pengalaman individu dengan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat Inap Neurologi RSSN Tahun 2016 dengan p-value (0.046< 0,05)
12. **Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dikemukakan diatas, maka ada beberapa saran yang hendak peneliti sampaikan, diantaranya :

* + - 1. **Institusi Pendidikan**
1. Diharapkan kepada Institusi Pendidikan bahwa penelitian ini dapat dijadikan pedoman bagi pembaca lainnya tentang keperawatan pasien dengan Stroke dan lebih mengembangkan materi-materi yang terkait dengan proses status ketergantungan pasien saat masuk dan saat keluar pasien di ruang Neurologi sehingga dapat dijadikan bekal bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya
2. Institusi hendaknya menjalin kerjasama antar lintas program dengan rumah sakit stroke yang terkait dimana nantinya dapat meningkatkan tentang status fungsional pasien di ruang rawat inap neurologi
	* + 1. **Bagi Lahan**
3. Diperlukan adanya proses yang berkesinambungan yang terkait dengan hal pemahaman dalam memahami ketergantungan pasien dalam melakukan kegiatannnya saat masuk sehingga saat keluar nantinya akan mampu melakukan kegiataannya sesuai dengan ketergantungan mandirinya sehingga pasien dapat memahami proses tersebut dengan baik
4. Instansi terkait bisa melakukan pembuatan pembuatan latihan latihan di rumah sakit agar pasien stroke tidak mengalami ketergantungan lagi.
	* + 1. **Peneliti Selanjutnya**
5. Kepada calon peneliti selanjutnya diharapakan jika melakukan penelitian yang sejalan dengan penelitian ini, mungkin dapat menjadikan penelitian ini sebagai bahan acuan
6. Peneliti selanjutnya diharapkan lebih memperdalam dan memperkuat kajiannya tentang aspek yang akan diteliti, sehingga nantinya akan sejalan dengan penelitian ini
7. Peneliti menyarankan judul penelitian selanjutnya, yaitu “ tentang analitik perawatan pasien stroke di rumah sakit Stroke .
8. **DAFTAR PUSTAKA**
9. Ahmad, D.M. 2003. *Pengantar Filsafat Pendidikan Islam.* Bandung : al-Ma’arif
10. Arikunto, Suharsim, (2009*). Manajemen Penelitian*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
11. Badan Pusat Statistik. 2011. *Prevalensi Penyakit Stroke di Sumbar tahun 2011.* Diakses dari <https://publikasiilmiah.ac.id/bitstream>, pada tanggal 20 september 2015
12. Black, J.M., & Hawks, J.H,.(2010). *Medical Surgical Nursing. Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th Edition. St. Louis, Missouri : Saunders Elseiver.
13. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. 2008. *Kamus Besar Bahasa Indonesia.* Jakarta : Balai Pustaka
14. Effendy. 2013. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat.* Diakses dari <http://www.lib.uin-malang.ac.id/files/thesis/fullchapter/05130029.pdf>, pada tanggal 5 september 2015
15. Frederick J. Mc. Donald. *Educational Psychology.* Diakses dari [http://www.scribd.com/doc/88782368/18324669-,](http://www.scribd.com/doc/88782368/18324669-%2C) pada tanggal 17 Oktoberr 2015
16. Iskandar,. Junaidi. (2004). *Panduan Praktis Pencegahan & Pengobatan Stroke*. PT Bhuana Ilmu Populer Kelompok Gramedia. Jakarta.
17. Kementrian Kesehatan RI. (2007). *Laporan Riset Kesehatan Dasar ( RIKESDA )*. Jakarta.
18. Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Laporan Riset Kesehatan Dasar ( RIKESDA )*. Jakarta.
19. Khedr, Eman M; Hamed, Sherifa A; El-Shereef, Hala K; Shawky, Ola A; Mohamed, Khalid A 2009) . *Neuropsychiatric Disease and Treatment* , Volume 5 – Jan 1,.
20. Misbach, J et al.(2007). *Unit Stroke Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
21. Mulyatsih, E & Ahmad, A.(2010). *Stroke Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
22. Notoatmodjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: PT. Rineka Cipta
23. Notoatmodjo. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi.* Jakarta:PT. Rineka Cipta
24. Notoatmojo, Soekidjo, (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. PT Rineka Cipta
25. Perry & Potter.(2009). *Fundamental of Nursing. Buku 1 Edisi 7*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.
26. Sarafino. 2006. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Stroke Berulang pasien stroke di IRNA F neurologi BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*.[Http://www.e-journalkeperawatan](http://www.e-journalkeperawatan)(e-kep) , pada tanggal 3 september 2015
27. Sugiyono (2009). Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & R&D. Bandung Alfabeta
28. Suhardjo, 2007). *Defenisi Tingkat Pendidikan.* Diakses dari [https://dinikomalasari.wordpress.com/](https://dinikomalasari.wordpress.com/2014/04/07/defenisi-tingkat-pendidikan), pada tanggal 04 juli 2015
29. Taufik. 2007. Konsep motivasi . Diakses dari <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/23727/4/Chapter%20II.pdf> , pada tanggal 16 januari 2016
30. UU RI No. 20 tahun 2003. *Sistem Pendidikan Nasional dan Penjelasannya.* Diakses dari <http://download.portalgaruda.org/article>, pada tanggal 13 oktober 2015
31. WHO,2010. Recommendation on stroke prevention diagnostic and therapy stroke. Diakses dari <http://digilib.ac.id/873/9/BAB%20II.pdf>, pada tanggal 01 september 2015
32. Yayasan Stroke Indonesia. 2004. diakses dari <http://yastroki.blogspot.com>, pada tanggal 13 Oktober 2015