

SKRIPSI

**HUBUNGAN TUGAS KELUARGA DENGAN PROSES ADAPTASI
PASIEN STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS
FISIK MENURUT TEORI *CALLISTA ROY***

(Studi Di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan)



**IKA APRILIASANTY
163220047**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

**HUBUNGAN TUGAS KELUARGA DENGAN PROSES ADAPTASI
PASIEN STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS
FISIK MENURUT TEORI *CALLISTA ROY***

(Studi di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Oleh:
IKA APRILIASANTY
163220047

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ika Apriliasanty
NIM : 163220047
Tempat / tanggal lahir : Magetan, 23 April 1983
Institusi : Prodi S1 Keperawatan STIKES ICME Jombang

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “ Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy Di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan “ adalah bukan skripsi orang lain baik sebagian maupun keseluruhan , kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya dalam daftar pustaka.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia dikenakan sanksi.

Jombang, April 2018

Yang menyatakan,


Ika Apriliasanty
NIM. 163220047

PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : HUBUNGAN TUGAS KELUARGA DENGAN PROSES
ADAPTASI PASIEN STROKE YANG MENGALAMI
GANGGUAN MOBILITAS FISIK MENURUT TEORI
CALLISTA ROY DI IRNA IV RSUD dr. SAYIDIMAN
MAGETAN

Nama Mahasiswa : Ika Apriliasanty

NIM : 163220047

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

PADA TANGGAL APRIL 2018

Pembimbing Utama



Endang Y., S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIK. 04.08.119

Pembimbing Anggota



Agustina M., S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIK. 01.13.700

Mengetahui,

Ketua STIKes



H. Imam Fathoni, SKM., MM
NIK. 03.04.002

Ketua Program Studi S1



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIK. 04.05.053

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Ika Apriliasanty

NIM : 163220047

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

J u d u l : Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke
Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista*
Roy di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima
sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada
Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Dr. Ir. Luluk Sulistyono, M.Si.

Penguji I : Endang Y, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Agustina M, S.Kep., Ns., M.Kes

()
()
()

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal : **2018**

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Magetan pada tanggal 23 April 1983 dari pasangan ibu Supartun dan bapak Kasmin. Penulis merupakan putri pertama dari tiga bersaudara.

Pada tahun 1995 penulis lulus dari SDN Giripurno, tahun 1998 penulis lulus dari SLTP N 1 Kawedanan, dan tahun 2001 penulis lulus dari SMU N 1 Magetan. Pada tahun 2004 penulis lulus dari Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Ponorogo dan pada tahun 2016 penulis mengikuti Program Studi S1 Keperawatan di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Magetan, April 2018

Ika Apriliasanty
163220047

MOTTO

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, karena itu apabila telah selesai tugas, kerjakanlah tugas yang lain dengan sungguh-sungguh, dan hanya kepada Tuhanmulah kamu berharap”. (Q.S. assy-syarah: 6-8)

“Cukuplah Allah Yang Maha Pemberi Pertolongan”

“ Hidup adalah pelajaran tentang kerendahan hati dan menghargai perasaan orang lain ”

“ Jadilah diri sendiri , jangan menjadi orang lain, walaupun dia terlihat lebih baik dari kita ”

LEMBAR PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayahnya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Skripsi ini penulis persembahkan untuk:

1. Allah SWT, Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, yang senantiasa member rahmat dan hidayah, sehingga dengan ridho-Nya penulis diberi kesempatan memaparkan kata demi kata untuk ikut memberikan sebuah kontribusi dalam bidang keilmuan.
2. Kedua orang tuaku yang selalu memberikan limpahan kasih sayang serta doa yang tiada henti demi kesuksesan saya
3. Babe, gadisku Anindya Alfathunnisa dan lelaki kecilku Muh.Arjuna Azzami Syauqi yang selalu menjadi semangat saya,
4. Bapak dan Ibu Dosen pembimbing, penguji dan pengajar, yang selama ini tulus ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Jasa kalian tiada tara.
5. Sahabat dan teman tersayang angkatan 2016, tanpa semangat , dukungan dan bantuan kalian semua tak mungkin saya sampai disini, terima kasih untuk canda tawa, tangis dan perjuangan yang kita lewati bersama.
6. Semua responden yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu terselesainya karya tulis ini.
7. Semua saudara, sahabat dan rekan kerja yang telah banyak membantu dan memberikan dukungannya kepada saya.

8. Semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu

Semoga Allah SWT senantiasa membalas budi baik kalian semua, Aamiin.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan. Skripsi ini disusun guna melengkapi persyaratan untuk mendapatkan gelar SI Keperawatan di STIKES Insan Cendekia Medika Jombang.

Terselesainya proposal penelitian ini tak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan yang berbahagia ini penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak H. Imam Fatoni, SKM.,MM., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.
2. Ibu Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan.
3. Bapak Dr. Ir. Luluk Sulistyono, M.Si selaku dewan penguji yang telah memberikan dukungan moril sehingga proposal ini dapat terselesaikan.
4. Ibu Endang Yuswatiningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku dosen pembimbing I dan Ibu Agustina Maunaturrahmah,S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku dosen pembimbing II, yang telah sabar dan bijaksana dalam memberikan bimbingan dan bantuan pikiran serta pengarahan dalam pembuatan tugas akhir ini.

5. Bapak dan ibu dosen pengajar di Program Studi S1 Keperawatan STIKES ICME Jombang, yang telah memberikan motivasi dan bimbingannya sehingga proposal ini dapat tersusun dengan baik.
6. Bapak Direktur RSUD dr. Saiyidiman Magetan yang telah memberikan izin mengadakan penelitian.
7. Bapak Anas Tasia Eko W, S.Kep., Ns.,M.Kes selaku Kepala Ruang IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.
8. Seluruh rekan perawat di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.
9. Orang tua, suami dan anakku tersayang , atas segenap dukungan yang diberikan.
10. Serta semua pihak yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini terdapat kekurangannya oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran sebagai masukan dalam perbaikan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap semoga laporan skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu keperawatan khususnya.

Magetan, April 2018

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN TUGAS KELUARGA DENGAN PROSES ADAPTASI PASIEN STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK MENURUT TEORI *CALLISTA ROY* DI IRNA IV RSUD DR. SAYIDIMAN MAGETAN

Oleh
IKA APRILIASANTY

Stroke merupakan masalah yang serius di dunia karena dapat menyebabkan kecatatan fisik dalam jangka waktu yang lama dan kematian secara tiba-tiba. Keluarga memiliki tugas yang penting dalam perawatan pasien stroke untuk bisa beradaptasi dengan kondisinya, demi tercapainya keadaan fisik yang maksimal. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

Jenis penelitian merupakan penelitian kuantitatif. Desain penelitian yaitu *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan. Jumlah sampel sebanyak 30 responden. Teknik sampling menggunakan *Consecutive Sampling*. Variabel *independent* yaitu tugas keluarga dan variabel *dependent* yaitu proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner kemudian diolah secara editing, coding, scoring dan tabulating, diuji dengan *Spearman Rank* serta disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi.

Hasil penelitian didapatkan 70% memiliki tugas yang tinggi, 16,7% mempunyai tugas sedang dan 13,3% mempunyai tugas rendah. Sedangkan proses adaptasi pasien stroke 76,6% mempunyai adaptasi yang adaptif dan 23,35% mempunyai adaptasi yang maladaptive. Dari hasil uji *Corelasi Rank Spearman* didapatkan tingkat kesalahan (α) = 0,05 dengan hasil nilai $p < 0,05$, dengan koefisien korelasi = 0,875 berarti H_0 diterima.

Kesimpulan penelitian ini yaitu ada hubungan antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

Kata kunci : Tugas Keluarga, Adaptasi, Stroke

ABSTRACT

The Relationship between family duty and the process of adaptation strokepatients with impaired physical mobility according to Callista Roy theory in irna IV dr. Sayidiman hospital magetan

By
Ika Apriliasanty

Stroke is a serious problem in the world because it can cause long-term physical disability and sudden death. The family has an important task to take care of stroke patients to be able to adapt to his condition, in order to achieve maximum physical state. The aim of this study is to analyze the relationship of family tasks with the adaptation process of stroke patients who have impaired physical mobility according to the theory of callistaroy in inpatient instalation (IRNA IV)dr. Sayidiman Hospital Magetan.

The type of this research is quantitative research design research is cross sectional The population in this study are stroke patients who experienced impaired physical mobility in inpatient instalation (IRNA IV RSUD) dr. Sayidiman Hospital Magetan. The samples of this reseach is 30 respondents. The sampling technique uses consecutive sampling. The Independent variable is family duty and dependent variable that is the adaptation process of stroke patient with impaired physical mobility. Data collection using questionnaire then processed by editing, coding, scoring and tabling, tested with Spearman Rank and presented in the form of frequency distribution table.

The results obtained 70% have a high task, 16.7% have medium duty and 13.3% have low duty. While the adaptation process of 76.6% stroke patients has adaptive adaptation and 23,35 have maladaptive adaptation. And the result of spearman rank correlation test is false $\alpha = 0,05$ with result p value $0,00 < 0,05$ with correlation coefficient = 0,875 mean HI are received

The conclusion of this research that there is a relation between family duty with adaptation process of stroke patient having physical mobility disorder according to Callista Roy's theory in inpatient instalation (IRNA IV RSUD) dr. Sayidiman hospital Magetan

Keywords: family task, adaptation, stroke

DAFTAR ISI

	Hal.
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMPBAR PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
RIWAYAT HIDUP.....	vi
HALAMAN MOTTO	vii
LEMBAR PERSEMBAHAN	viii
KATA PENGANTAR	x
ABSTRAK	xii
<i>ABSTRACT</i>	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Teori <i>Callista Roy</i>	6
2.2 Konsep Mobilitas Fisik	16
2.3 Konsep Stroke	19
2.4 Konsep Keluarga.....	25
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA	33
3.1 Kerangka Konseptual.....	33
3.2 Hipotesa Penelitian	34
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	35
4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	35
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	36
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.....	36
4.4 Kerangka Kerja	39
4.5 Identifikasi Variabel.....	40
4.6 Definisi Operasional	41
4.7 Instrumen dan pengumpulan data	41
4.8 Pengolahan data	43
4.9 Analisa Data.....	47
4.10 Etika penelitian	48

4.11 Keterbatasan penelitian	49
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	50
5.1 Hasil penelitian	50
5.2 Pembahasan.....	58
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	66
6.1 Kesimpulan	66
6.2 Saran	68
Daftar Pustaka.....	69
Lampiran	

DAFTAR TABEL

4.1	Definisi operasional Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori <i>Callista Roy</i> di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.....	41
5.1	Karakteristik responden berdasarkan usia di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	51
5.2	Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	52
5.3	Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	52
5.4	Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	53
5.5	Karakteristik responden berdasarkan tinggal bersama di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	53
5.6	Karakteristik responden berdasarkan telah menderita stroke di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	54
5.7	Karakteristik responden berdasarkan status dalam keluarga di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	54
5.8	Karakteristik responden berdasarkan tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	55
5.9	Karakteristik tugas keluarga di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	56
5.10	Karakteristik responden berdasarkan proses adaptasi pasien stroke di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018.....	56
5.11	Tabulasi silang antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori <i>Callista Roy</i>	57

DAFTAR GAMBAR

- 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan 33
- 4.1 Kerangka Kerja Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan tahun 2018..... 39

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Balasan Ijin Penelitian
- Lampiran 4 : Formulir Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Formulir Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Kisi-kisi dan Lembar Kuesioner
- Lampiran 7 : Data Umum
- Lampiran 8 : Data Khusus
- Lampiran 9 : Uji Statistik SPSS
- Lampiran 10 : Lembar Konsultasi

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
BI	: <i>Barthel Indeks</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang masalah

Stroke merupakan masalah yang serius di dunia karena dapat menyebabkan kecatatan fisik dalam jangka waktu yang lama dan kematian secara tiba-tiba (Pandian, 2013). Keluarga merupakan mitra penting dalam pemberian pelayanan perawatan kesehatan yang kompleks seperti halnya selama perawatan pasien pasca stroke. Keluarga pasien mempunyai tugas besar dalam tahap pemulihan, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan ikut terlibat pada penanganan pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik (Wahyuningsih, 2012). Keluarga memiliki tugas yang penting dalam perawatan pasien stroke untuk bisa beradaptasi dengan kondisinya, demi tercapainya keadaan fisik yang maksimal (Tobroni, 2016).

Setiap tahunnya terdapat 795.000 orang di dunia terkena serangan stroke, 610.000 merupakan stroke yang terjadi untuk pertama kalinya dan 185.000 adalah stroke ulangan. Pada tahun 2010, 1 dari 19 kematian di Amerika Serikat disebabkan oleh stroke. Angka kejadian stroke di dunia akan terus meningkat, diperkirakan pada tahun 2030 akan ada tambahan 3,4 milyar orang dengan usia ≥ 18 tahun akan terkena stroke (Go ST, Mozaffarian D, Roger VL, et al. 2014). Dilaporkan setiap 45 detik penduduk di dunia terkena serangan stroke. Banyak dari para pasien stroke yang tidak dapat atau terganggu dalam pekerjaan sehari-hari dan sebanyak 20% dari pasien stroke yang selamat sangat tergantung pada orang lain. Prevalensi stroke di Indonesia terus mengalami peningkatan,

berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 di Indonesia didapatkan penderita stroke sebesar 8,3 per 1000 penduduk, angka ini meningkat menjadi 12,1 per 1000 penduduk pada tahun 2013 (Riset Kesehatan Dasar Indonesia, 2013). Penderita stroke di Indonesia yang mengalami disabilitas sebanyak 71,5% dan hanya ada 15% yang sembuh dari serangan stroke dan disabilitas (Khairunnisa, 2014). Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medis RSUD dr. Sayidiman Magetan, jumlah kunjungan pasien stroke pada tahun 2016 sejumlah 433 pasien dan tahun 2017 sejumlah 667 pasien. Di IRNA IV pada bulan Desember 2017 sejumlah 147 pasien (Rekam Medis RSUD dr Sayidiman Magetan, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap 5 responden di IRNA IV melalui metode wawancara, didapatkan 4 responden mempunyai tugas rendah.

Kecacatan fisik yang dialami oleh pasien stroke meliputi kehilangan fungsi motorik (*hemiplegia* dan *hemiparesis*), gangguan menelan (*disfagia*), gangguan bicara (*disartria*), maupun gangguan eliminasi (Tobroni, 2016). *Hemiplegia* dan *hemiparesis* merupakan kecacatan fisik yang paling sering terjadi pada 80% pasien stroke (*Irish Heart Foundation*, 2015). Pasien stroke dengan disabilitas memerlukan bantuan keluarga untuk membantu *ADL* dalam jangka waktu yang cukup lama (*Bogousslavsky*, 2005 dalam Tobroni, 2016). *Hemiplegia* merupakan kelumpuhan otot secara total sehingga anggota gerak tidak dapat digerakkan, sedangkan kelumpuhan dalam bentuk *hemiparesis* lebih ringan sehingga anggota gerak masih bisa digerakkan. Disabilitas (kecacatan fisik) tersebut mengakibatkan penderita mengalami kesulitan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari sehingga pasien memerlukan bantuan. Untuk menjalankan tugas keluarga sebagai

perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga dituntut harus mampu memahami keadaan anggota keluarga yang terkena stroke dengan masalah kebutuhan dasar. Dengan pemahaman ini keluarga akan mengetahui bagaimana cara memperlakukan anggota keluarga yang terkena stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik dengan baik, sehingga kebutuhan dasar anggota keluarga yang sakit akan terpenuhi (*Friedman, 2010*). Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun keseimbangan psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (*Hidayat, 2009*).

Manusia merupakan makhluk holistik yang memiliki sistem adaptif yang selalu beradaptasi. Teori adaptasi ini menggunakan pendekatan yang dinamis, dimana tugas keluarga di rumah bertujuan untuk membantu pasien dalam beradaptasi terhadap perubahan fisik akibat stroke. Teori *Callista Roy* menjelaskan bahwa model adaptasi konsep diri berhubungan dengan penekanan spesifik pada aspek kebutuhan psikososial dan spiritual manusia. Manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang berespon secara holistik dan unik terhadap perubahan kesehatan. Manusia sebagai sistem berinteraksi dengan lingkungan dan mengatasi lingkungan melalui mekanisme adaptasi bio-psiko-sosial. Adaptasi ini sangat diperlukan oleh pasien penderita stroke untuk beradaptasi dengan keadaanya yang mengalami kelemahan fisik pada saat pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah, lingkungan serta masyarakat (*Roy, 1991* dikutip *Tomey dan Alligood, 2008*). Keluarga sangat membantu dalam fase pemulihan dan rehabilitasi terutama pada pasien dengan gangguan mobilisasi fisik, sehingga keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan penderita sejak

awal perawatan (Mulyatsih, 2008). Seorang penderita stroke membutuhkan penanganan yang komprehensif dan terus menerus, termasuk upaya pemulihan dan rehabilitasi jangka panjang, bahkan sepanjang sisa hidup penderita. Tugas keluarga dalam perawatan di rumah dapat menurunkan resiko kematian atau kemunduran dalam kemampuan melaksanakan aktivitas. Melihat fenomena diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merumuskan masalah “Adakah Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tugas keluarga pada pasien Stroke di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

2. Mengidentifikasi proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan
3. Menganalisis hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

1.4. Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam perkembangan ilmu keperawatan khususnya dalam pendidikan keperawatan khususnya dalam Kebutuhan Dasar Manusia dengan diketahuinya tugas keluarga dalam mekanisme proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan model pendekatan sistem adaptasi *Callista Roy*.

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil penelitian ini diharapkan keluarga dapat menjalankan tugasnya dengan baik sehingga pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dapat beradaptasi dengan baik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep teori *Calista Roy*

2.1.1 Komponen Teori *Roy*

Empat elemen penting yang termasuk dalam model adaptasi *Callista Roy* adalah manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Unsur keperawatan terdiri dari dua bagian yaitu tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan.

1. Manusia

Dalam teorinya, sister *Callista Roy* menyebutkan manusia sebagai sistem adaptif. Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Sistem terdiri dari proses input, output, kontrol dan umpan balik / *feedback* (Roy, 1991). *Roy* mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem dapat menyesuaikan diri (*adaptive system*). Sebagai sistem yang dapat menyesuaikan diri, manusia digambarkan secara holistic (bio-psiko-sosial) sebagai satu kesatuan yang mempunyai input (masukan), kontrol dan *feedback* dan *output* (keluaran/hasil). Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara penyesuaian diri. Manusia sebagai suatu sistem yang dapat menyesuaikan diri dengan aktifitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam 4 cara penyesuaian yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Berikut penjelasan dari empat cara penyesuaian yang telah disebutkan:

a. Mode fungsi fisiologi

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari :

- 1) Oksigenasi : kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan prosesnya, yaitu ventilasi, pertukaran gas dan transpor gas (*Vairo*, 1984 dalam *Roy* 1991).
- 2) Nutrisi : mulai dari proses ingesti dan asimilasi makanan untuk mempertahankan fungsi, meningkatkan pertumbuhan dan mengganti jaringan yang injuri. (*Servonsky*, 1984 dalam *Roy*)
- 3) Eliminasi : yaitu ekskresi hasil dari metabolisme dari instestinal dan ginjal (*Servonsky*, 1984 dalam *Roy* 1991).
- 4) Aktivitas dan istirahat : kebutuhan keseimbangan aktivitas fisik dan istirahat yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi fisiologis dalam memperbaiki dan memulihkan semua komponen-komponen tubuh. (*Cho*, 1984 dalam *Roy*, 1991).
- 5) Proteksi/ perlindungan : sebagai dasar defens tubuh termasuk proses imunitas dan struktur integumen (kulit, rambut dan kuku) dimana hal ini penting sebagai fungsi proteksi dari infeksi, trauma dan perubahan suhu (*Sato*, 1984 dalam *Roy* 1991).
- 6) *The sense*/perasaan : penglihatan, pendengaran, perkataan, rasa dan bau memungkinkan seseorang berinteraksi dengan lingkungan. Sensasi nyeri

penting dipertimbangkan dalam pengkajian perasaan (*Driscoll, 1984, dalam Roy, 1991*).

- 7) Cairan dan elektrolit. : keseimbangan cairan dan elektrolit di dalamnya termasuk air, elektrolit, asam basa dalam seluler, ekstrasel dan fungsi sistemik. Sebaliknya inefektif fungsi sistem fisiologis dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit (*Parly, 1984, dalam Roy 1991*).
- 8) Fungsi syaraf / neurologis : hubungan-hubungan neurologis merupakan bagian integral dari regulator koping mekanisme seseorang. Mereka mempunyai fungsi untuk mengendalikan dan mengkoordinasi pergerakan tubuh, kesadaran dan proses emosi kognitif yang baik untuk mengatur aktivitas organ-organ tubuh (*Robertson, 1984 dalam Roy, 1991*).
- 9) Fungsi endokrin : aksi endokrin adalah pengeluaran horman sesuai dengan fungsi neurologis, untuk menyatukan dan mengkoordinasi fungsi tubuh. Aktivitas endokrin mempunyai peran yang signifikan dalam respon stress dan merupakan dari regulator koping mekanisme (*Howard & Valentine dalam Roy, 1991*)

b. Mode konsep diri

Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut *Roy* terdiri dari dua komponen yaitu *the physical self* dan *the personal self*, yaitu:

- 1) *The physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan

pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.

- 2) *The personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.

c. Mode fungsi peran

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya .

d. Mode Interdependensi

Mode interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/ kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya.

Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

Sebagai suatu system manusia dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Input

Pada manusia yang merupakan suatu system yang akan dapat menyesuaikan diri yaitu dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri manusia itu sendiri. Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus,

merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon dimana feedbacknya dapat berlawanan dari suatu stimulus. Hal ini menunjukkan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda dan sesuai dari besarnya stimulus yang dapat ditoleransi oleh manusia.

b. Mekanisme koping

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan sebagai adaptif sistem. Manusia sebagai sistem yang dapat menyesuaikan diri disebut mekanisme koping, yang dibedakan menjadi 2 yaitu mekanisme koping bawaan dan dipelajari. Beberapa mekanisme koping bawaan atau diwariskan atau diturunkan secara genetik dipandang sebagai proses yang terjadi secara otomatis tanpa dipikirkan sebelumnya oleh manusia (misalnya sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh. Mekanisme koping yang dapat dipelajari, dikembangkan melalui strategi seperti pembelajaran atau pengalaman yang ditemui selama menjalani kehidupan berkontribusi terhadap respon yang biasanya dipergunakan terhadap stimulus yang dihadapi, seperti penggunaan antiseptik untuk membersihkan luka. Respon adaptif adalah keseluruhan yang meningkatkan integritas dalam batasannya yang sesuai dengan tujuan human system. Respon maladaptive yaitu segala sesuatu yang tidak memberikan kontribusi yang sesuai dengan tujuan human system.

Roy memperkenalkan konsep ilmu keperawatan yang unik yaitu mekanisme kontrol yang disebut Regulator dan Kognator. Mekanisme tersebut merupakan bagian sub sistem adaptasi.

1) Subsistem regulator

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

2) Subsistem kognator

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

c. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat di amati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar . Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat

terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Output dari manusia sebagai suatu sistem adaptif adalah respon inefektif. Respon-respon yang adaptif itu mempertahankan atau meningkatkan integritas, sedangkan respon yang tidak efektif atau maladaptif itu mengganggu integritas. Melalui proses umpan balik respon-respon memberikan lebih lanjut masukan (input) pada manusia sebagai suatu sistem. Subsistem regulator dan kognator adalah mekanisme adaptasi atau coping dengan perubahan lingkungan, dan diperlihatkan melalui perubahan biologis, psikologis, dan social. Subsistem regulator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan pada sistem saraf, kimia tubuh dan organ endokrin serta subsistem kognator adalah gambaran respon yang kaitannya dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran, dan membuat alasan dan emosional, yang termasuk didalamnya mempertahankan untuk mencari bantuan.

2. Lingkungan

Lingkungan digambarkan sebagai dunia didalam dan diluar. Lebih luas lagi lingkungan didefinisikan sebagai segala kondisi , keadaan disekitar dan mempengaruhi keadaan, perkembangan dan perilaku manusia sebagai individu atau kelompok.

3. Kesehatan

Menurut Roy, kesehatan didefinisikan sebagai keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Integritas adalah sehat, sebaliknya kondisi yang tidak ada integritas kurang sehat. Dalam komponen

model keperawatan, konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi, yang merupakan komponen pusat dalam model keperawatan. Didalamnya menggambarkan manusia sebagai system adaptif yang dapat mencapai tujuan meningkatkan kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi dan penguasaan yang disebut integritas.

4. Keperawatan

Keperawatan adalah berhubungan dengan manusia sebagai satu kesatuan yang berinteraksi dengan perubahan lingkungan dan tanggapan terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Ketika stressor yang tidak biasa atau koping mekanisme yang lemah membuat upaya manusia yang biasa menjadi koping yang tidak efektif.

2.1.2 Konsep keperawatan berdasarkan *Callista Roy*

Model konsep adaptasi pertama kali dikemukakan oleh *Suster Callista Roy* (1969). Konsep ini dikembangkan dari konsep individu dan proses adaptasi seperti diuraikan di bawah ini. Asumsi dasar model adaptasi *Roy* adalah :

1. Manusia adalah keseluruhan dari biopsikologi dan sosial yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan.
2. Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial.
3. Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negatif.
4. Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia

mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif.

5. Sehat dan sakit (adaptive-maladaptif) adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari dari kehidupan manusia.

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy (1984) sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai “*Holistic adaptif system*” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan.

Roy (1991) menggambarkan keperawatan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Sebagai ilmu keperawatan mengobservasi, mengklasifikasi dan menghubungkan proses secara positif yang berpengaruh pada status kesehatan. Sebagai disiplin praktek keperawatan menggunakan pendekatan pengetahuan secara ilmiah untuk menyediakan pelayanan pada orang-orang, lebih spesifik dia mendefinisikan keperawatan sebagai ilmu dan praktek dari peningkatan adaptasi untuk tujuan mempengaruhi kesehatan secara positif. Keperawatan adalah seluruh kehidupan manusia yang berinteraksi dengan perubahan lingkungan dan jawaban terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Ketika stressor yang tidak biasa (fokal stimulus) atau coping mekanisme yang lemah membuat upaya manusia yang biasa menjadi coping yang tidak efektif, manusia memerlukan perawat. Roy menyetujui pendekatan holistic keperawatan dilihat sebagai proses untuk mempertahankan keadaan baik dan tingkat fungsi yang tinggi. Keperawatan terdiri dari dua yaitu tujuan keperawatan dan aktivitas keperawatan. Tujuan keperawatan adalah mempertinggi interaksi manusia dengan

lingkungan. Jadi peningkatan adaptasi dalam tiap 4 cara menyesuaikan diri : yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Adaptasi tidak memerlukan energi dari upaya koping yang tidak efektif dan memungkinkan individu untuk merespon stimulus yang lain. Kondisi tersebut dapat mencapai peningkatan penyembuhan dan kesehatan. Peranan penting adaptasi sangat ditekankan pada konsep ini. Tujuan dari adaptasi adalah membantu perkembangan aktivitas keperawatan, yang digunakan pada proses keperawatan. Menurut *Roy*, manusia sebagai sistem adaptif (dapat menyesuaikan diri), sakit atau memiliki potensi sakit, ketika mengalami stress atau kelemahan / kekurangan mekanisme koping, biasanya manusia berusaha untuk menanggulangi yang tidak efektif. Manusia berusaha meminimalkan kondisi yang tidak efektif dan memelihara yang adaptif, dengan peningkatan adaptasi manusia terbebas dari pemakaian energi dan energi tersebut dapat digunakan untuk stimulus yang baik.

Dalam memahami konsep model ini, *Callista Roy* mengemukakan konsep keperawatan dengan model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimilikinya diantaranya:

- a. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan social yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.
- b. Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi.
- c. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada manusia yang dikemukakan oleh *Roy*, diantaranya:

1) Focal stimulasi

Stimulus yang secara langsung dapat menyebabkan keadaan sakit dan ketidakseimbangan yang dialami saat ini. Contoh : kuman penyebab terjadinya infeksi.

2) Kontekstual stimulus

Stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (factor pretisipasi) seperti keadaan tidak sehat. Keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini, misalnya penurunan daya tahan tubuh, lingkungan yang tidak sehat.

3) Residual stimulus

Yaitu sikap, keyakinan dan pemahaman individu yang dapat mempengaruhi terjadinya keadaan tidak sehat atau disebut dengan factor predisposisi sehingga terjadi kondisi focal misalnya persepsi pasien tentang penyakit, gaya hidup dan fungsi peran.

2.2 Konsep mobilitas fisik

2.2.1 Pengertian mobilisasi fisik

Mobilitas adalah pergerakan yang memberikan kebebasan dan kemandirian bagi seseorang (Ansari, 2011). Mobilisasi adalah suatu kondisi dimana tubuh dapat melakukan keegiatan dengan bebas (*Kosier*, 1989 dalam Ida 2009).

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi. Mobilisasi

menyebabkan perbaikan sirkulasi, membuat napas dalam dan menstimulasi kembali fungsi gastrointestinal normal, dorong untuk menggerakkan kaki dan tungkai bawah sesegera mungkin, biasanya dalam waktu 12 jam (Mubarak, 2008).

2.2.2 Tujuan mobilitas

Tujuan mobilitas adalah

1. Memenuhi kebutuhan dasar manusia
2. Mencegah terjadinya trauma
3. Mempertahankan tingkat kesehatan
4. Mempertahankan interaksi sosial dan peran sehari - hari
5. Mencegah hilangnya kemampuan fungsi tubuh

2.2.3 Jenis mobilitas

1. Mobilitas penuh

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunteer dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

2. Mobilitas sebagian

Merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mam.pu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sesnsorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegi dapat mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

a. Mobilitas sebagian temporer

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada system musculoskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.

b. Mobilitas permanen

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya system saraf yang reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya system saraf motorik dan sensorik.

2.2.4 Rentang Gerak dalam mobilitas

Dalam mobilitas terdapat tiga rentang gerak yaitu :

1. Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2. Rentang gerak aktif

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya berbaring pasien menggerakkan kakinya.

3. Rentang gerak fungsional

Berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan

2.3 Konsep stroke

2.3.1 Definisi stroke

Stroke adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (*World Health Organization* [WHO], 2014). Stroke adalah suatu keadaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelumpuhan atau kematian karena terjadinya gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan kematian jaringan otak (Batticaca, 2009). Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi control gerakan tubuh yang dikendalikan oleh otak tidak berfungsi (*American Heart Association* [AHA], 2015) .

Stroke di bagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu :

1. Stroke hemoragi

Merupakan stroke yang disebabkan oleh perdarahan intra serebral atau perdarahan *subarakhniod* karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak (AHA, 2015). Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala neurologik dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorang yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan hemiplegia (Sylvia, 2005 ; Yeyen, 2013).

2. Stroke Iskemik

Merupakan stroke yang disebabkan oleh suatu gangguan peredaran darah otak berupa obstruksi atau sumbatan yang menyebabkan hipoksia pada otak dan tidak terjadi perdarahan (AHA, 2015). Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh

trombus (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak (Sylvia, 2005). Stroke ini ditandai dengan kelemahan atau hemiparesis, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan disfagia (Wanhari, 2008 dalam Yeyen, 2013).

2.3.2 Penyebab Stroke

Menurut *Smeltzer dan Bare* (2012) stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian dibawah ini, yaitu :

1. Trombosis yaitu bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher. Arteriosklerosis serebral adalah penyebab utama trombosis, yang adalah penyebab paling umum dari stroke. Secara umum, trombosis tidak terjadi secara tiba-tiba, dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau paresthesia pada setengah tubuh dapat mendahului paralisis berat pada beberapa jam atau hari.
2. Embolisme serebral yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral (*Valante et al*, 2015).
3. Iskemia yaitu penurunan aliran darah ke area otak. Iskemia terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak (*Valante et al*, 2015).
4. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Pasien dengan perdarahan dan hemoragi mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif.

2.3.3 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu, faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor yang dapat dimodifikasi (AHA, 2015).

1. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor-faktor tersebut terdiri atas faktor genetik dan ras, usia, jenis kelamin, dan riwayat stroke sebelumnya (AHA, 2015). Faktor genetik seseorang berpengaruh karena individu yang memiliki riwayat keluarga dengan stroke akan memiliki risiko tinggi mengalami stroke, ras kulit hitam lebih sering mengalami hipertensi dari pada ras kulit putih sehingga ras kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke (AHA, 2015). Stroke dapat terjadi pada semua rentang usia namun semakin bertambahnya usia semakin tinggi pula resiko terkena stroke, hal ini sejalan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia (Riskesdas) tahun 2013 yang menyatakan bahwa usia diatas 50 tahun risiko stroke menjadi berlipat ganda pada setiap pertambahan usia. Kejadian penderita stroke iskemik biasanya berusia lanjut, 60 tahun keatas dan resiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalami degenerative organ-organ dalam tubuh. Stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 70% stroke terjadi pada usia diatas 65 tahun. Perubahan struktur pembuluh darah karena penuaan dapat menjadi salah satu factor terjadi serangan stroke (AHA, 2015). Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko stroke, menurut Wardhana (2011) laki-laki memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan, hal ini terkait kebiasaan merokok, risiko terhadap hipertensi, hiperurisemia, dan hipertrigliserida lebih tinggi pada laki-laki. Seseorang yang pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan

Transient Ischemic Attack (TIA) juga berisiko tinggi mengalami stroke, *AHA* (2015) menyebutkan bahwa 15% kejadian stroke ditandai oleh serangan *TIA* terlebih dahulu.

2. Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, dan pola hidup tidak sehat (*AHA*, 2015). Secara tidak langsung obesitas memicu terjadinya stroke yang diperantarai oleh sekelompok penyakit yang ditimbulkan akibat obesitas, selain itu obesitas juga salah satu pemicu utama dalam peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler (*AHA*, 2015). Hipertensi merupakan penyebab utama terjadinya stroke, beberapa studi menunjukkan bahwa manajemen penurunan tekanan darah dapat menurunkan resiko stroke sebesar 41% (*AHA*, 2015 ; *WHO*, 2014). Hiperlipidemia atau kondisi yang ditandai dengan tingginya kadar lemak di dalam darah dapat memicu terjadinya sumbatan pada aliran darah (*AHA*, 2015). Menurut *Stroke Association* (2012) dan *AHA* (2015) individu yang merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol memiliki resiko lebih tinggi terkena stroke karena dapat memicu terbentuknya plak dalam pembuluh darah. Faktor-faktor diatas dapat diubah untuk menurunkan resiko stroke dengan menerapkan pola hidup sehat.

2.3.4 Patofisiologi

Oksigen sangat penting untuk otak, jika terjadi hipoksia seperti yang terjadi pada stroke, di otak akan mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (*AHA*,

2015). Pembuluh darah yang paling sering terkena adalah arteri serebral dan arteri karotis interna yang ada di leher (*Guyton & Hall, 2012*).

Adanya gangguan pada peredaran darah otak dapat mengakibatkan cedera pada otak melalui beberapa mekanisme, yaitu penebalan dinding pembuluh darah (arteri serebral) yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah tidak adekuat yang selanjutnya akan terjadi iskemik, pecahnya dinding pembuluh darah yang menyebabkan hemoragi, pembesaran satu atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak, edema serebral yang merupakan pengumpulan cairan pada ruang interstitial jaringan otak (*Smeltzer & Bare, 2012*).

Penyempitan pembuluh darah otak mula-mula menyebabkan perubahan pada aliran darah dan setelah terjadi stenosis cukup hebat dan melampaui batas krisis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Obstruksi suatu pembuluh darah arteri di otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya masih mempunyai peredaran darah yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan yang terjadi pada kortek akibat oklusi pembuluh darah awalnya adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan dilatasi arteri dan arteriola (*AHA, 2015*).

2.3.5 Tanda dan gejala

Menurut *Smeltzer dan Bare (2012)* dan *Misbach (2007)* tanda dan gejala dari stroke adalah hipertensi, gangguan motorik yang berupa hemiparesis (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan salah satu sisi tubuh), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migran atau

vertigo), mual muntah disatria (kesulitan berbicara), perubahan mendadak status mental, dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.

2.3.6 Penatalaksanaan stroke

1. Fase akut

Fase akut stroke berakhir 48 sampai 72 jam. Pasien yang koma pada saat masuk dipertimbangkan memiliki prognosis buruk. Sebaliknya pasien sadar penuh mempunyai prognosis yang lebih dapat diharapkan. Prioritas dalam fase akut ini adalah mempertahankan jalan nafas dan ventilasi yang baik (Smeltzer dan Bare, 2012).

2. Fase rehabilitasi

Fase rehabilitasi stroke adalah fase pemulihan pada kondisi sebelum stroke. Program pada fase ini bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fungsional pasien stroke, sehingga mampu mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari adekuat (Smeltzer & Bare, 2012).

2.3.7 Kemampuan *activity daily living* (ADL) pasien stroke

Gangguan akibat stroke sering menimbulkan gejala sisa yang berupa *hemiplegia* (kelumpuhan pada setengah anggota tubuh) dan *hemiparesis* (kelemahan otot) yang dapat menjadi kecacatan menetap yang selanjutnya membatasi fungsi seseorang dalam melakukan ADL. Mengembalikan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari setelah stroke merupakan fokus utama rehabilitasi stroke fase rehabilitasi (Rosiana, 2009).

Pada saat rehabilitasi pasien dapat dirawat di rumah sakit, pusat rehabilitasi, maupun rumahnya sendiri bergantung pada beberapa faktor, termasuk status ketergantungan pasien stroke. Salah satu alat ukur tingkat ketergantungan

pasien stroke adalah *Barthel Indeks (BI)* yang dirumuskan oleh *Mahoney, F.I.* dan *Barthel D.W.* untuk mengukur ketergantungan *ADL*, yang hasil ukurnya yaitu ketergantungan total (skor 0 – 20), ketergantungan berat (25 – 40), ketergantungan sedang (skor 45 – 55), ketergantungan ringan (skor 60 – 95), dan mandiri (skor 100) (Syairi, 2013).

Pasien stroke yang akan kembali ke rumah seharusnya di motivasi untuk mengerjakan aktivitas perawatan dirinya sendiri semampunya, setidaknya klien bisa melakukan *ADL* dasar yaitu, makan, berpakaian, mandi, berdandan, toileting, kontrol kontinensia, transfer (berpindah), dan mobilisasi (*Bogousslavsky, 2005*). Pasien juga di sarankan menggunakan kedua sisi tubuh dalam melakukan *ADL* tersebut, contohnya apabila sisi kanan yang terkena, pasien dapat diajarkan untuk menggunakan tangan kirinya untuk semua aktivitas namun, pastikan juga tangan yang sakit diikutsertakan dalam semua kegiatan. Semakin cepat dibiarkan melakukannya sendiri, semakin cepat pula pasien menjadi mandiri. Hanya aktivitas yang dapat menimbulkan risiko jatuh atau membahayakan pasien sendiri yang perlu ditolong oleh keluarga (Rosiana, 2009).

2.4 Konsep keluarga

2.4.1 Pengertian keluarga

Menurut Andarmoyo (2012) mengutip pernyataan *Salvicion G. Bailon* dan *Aracelis Maglaya* (1978), keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu sama lain, mempunyai peran masing-masing, dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Dari defenisi diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa keluarga adalah :

1. Unit terkecil masyarakat (terdiri dari dua orang atau lebih)
2. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah
3. Hidup dalam satu rumah tangga (ada kepala rumah tangga)
4. Berinteraksi diantara sesama anggota keluarga
5. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing
6. Menciptakan, mempertahankan suatu kebudayaan.

2.4.2 Struktur keluarga

Struktur keluarga menurut Friedman (2010) terdiri dari bermacam – macam, yaitu:

1. Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2. Matrilineal

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

3. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5. Keluarga Kawinan

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami istri.

2.4.3 Fungsi Keluarga

Menurut WHO (1978) dalam Risca (2014) fungsi keluarga adalah:

1. Fungsi biologis, artinya fungsi untuk reproduksi, pemelihara dan membesarkan anak, member makan, mempertahankan kesehatan dan rekreasi.
2. Fungsi ekonomi, fungsi untuk memenuhi sumber penghasilan, menjamin keamanan finansial anggota keluarga, dan menentukan alokasi sumber yang diperlukan.
3. Fungsi psikologis, fungsi untuk menyediakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan kepribadian secara alami, guna memberikan perlindungan psikologis yang optimum.
4. Fungsi edukasi, fungsi untuk mengajarkan ketrampilan, sikap dan pengetahuan.
5. Fungsi sosiokultural, fungsi untuk melaksanakan transfer nilai-nilai yang berhubungan dengan perilaku, tradisi atau adat dan bahasa.

Menurut Friedman (2010), fungsi keluarga adalah:

1. Fungsi *affective*

Adalah fungsi keluarga yang utama adalah untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya dalam berhubungan dengan orang lain..

2. Fungsi sosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain diluar rumah.

3. Fungsi reproduksi

adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi pemeliharaan kesehatan

Adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas yang tinggi.

2.4.4 Tipe keluarga

Tipe keluarga secara garis besar dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Keluarga inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, dan anak, yang tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga.
2. Keluarga asal (*Family of Origin*), merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan
3. Keluarga besar (*Extended Family*) adalah satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri sama-sama melakukan pengarturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau kerabat dekat lainnya (Andarmoyo, 2012).

2.4.5 Tugas Keluarga

Menurut Andarmoyo (2012), keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan untuk memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tinggal keluarga agar memperoleh bantuan.

3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan

Keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian,

anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan

Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarganya yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dengan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga. Sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya *hygiene* sanitasi, kekompakan antara anggota keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan keluarga

Hubungan yang sifatnya positif akan memberikan pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit. Keberadaan fasilitas kesehatan memberikan keuntungan yang dapat diperoleh dan fasilitas kesehatan terjangkau oleh keluarga.

Sistem keluarga dibangun secara bersama, dimana semua anggota keluarga membentuk system tersebut. Perubahan salah satu bagian dari system akan merubah kenyamanan system tersebut. Kemampuan untuk beradaptasi terhadap perubahan sangat esensial untuk mempertahankan fungsi optimal dari sistem keluarga. Perubahan tidak dapat dipisahkan dengan penyakit terminal yang sangat besar pengaruhnya pada keluarga. Dalam kondisi sulit kehadiran keluarga akan membantu memberikan dukungan emosional dan spiritual yang dibutuhkan pasien, member kekuatan bagi anggota keluarga yang sakit (Davison, 2009).

2.4.6 Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku antar pribadi, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan pribadi dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat didalam keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebagai berikut:

1. Ayah

Sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2. Ibu

Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik untuk anak-anaknya, pelindung dan sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

3. Anak

Anak melaksanakan peranan psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, social dan spiritual.

Kategori peran dibagi menjadi dua yaitu:

1. Peran Formal

Adalah serangkaian perilaku yang diharapkan dan bersifat homogen atau eksplisit atau bisa dikatakan peran yang nampak jelas misalnya peran yang ada dalam keluarga yaitu peran sebagai suami, istri dan anak.

2. Peran Informal

Adalah peran yang bersifat implisit yang biasanya tidak tampak jelas ke permukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional, individual dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga.

Diantaranya adalah :

- a. Peran sebagai Motivator, adalah peran sebagai pendukung bagi anggota keluarga yang lain.
- b. Peran sebagai Pendidik, adalah peran sebagai pendidik bagi anggota keluarga yang lain dalam melaksanakan program asuhan kesehatan secara mandiri.
- c. Peran sebagai Perawat Keluarga Adalah peran sebagai perawat di dalam sebuah keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan.

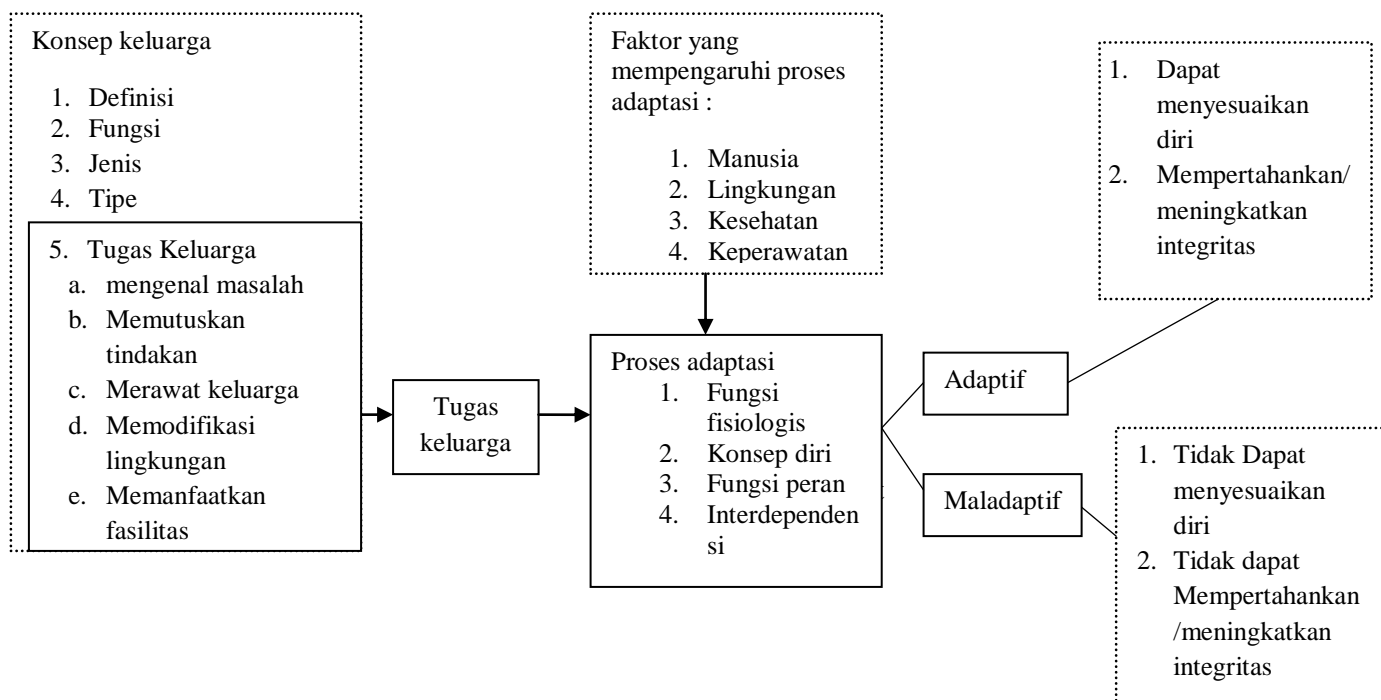
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA

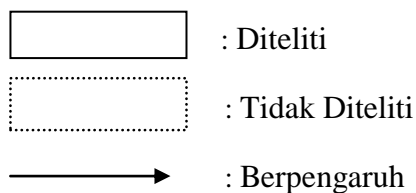
3.1 Kerangka konseptual

Kerangka konseptual adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2008).

Kerangka konseptual pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.1:



Keterangan :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

Kerangka konseptual penelitian diatas dapat dijelaskan sebagai berikut:

Konsep keluarga meliputi definisi keluarga, fungsi keluarga, jenis keluarga, tipe keluarga, dan tugas keluarga. Namun dalam penelitian ini definisi, fungsi, jenis dan tipe keluarga tidak diteliti. Tugas keluarga meliputi mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan keluarga dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan keluarga.

Factor-faktor yang mempengaruhi proses adaptasi meliputi manusia, lingkungan, kesehatan, keperawatan. Proses adaptasi itu sendiri meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dalam penelitian ini factor yang mempengaruhi proses adaptasi tidak diteliti. Tugas keluarga berpengaruh terhadap proses adaptasi. Respon dari proses adaptasi yaitu adaptif dan maladaptive. Respon adaptif berarti manusia dapat menyesuaikan diri dan dapat mempertahankan / meningkatkan integritas manusia. Sedangkan respon yang maladaptive yaitu mengganggu integritas.

3.2 Hipotesa penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoadmodjo, 2010).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

H1 : ada hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian sebagai suatu cara agar memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah, pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2010). Metode penelitian adalah suatu urutan langkah dalam melakukan penelitian.

4.1 Jenis dan rancangan penelitian

4.1.1 Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian dengan memperoleh data yang berbentuk angka atau data kualitatif yang diangkakan (Sugiyono, 2011).

4.1.2 Rancangan/desain penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, karena desain penelitian pada dasarnya merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan bagi keperluan pengujian hipotesis atau menjawab pertanyaan penelitian dan sebagai alat untuk mengontrol atau mengendalikan pelbagai variabel dalam penelitian. Dengan demikian desain penelitian pada hakekatnya merupakan strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah diterapkan dan berperan sebagai pedoman/penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2011).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* dimana peneliti melakukan observasi dan pengukuran variabel hanya satu kali pada suatu saat yaitu waktu pengkajian data (Nursalam, 2011). Penelitian ini mencari

korelasi antara Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

4.2 Waktu dan tempat penelitian

4.2.1 Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan November 2017 sampai dengan bulan Maret 2018.

4.2.2 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

4.3 Populasi, sampel, dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2006) yang mempunyai kuantitas dan karakteristik yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008). Populasi adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2008).

Populasi pada penelitian ini adalah pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan .

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2011). Pada penelitian ini menggunakan 30 responden, yang merupakan jumlah sampel minimum yang harus dipenuhi dalam penelitian kuantitatif. Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah sebagian pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan, yang memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah merupakan karakteristik umum dari subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah:

- a. Pasien stroke iskemik
- b. Pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik baik hemiplegi/hemiparese
- c. Pasien stroke yang tidak mengalami gangguan orientasi
- d. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari study karena berbagai sebab, antara lain:

- a. Pasien stroke yang mengalami perburukan kondisi
- b. Mengundurkan diri menjadi responden

Menurut Notoatmodjo (2012) besar sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi.

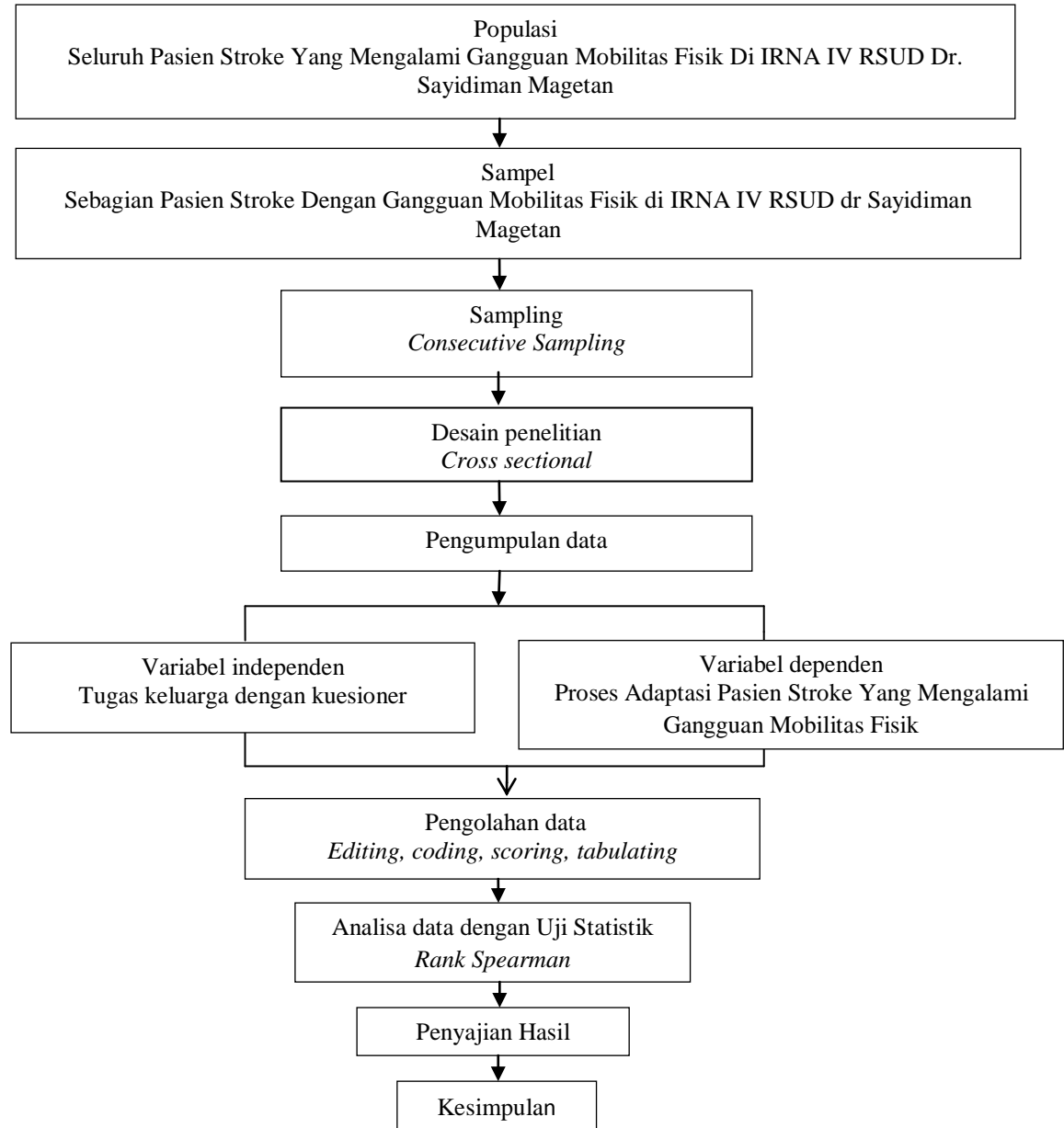
4.3.3 Sampling

Teknik sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili dari populasi. Penelitian ini menggunakan *Consecutive Sampling* yaitu tehnik penentuan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan dapat terpenuhi (Nursalam, 2008). Pada tehnik sampling ini, semua sampel yang memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan sampai jumlah subyek yang diperluka terpenuhi serta berdasarkan waktu yang tersedia yaitu 2 minggu.

4.4 Kerangka kerja

Kerangka kerja merupakan pentahapan dalam suatu penelitian, pada kerangka kerja disajikan alur penelitian terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2008).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Konsep Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan tahun 2018

4.5 Identifikasi variabel

Variabel adalah segala sesuatu yang akan menjadi objek pengamatan penelitian. Pengertian yang dapat diambil dari definisi tersebut ialah bahwa dalam penelitian terdapat sesuatu yang menjadi sasaran, yaitu variabel, sehingga variabel merupakan fenomena yang menjadi pusat perhatian penelitian untuk diobservasi atau diukur (Kuntjojo, 2009). Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel independent

Variabel yang nilainya mempengaruhi variabel lainnya, yaitu variable terikat (Kuntjojo, 2009). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah tugas keluarga .

2. Variabel dependent

Variabel yang nilainya tergantung dari nilai variabel lainnya (Kuntjojo, 2009). Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

4.6 Definisi operasional

Definisi operasional adalah penentuan *construct* sehingga menjadi variabel yang dapat diukur (Sugiyono, 2008). Adapun definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada table 4.1.

Tabel 4.1 Definisi operasional Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Tugas keluarga	Seperangkat tingkah laku keluarga terhadap anggota keluarganya yang menderita stroke dalam meningkatkan proses adaptasi sehingga mempercepat proses penyembuhan	1. Mengenal masalah kesehatan 2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat 3. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan 4. Memodifikasi lingkungan 5. Memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan	Kuesioner	Ordinal	Ya : 1 Tidak: 0 Kategori Tugas: tinggi: 76-100% sedang: 56-75% rendah: < 55%
Variabel dependen: proses adaptasi	Kemampuan penderita stroke dengan gangguan mobilisasi dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan	1. Fungsi fisiologis 2. Konsep diri 3. Fungsi peran 4. Interdependensi	Kuesioner	Nominal	Ya : 1 Tidak: 0 Adaptif : $\geq 50\%$ Maladaptif : $\leq 50\%$

4.7 Instrumen penelitian dan pengumpulan data

4.7.1 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data (Notoadmodjo, 2012). Untuk melakukan pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan data berupa angket atau kuesioner yaitu suatu instrumen riset

yang digunakan untuk menetapkan jawaban atas sejumlah pertanyaan melalui formulir yang akan diisi oleh responden sendiri. Angket dan kuesioner adalah daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis dalam rangka pengumpulan data suatu penelitian. Kuesioner merupakan data pribadi, pengetahuan, sikap maupun keyakinan responden dan adanya fakta yang terjadi di masyarakat (Nursalam dan Pariani, 2011)

4.7.2 Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah suatu proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data tergantung dari desain dan tehnik instrumen yang dipergunakan (Nursalam,2016). Prosedur pengumpulan data yang ditetapkan adalah sebagai berikut:

1. Mengurus ijin penelitian dengan membawa surat dari Dekan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang kepada Kepala Bakesbanglinmas Kabupaten Magetan
2. Mengurus ijin penelitian dengan membawa surat dari Dekan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang dan Bakesbanglinmas Kabupaten Magetan kepada Direktur RSUD dr Sayidiman Magetan.
3. Penelitian dilakukan pada pasien stroke dengan gangguan mobilisasi dan Memilih responden berdasarkan kriteria sampel.
4. Memberi penjelasan kepada calon responden dan bila bersedia menjadi responden dipersilahkan untuk menandatangani *inform consent*.
5. Memberi kuisisioner kepada responden untuk diisi dan data demografi, kemudian diserahkan kepada peneliti.

6. Peneliti memberikan kuesioner kepada responden
7. Peneliti melakukan pengumpulan, pengolahan, dan analisa data.

4.8 Pengolahan data

Setelah data terkumpul, selanjutnya adalah melakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut:

1. Editing

Editing menurut Hidayat (2009) adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Menurut Notoatmojo (2012). Dalam editing ini akan diteliti:

- a. Lengkapnya pengisian: format harus terisi lengkap.
- b. Kesesuaian jawaban satu sama lain.
- c. Relevansi jawaban dengan lembar observasi
- d. Keseragaman satuan data.

2. Coding

Setelah isi kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yakni menyederhanakan jawaban dari kuesioner dengan memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban pada kuesioner (Azwar & Prihartono, 2014). Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

a. Data umum

1) Responden

Responden 1 : R1

Responden 2 : R2

Responden 3 : R3

Responden n : Rn

2) Usia

45-59 tahun : U1

60-74 tahun : U2

75-90 tahun : U3

>90 tahun : U4

3) Pendidikan

SD : P1

SLTP : P2

SLTA : P3

PT : P4

4) Jenis kelamin

Laki-laki : JK1

Perempuan : JK2

5) Pekerjaan

PNS/Pensiunan : PK1

Swasta : PK2

Petani : PK3

Wiraswasta : PK4

IRT : PK5

Buruh : PK6

6) Tinggal bersama

Anak : T1

Suami : T2

Istri : T3

Saudara : T4

7) Telah menderita stroke selama:

≥ 1 tahun : MS1

≤ 1 tahun : MS2

8) Status dalam keluarga

Ayah : S1

Ibu : S2

Anak ` : S3

Kakek : S4

Nenek : S5

9) Tubuh yang mengalami kelumpuhan/ kelemahan

Kanan : L1

Kiri : L2

Kanan/kiri : L3

b. Data khusus

1) Kriteria tugas keluarga

Tinggi : TK1

Sedang : TK2

Rendah : TK3

2) Kriteria proses adaptasi

Adaptif : PA1

Maladaptif : PA2

3. *Scoring* (pemberian skor)

Scoring adalah pemberian skor atau nilai terhadap bagian-bagian yang perlu diskor. Dalam penelitian ini menggunakan kode-kode untuk mempermudah tabulasi dan analisa data (Azwar & Prihartono, 2014). Peneliti melakukan pemberian skor pada tiap-tiap item jawaban. Untuk kuesioner A adalah identitas responden. Kuesioner B tentang pertanyaan yang berhubungan dengan tugas keluarga yang terdiri dari 20 pertanyaan, dengan penilaian jika jawaban “ya” nilai skor 1, dan jika jawaban “tidak” nilai skor 0. Kuesioner C tentang proses adaptasi yang terdiri dari 20 pertanyaan, dengan penilaian jika jawaban “ya” nilai skor 1, dan jika jawaban “tidak” nilai skor 0.

Adapun pengolahan data diinterpretasikan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

a. Kategori Tugas

Tinggi : 76-100%

Sedang : 56-75%

Rendah : <55%

b. Kategori proses adaptasi

Adaptif : $\geq 50\%$

Maladaptif : $\leq 50\%$

4. *Tabulating.*

Setelah *scoring* selesai dilakukan, langkah selanjutnya adalah *tabulating* yaitu mengelompokkan data ke dalam suatu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya, sesuai tujuan penelitian (Azwar & Prihartono, 2014).

Adapun hasil pengolahan data diinterpretasikan menggunakan skala:

100%	: seluruhnya
75-99%	: hampir seluruhnya
51-74%	: sebagian besar
50%	: setengahnya
25-49%	: hampir setengahnya
1-24%	: sebagian kecil
0%	: tidak satupun (Arikunto, 2010).

4.9 Analisis data

Analisa data merupakan suatu proses / analisa yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan dengan tujuan supaya trends dan relationship bisa dideteksi (Nursalam, 2010). Analisis data sesuai dengan pendekatan penelitian. Analisa data yang dilakukan adalah:

1. *Analisa Univariate*

Analisa univariate adalah menganalisa variabel-variabel yang secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsinya untuk mengetahui karakteristik dari suatu obyek penelitian.

2. *Analisa Bivariate*

Analisa bivariate adalah analisa yang dilakukan untuk melihat hubungan dua variabel yang meliputi variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2002). Data yang telah didapatkan akan dianalisa dengan uji statistic. Uji statistic yang digunakan adalah *Corelasi Rank Spearman*. *Corelasi Rank Spearman* yaitu untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel bebas dan tergantung. Dengan tingkat kemaknaan kemaknaan $\alpha = 0,05$ bila hasil $< 0,05$ berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, jadi ada hubungan antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*. Pengolahan dan analisa data dilakukan dengan menggunakan program computer SPSS 20 (*Software Product and Service Solution*) kemudian menganalisa data secara deskriptif menggunakan logika berdasarkan fakta dan memadukan dengan referensi yang ada.

4.10 Etika penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mendapat rekomendasi dari STIKES Insan Cendekia Medika Jombang. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti mengadakan penelitian dengan menekankan etika meliputi

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Diberikan kepada subyek yang akan diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset dilakukan, serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data, jika subyek bersedia diteliti maka menandatangani lembar persetujuan tersebut.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya. Peneliti tidak mencantumkan namanya dalam lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada masing-masing jawaban.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari subyek peneliti dijamin oleh peneliti hanya kelompok satu tertentu yang akan disahkan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

4.11 Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini , penulis menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut adalah:

1. Karena keterbatasan waktu, pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner desain penelitian *cross sectional* (antara variabel satu dan variabel dua diteliti dalam satu waktu, lebih efektifnya penelitian tersebut diteliti lebih dari satu waktu).
2. Adanya keterbatasan penelitian dengan menggunakan kuesioner yaitu terkadang jawaban yang diberikan oleh sampel tidak menunjukkan keadaan yang sesungguhnya dan bersifat subyektif.
3. Kurangnya pemahaman dari responden terhadap pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner serta sikap keseriusan dan kepedulian dalam menjawab semua pertanyaan yang ada.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

RSUD dr. Sayidiman Magetan merupakan rumah sakit pemerintah yang berlokasi di Jalan Pahlawan no. 02, Kelurahan Tambran , Kecamatan Magetan, Kabupaten Magetan , Propinsi Jawa Timur. Rumah Sakit ini telah terdaftar mulai 22 Januari 2000 dengan Nomor Surat Ijin 445.1/04/403.210/2015 dan tanggal Surat Ijin 08/04/2015 dari Bupati Magetan dengan sifat sementara dan berlaku sampai 5 tahun.

RSUD dr. Sayidiman Magetan berdiri pada tanggal 25 Agustus 1941, dimana Rumah Sakit ini pada awal berdirinya adalah sebuah barak penampungan untuk penderita penyakit Pes pada zaman penjajahan Belanda, yang berlokasi di lingkungan Kauman, Kelurahan Magetan. Pada tahun 1961 pelayanan kesehatannya mulai berkembang tidak hanya merawat pasien Pes saja, tetapi juga pasien penderita penyakit yang lain. Rumah sakit ini kemudian berpindah tempat di Kelurahan Tambran hingga saat ini.

Beberapa tahun setelah kemerdekaan NKRI yaitu tahun 1949-1953, rumah sakit ini tercatat dipimpin oleh dokter asing dari Italia dan kemudian dokter Jerman. Nama Rumah Sakit dr. Sayidiman dibakukan sebagai apresiasi sekaligus kenang-kenangan atas pengabdian dan jasa beliau dalam memimpin Rumah Sakit, dimana pada waktu itu juga menjabat sebagai Bupati Magetan.

RSUD dr. Sayidiman Magetan adalah rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Magetan. Pada tahun 1977 dilakukan renovasi bangunan besar-besaran, pada tahun itu ditetapkan sebagai Rumah Sakit kelas C oleh Departemen Kesehatan. Dalam perkembangannya, seiring era otonomi daerah, Rumah Sakit menjadi Swadana mulai tahun 2003 dengan Peraturan Daerah No. 16 Tahun 2003. Setelah lewat masa uji coba BLUD kurang lebih 4 tahun dan memenuhi persyaratan yang ditentukan sesuai Permendagri No. 61 Tahun 2007, RSUD dr. Sayidiman Magetan menjadi Badan Layanan Umum Daerah penuh dengan SK Bupati No. 188/267/Kept./403.013/2009 tanggal 31 Juli 2009. Status akreditasi RSUD dr. Sayidiman Magetan adalah pada tahun 2005 terakreditasi 5 pelayanan, tahun 2011 terakreditasi 16 pelayanan dan tahun 2016 lulus Paripurna Standart Akreditasi Versi 2012.

5.1.2 Data umum

Karakteristik responden pada penelitian ini meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, tinggal bersama, telah menderita stroke selama, status dalam keluarga dan tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan.

1. Karakteristik responden berdasarkan usia

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia dibedakan menjadi 4 kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1	45-59	9	30
2	60-74	16	53,3
3	75-90	5	16,7
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar dari responden (53,3 %) berusia 60-74 tahun .

2. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan dibedakan menjadi 4 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1	SD	5	16,6
2	SLTP	7	23,3
3	SLTA	15	50
4	Perguruan Tinggi	3	10
Jumlah		30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat dijelaskan bahwa setengahnya dari responden (50%) berpendidikan SLTA .

3. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dibedakan menjadi 2 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-laki	19	63,3
2	Perempuan	11	36,7
Jumlah		30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.3 diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar dari responden (63,3%) berjenis kelamin laki-laki .

4. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dibedakan menjadi 6 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1	PNS/Pensiunan	8	26,7
2	Swasta	4	13,3
3	Petani	7	23,3
4	Wiraswasta	4	13,3
5	IRT	7	6,7
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat dijelaskan bahwa hampir setengahnya dari responden (26,7%) mempunyai pekerjaan sebagai PNS/Pensiunan.

5. Karakteristik responden berdasarkan tinggal bersama

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tinggal bersama dibedakan menjadi 4 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan tinggal bersama di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Tinggal bersama	Frekuensi	Persentase (%)
1	Anak	16	53,3
2	Suami	6	20
3	Istri	8	26,7
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.5 diatas dapat dijelaskan sebagian besar dari responden (53,3%) tinggal bersama anak.

6. Karakteristik responden berdasarkan telah menderita stroke selama

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan telah menderita stroke selama dibedakan menjadi 2 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan telah menderita stroke di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Telah menderita stroke selama	Frekuensi	Persentase (%)
1	> 1 tahun	11	36,7
2	< 1 tahun	19	63,3
Jumlah		30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.6 diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar dari responden (63,3%) menderita stroke < 1 tahun.

7. Karakteristik responden berdasarkan status dalam keluarga

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan status dalam keluarga dibedakan menjadi 5 kategori kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan status dalam keluarga di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Status dalam keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1	Ayah	12	40
2	Ibu	7	23,3
3	Kakek	7	23,3
4	Nenek	4	13,3
Jumlah		30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.7 diatas dapat dijelaskan bahwa hampir setengahnya dari responden (40%) status dalam keluarga sebagai ayah.

8. Karakteristik responden berdasarkan tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan dibedakan menjadi 3 kategori yang dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Karakteristik responden berdasarkan tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tubuh sebelah kanan	14	46,7
2	Tubuh sebelah kiri	16	53,3
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.8 diatas dapat dijelaskan bahwa sebagian besar dari responden (53,3%) tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan adalah tubuh sebelah kiri .

5.1.3 Data khusus

Pada data khusus ini menyajikan hasil penelitian sesuai tujuan penelitian yaitu menganalisis hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan, sebagai berikut :

1. Karakteristik tugas keluarga

Distribusi frekuensi tugas keluarga dibedakan menjadi tiga kategori, yang dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Karakteristik tugas keluarga di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Tugas keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tinggi	21	70
2	Sedang	5	16.7
3	Rendah	4	13.3
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.9 diatas dapat dijelaskan bahwa distribusi frekuensi tugas keluarga menunjukkan sebagian besar (70%) adalah tinggi.

2. Karakteristik proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*

Distribusi frekuensi proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* dibedakan menjadi dua kategori , yang dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Karakteristik responden berdasarkan proses adaptasi pasien stroke di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan pada bulan Maret 2018

No	Proses adaptasi	Frekuensi	Persentase (%)
1	Adaptif	23	76.6
2	Maladaptif	7	23.3
	Jumlah	30	100

Sumber : Data primer, 2018

Berdasarkan tabel 5.10 diatas dapat dijelaskan bahwa distribusi frekuensi proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* menunjukkan hampir seluruhnya (76.6%) responden mempunyai proses adaptasi yang adaptif .

3. Tabulasi silang antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*

Distribusi frekuensi tabulasi silang antara proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*, dibedakan menjadi tiga kategori, yang dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Tabulasi silang antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*

No	Tugas keluarga	Proses adaptasi				Total	
		Adaptif		Maladaptif		Frekuensi	%
		Frekuensi	%	Frekuensi	%		
1	Tinggi	21	91.3	0	0	21	70
2	Sedang	2	8.7	3	42.8	5	16.7
3	Rendah	0	0	4	57.1	4	13.3
	Jumlah	23	100	7	100	30	100
	r_s		0,875				
	p value		0,000				
	keputusan		H1 diterima (0,000<0,05)				

Sumber : Data primer,2018

Berdasarkan tabel 5.11 diatas menunjukkan bahwa keluarga dengan tugas baik menunjukkan proses adaptasi yang adaptif sebesar 21 (91.3%) dan mal adaptife sebesar 0 (0%) , keluarga dengan tugas sedang menunjukkan proses adaptasi yang adaptif sebesar 2 (8.7%) dan mal adaptif sebesar 5 (16.7%), sedangkan keluarga dengan tugas yang kurang menunjukkan proses adaptasi yang adaptif sebesar 0 (0%) dan proses adaptif maladaptif sebesar 4 (13.3%).

Sedangkan hasil dari *Corelasi Rank Spearman* yaitu untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel bebas dan tergantung. Dengan tingkat kesalahan (α) = 0,05 dengan hasil nilai p 0,00 < 0,05 berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, jadi ada hubungan antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*.

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini akan diulas mengenai hasil penelitian yang telah dilaksanakan yaitu tentang hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

5.2.1. Tugas keluarga pasien stroke di Ruang IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

Berdasarkan hasil penelitian yang berkaitan dengan tugas keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan dan memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan. Tugas keluarga kaitannya dengan adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik pada penelitian ini menggambarkan bahwa dari 30 responden sebagian besar (70%) memiliki tugas yang tinggi terhadap anggota keluarga yang terkena stroke, sedangkan sebagian kecil (16,7 %) mempunyai tugas yang sedang, serta sebagian kecil (13.3%) mempunyai tugas yang rendah terhadap anggota keluarga yang menderita stroke.

Teori yang dikemukakan oleh Andarmoyo (2012) bahwa tugas keluarga yang baik yaitu dapat mengenal masalah kesehatan keluarga, sejalan dengan teori tersebut, dalam penelitian ini responden menunjukkan nilai yang bagus dalam hal mengenal masalah keluarga yang menderita penyakit stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan, dengan harapan tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga dapat dilakukan dengan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. 20 kuesioner

yang ada, didapatkan 30 responden dengan keluarga yang tahu bahwa responden tidak diperbolehkan makan makanan yang banyak mengandung tinggi garam. Mereka berpendapat bahwa makanan tinggi garam memicu darah tinggi yang merupakan factor resiko terjadinya serangan Stroke. Faktor risiko yang dapat diubah adalah obesitas (kegemukan), hipertensi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, dan pola hidup tidak sehat (AHA, 2015).

Pantangan makanan bagi penderita stroke diantaranya adalah segala jenis makanan yang mengandung lemak trans seperti kerupuk, keripik, margarine, mentega, es krim, biscuit, pop corn, dan setiap makanan yang dipanggang dan digoreng (Mercola, dr. 2012). Sebanyak 9 responden, keluarganya memberikan makanan yang mengandung lemak, seperti kerupuk, keripik, margarine, mentega, es krim dan setiap makanan yang dipanggang atau digoreng. Mereka menyajikan makanan sama dengan anggota keluarganya yang lain yang tidak menderita stroke karena kurangnya pengetahuan dari keluarga karena pendidikan mereka yang rendah yaitu SD. Menurut pendapat Notoatmojo (2010) bahwa pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut semakin luas pula pengetahuannya dan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 30 responden yang diteliti didapatkan sebagian besar (53,3%) tinggal bersama anak . Menurut Friedman (2010) anggota keluarga khususnya anak mempunyai tugas penting dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Seorang anak kandung memiliki tugas

sebagai *health provider* atau penyedia kesehatan yaitu orang yang menjaga sekaligus merawat dan mencari pengobatan untuk orangtuanya. Anak memiliki rasa kasih sayang yang lebih besar dalam merawat orangtuanya, sehingga terbentuk tugas yang baik. Seorang anak memiliki rasa kasih sayang yang tulus kepada orang tuanya. Anak memiliki rasa tanggung jawab untuk merawat orang tuanya sebagai tanda pengabdian. Seperti mencari pelayanan kesehatan yang terbaik dan mencari berbagai informasi untuk meningkatkan pengetahuan dalam merawat orang tuanya yang sakit (Tri astuti, 2013).

Keluarga adalah unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota dan akan mempengaruhi pula keluarga-keluarga yang ada disekitarnya. Keluarga memiliki tugas yang sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahap peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi (Andarmoyo, 2012). Dengan tinggal satu rumah dengan anaknya, tugas sebagai keluarga akan lebih mudah dilaksanakan secara langsung, terlebih pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik, yang membutuhkan bantuan anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan hidupnya.

Selain dapat mengenal masalah keluarga, dikatakan tugas keluarga yang baik yaitu dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, dalam penelitian ini upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga yaitu segera membawa anggota keluarga yang sakit ke rumah sakit, melakukan semua saran yang didapat dari dokter selama dirawat di rumah sakit, seperti melatih bergerak dan melatih kekuatan otot secara rutin. Selain itu sebanyak 28 responden , selain dibawa ke Rumah Sakit, keluarga juga

membawanya ke pengobatan alternative seperti pijat refleksi. Mereka beranggapan bahwa dengan pijat refleksi dapat membantu dalam pemulihan. Seperti yang dikemukakan oleh Abdullah Almuttaqin (2017), bahwa pijat sangat berguna untuk penderita stroke karena dapat membantu mengurangi kualitas depresi dan kecemasan yang mengekang. Pijat juga dapat meningkatkan aliran darah ke otot-otot yang kejang atau lumpuh.

Dikatakan seorang keluarga tersebut mempunyai tugas yang baik selain mengenal masalah keluarga adalah kemampuan anggota keluarga dalam merawat keluarga yang sakit, dalam penelitian ini keluarga dapat membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum, buang air kecil dan buang air besar, melatih untuk bergerak secara rutin, serta motivasi untuk cepat sembuh.

Dalam penelitian ini, keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan anggota keluarga yang sakit, dengan meletakkan kebutuhan dekat dengan anggota keluarga yang sakit. Selain dapat memodifikasi lingkungan anggota keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan mendukung program kesehatan. Selain itu didapatkan rata-rata responden mempunyai tugas yang kurang dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, keluarga sering tidak tepat waktu saat mengantarkan kontrol ke poli kecuali kalau tidak merasakan adanya gejala penyakitnya kambuh.

Penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa sebagian besar anggota keluarga mempunyai tugas yang baik terhadap anggota keluarga yang sakit, sesuai dengan teori Andarmoyo (2012) tentang tugas keluarga di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan.

5.2.2. Proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*

Frekuensi proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* menunjukkan bahwa hampir seluruhnya dari responden (76.6 %) mempunyai adaptasi yang adaptif dan sebagian kecil dari responden (23.3 %) mempunyai adaptasi yang maladaptif, proses adaptasi dalam penelitian ini mencakup adaptasi Fungsi fisiologis, adaptasi konsep diri, adaptasi fungsi tugas dan adaptasi Interdependensi.

Penelitian ini, dari 20 kuesioner didapatkan rata-rata responden mempunyai keyakinan dapat sembuh, terbukti dalam fungsi fisiologis dengan adanya peningkatan pergerakan dan bisa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri. Fungsi tugas yaitu responden dapat beradaptasi dengan tetap berusaha melakukan aktifitas untuk melatih pergerakan sendi dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Merasa diperhatikan oleh anggota keluarga adalah salah satu adaptasi positif dalam konsep diri, walaupun ada sebagian yang merasa bahwa anggota keluarga tidak menerima dengan kondisi sakit yang dialami saat ini. Fungsi interdependensi didapatkan beberapa responden merasa tidak dihargai sebagai pemimpin keluarga dengan keterbatasannya dan takut menjadi beban dalam keluarga merupakan adaptasi yang maladaptive.

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan setengahnya (50%) dari responden berpendidikan SLTA. Menurut pendapat Notoatmojo (2010, tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan, orang berpendidikan tinggi diharapkan memiliki pengetahuan yang lebih tinggi untuk dapat memberikan

koping yang positif terhadap sakitnya sehingga dapat beradaptasi dengan dengan baik terhadap gangguan mobilitas yang dialaminya.

Berdasarkan tabel 5.4, didapatkan bahwa hampir setengahnya dari responden (26,7%) mempunyai pekerjaan sebagai PNS/Pensiunan. Menurut pendapat Friedman (2010) bahwa semakin terdidik seseorang maka semakin baik pengetahuannya tentang kesehatan. Sebagai PNS, sebagian besar waktunya banyak dihabiskan dikantor maupun luar kantor sehingga banyak informasi yang mereka peroleh baik dari petugas kesehatan maupun media informasi lain yang lebih lengkap sehingga berpengaruh pada proses adaptasi yang lebih baik.

Berdasarkan tabel 5.6 dijelaskan bahwa dari 30 responden yang diteliti didapatkan sebagian besar dari responden (63,3%) menderita stroke < 1 tahun. Romi Kurniawan (2017) menjelaskan bahwa lama menderita stroke akan mempengaruhi kondisi seseorang dalam menerima keadaan fisiknya. Lama menderita stroke juga akan membuat pasien merasa depresi dan tidak berdaya dengan apa yang dialaminya (Romi Kurniawan, 2017). Winstein et al (2016) menjelaskan bahwa depresi atau rasa putus asa yang dialami oleh pasien stroke dapat diturunkan dengan melakukan latihan fisik.

Berdasarkan tabel 5.7 dijelaskan bahwa dari 30 responden yang diteliti didapatkan hampir setengahnya dari responden (40%) status dalam keluarga sebagai ayah. Menurut Friedman (2010), peran ayah sebagai suami dari istri dan ayah bagi anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Sehingga

memotivasi unduk dapat beradaptasi dengan gangguan mobilitas fisik yang dialaminya.

Selain adaptasi konsep diri dalam penelitian ini menggambarkan adanya adaptasi fungsi interdependensi yaitu beberapa merasa tidak lagi dihargai sebagai pemimpin dalam keluarga, berharap tetap diajak untuk ikut berbagai kegiatan di lingkungan rumah, takut apabila hanya menjadi beban dalam keluarga, mendapat perhatian lebih dari keluarga selama sakit dan keinginan untuk segera sembuh dan dapat beraktivitas lagi. Penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik mempunyai adaptasi yang adaptif terhadap penyakit yang dialami.

5.2.3. Hubungan tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

Berdasarkan tabel 5.11 diatas menunjukkan bahwa keluarga dengan tugas baik menunjukkan proses adaptasi yang adaptif sebesar 21 (91.3%) dan maladaptif sebesar 0 (0%) , keluarga dengan tugas sedang menunjukkan proses adaptasi yang adaptif sebesar 2 (8.7%) dan maladaptif sebesar 3 (42.8%), sedangkan keluarga dengan tugas yang rendah menunjukkan proses adaptasi positif sebesar 0 (0%) dan maladaptive sebesar 4 (13.3%). Sedangkan hasil dari *Corelasi Rank Spearman* yaitu untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel bebas dan tergantung. Dengan tingkat kesalahan (α) = 0,05 dengan hasil nilai p $0,00 < 0,05$ berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, jadi ada hubungan antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di Ruang IRNA IV RSUD

dr. Sayidiman Magetan. Hasil uji tersebut juga diketahui tingkat hubungan antara dua variabel, dengan ditunjukkan nilai koefisien korelasi 0,875 yang berarti memiliki hubungan sangat kuat antara tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy*. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Rohadirja, Komariah & Adiningsih (2012) yang menyebutkan bahwa penderita stroke yang memiliki konsep diri positif itu disebabkan oleh perasaan dicintai, dihargai, dan mendapatkan dukungan dari keluarganya sendiri.

Menurut Aziz (2009) dalam Andarmoyo (2012), keluarga akan memberikan motivasi terbesar bagi penderita stroke untuk melakukan terapi dengan baik, karena keluarga adalah orang terdekat dengan pasien, sehingga memiliki kondisi yang saling bergantung. Kondisi saling bergantung inilah yang menyebabkan anggota keluarga dapat mempercepat proses adaptasi dari anggota keluarga yang menderita stroke. Begitu pula dengan penderita, dengan tugas keluarga yang baik maka penderita akan merasa diterima oleh keluarganya dan berkeinginan sembuh, sehingga penderita akan cepat beradaptasi dengan kondisi saat ini.

Penelitian ini dapat diambil kesimpulan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda semakin baik tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit maka semakin positif pula adaptasi dari pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik, manusia sebagai sistem adaptif (dapat menyesuaikan diri), sakit atau memiliki potensi sakit, ketika mengalami stress atau kelemahan / kekurangan mekanisme coping, biasanya manusia berusaha untuk menanggulangi yang tidak efektif. Manusia berusaha meminimalkan

kondisi yang tidak efektif dan memelihara yang adaptif, dengan peningkatan adaptasi manusia terbebas dari pemakaian energi dan energi tersebut dapat digunakan untuk stimulus yang baik. Sesuai dengan teori *Callista Roy* Manusia sebagai makhluk biologi, psikologi dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya, maka dalam penelitian inipun menggambarkan bahwa bentuk interaksi sosial yang diberikan oleh keluarga melalui tugas keluarga dapat meningkatkan adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini, peneliti akan menjelaskan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian dan pembahasan yang sudah dilakukan oleh peneliti.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Tugas keluarga pasien stroke di IRNA IV RSUD dr.Sayidiman Magetan sebagian besar adalah dalam kategori tinggi.
2. Proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan sebagian besar adalah adaptif.
3. Ada hubungan antara tugas keluarga dengan Proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori *Callista Roy* di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti akan memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi keluarga

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat umumnya dan keluarga pasien bahwa ada beberapa pantangan makanan bagi penderita stroke diantaranya adalah makanan yang mengandung lemak, seperti kerupuk, keripik, margarine, mentega, es krim dan setiap makanan yang dipanggang dan digoreng yang harus dihindari sehingga dapat mengurangi resiko terhadinya serangan stroke berulang.

2. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan dapat memberika edukasi tentang tugas keluarga yaitu tentang pentingnya mengenal penyakit stroke seperti pantangan makanan yang dapat mengurangi resiko serangan stroke berulang.

3. Bagi dosen dan mahasiswa

Agar dapat melakukan penelitian tentang tugas keluarga dan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan dapat mengembangkan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan tugas keluarga dalam proses adaptasi pasien stroke dengan metode lain seperti penelitian kualitatif dengan wawancara mendalam dengan jumlah sampel yang lebih banyak..

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Almuttaqien .2017. *Titik Pijat Refleksi dan Akupresur Untuk Penderita Stroke*. Artikel dirilis <http://refleksi.id/titik-akupresur-energi/>. Diakses 17 April 2018.
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Metodologi Penelitian*.Yogjakarta: Bina Aksara
- Asanti dan Pinzon. 2010. *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi offset.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DepKes RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) nasional 2013*; available From : <http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id/data/lapriskesdas.pdf> : diakses tanggal 20 Desember 2017
- Brunner & Suddarth. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . edisi 8 volume 3. Jakarta: EGC.,
- Davidson,J.A. *Family Centered Care: meeting the needs of patients families And helping families adapt to critical illness*. *American Association of Critical-Care Nurses Journal*, 2009
- Friedman. 2010. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC.
- Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al. *Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council*.
- Go ST, Mozaffarian D, Roger VL, et al. 2014. *Heart disease and stroke statistics – 2014 update: a report from the american heart association*. *Journal of the American Heart Association*,
- Herdman Heather. 2012. *NANDA Internasional diagnosis keperawatan: definisi dan klasifikasi 2012-2014*. Terjemahan oleh Made Sumarwati dan Nike Budhi S. Jakarta: EGC
- Isti Wahyuningsih. 2012. *Pengaruh ROM terhadap kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke non hemoragic*. Mahasiswa program studi ilmu keperawatan STIKES Telogerejo Semarang
- Mercola. 2012. *7 Pantangan Makanan Bagi Penderita Stroke*. Artikel dirilis Bliherbal.com/pantangan_makanan_bag. Diakses 17 April 2018

- Misbach, J. 2011. *Stroke : Aspek Diagnosis, patofisiologi, Manajemen*. Jakarta : Badan Penerbit FKUI
- Muhlisin, A. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta
- Nursalam, 2010. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Pandian, JD., Sudhan, P. 2013. *Stroke Epidemiology and Stroke Care Services in India*. Journal of Stroke
- Romi, K., 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Rehabilitasi Fisik Pasien Stroke Di RSUD kota Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta, Universitas Muhammadiyah : 12
- Rohardija, R., Komariah, M., & Dian, A. 2012. *Konsep Diri Pada Pasien Stroke Ringan di Poliklinik Saraf RSUD Sumedang*. Diakses pada tanggal 23 februari 2018 dari : <http://jurnal.unpad.ac.id/ejournal/article/download/615/669>
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia.2013. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*.
- Satyanegara.2010. *Ilmu bedah saraf*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Jilid 1. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Sugiyono.2008.*Metodologi Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta
- Suwanwela NC.2014. *Stroke epidemiology in Thailand*. Journal of Stroke; 16(1): 1-7.

Tri Astuti,2013. Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Dengan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Merawat Lansia Penderita Diabetes Militus Di Puskesmas Temon I Kulon Progo. *Skripsi*. Yogyakarta, STIKES Jendral Ahmad Yani: 59-60

Tobroni, hakim.2016. Peran Keluarga Dalam Proses Adaptasi Pasien CVA Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di RSM Ahmad Dahlan Kota Kediri. *Skripsi*. Kediri, STIKES Surya Mitra Husada

JADWAL PELAKSANAAN SKRIPSI 2017 / 2018

PRODI S1 KEPERAWATAN STIKES ICME JOMBANG

No	Kegiatan	DESEMBER				JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengumpulan Masalah	■	■																						
2	Penentuan Pembimbing			■																					
3	Konsultasi Judul				■																				
4	Bimbingan Proposal					■	■	■																	
5	Ujian proposal								■																
6	Revisi Proposal									■	■	■													
7	Pengambilan Data												■	■											
8	Pengolahan Data														■	■	■	■							
9	Ujian Hasil Skripsi																		■						
10	Revisi Skripsi																			■	■	■			
11	Pengesahan dan Persetujuan																					■			
12	Penggandaan dan Pengumpulan																						■	■	

Lampiran 1

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKTIAS NO.141/DI/O/2005

ONo. : 274/KTI-S1KEP/K31/073127/III/2018
 Lamp. : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Jombang, 13 Maret 2018

Kepada :

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten
 Magetan
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi **S1 - Keperawatan** Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **IKA APRILIASANTY**
 NIM : 16 322 0047
 Judul Penelitian : *Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy Di IRNA 4 RSUD dr. Sayidiman Magetan*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.



H. Imam Fatoni, SKM., MM
 NIK: 03.04.022



**PEMERINTAH KABUPATEN MAGETAN
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Basuki Rachmat Barat Nomor 1 Magetan Kode Pos 63314
Telepon (0351) 8198137 Fax. (0351) 8198137
E-mail: bakesbangpol.magetan@mail.com

SURAT KETERANGAN IZIN PENELITIAN

Nomor : 072 / 113 / 403.205 / 2018

- Membaca : Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) " Insan Cendekia Medika " Jombang, tgl. 13 Maret 2018 nomor : 274KTI-S1 KEP/K31/073127/III/2018 perihal permohonan ijin Penelitian.
- Mengingat : 1. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 Tahun 1972.
2. Surat Gubernur Jawa Timur tanggal 17 Juli 1972 Nomor : Gub./187/1972.
3. Radiogram Gubernur Jatim, tgl 30 Desember 1999 No.300/1885/303/1999 perihal proses perijinan Survey KKN, PKL dan sejenisnya.

Dengan ini menyatakan **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan Izin Penelitian yang diajukan oleh :

- Nama : **IKA APRILIASANTY**
 NIM : 16 322 0047
 Program Studi : S1 Keperawatan
 Tema / Judul : " Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy Di IRNA 4 RSUD dr. Sayidiman Magetan "
- Nama Penanggung Jawab : H. Imam Fatoni, SKM.,MM
 Jabatan : Ketua
 Alamat : Jl. K.H. Hasyim Asyar 171 Mojosongo Jombang
 Lokasi : RSUD dr. Sayidiman Magetan
 (Ruang IRNA 4 RSUD dr. Sayidiman Magetan)
 Waktu pelaksanaan : Bulan Maret s/d Mei 2018

Dengan ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka waktu 1 x 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Camat dan Kepolisian setempat.
2. Mentaati ketentuan – ketentuan yang berlaku di Daerah Hukum Pemerintah setempat.
3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan pernyataan, baik dengan lesan maupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina agama, bangsa, negara dari suatu golongan penduduk.
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan lain diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
5. Setelah berakhirnya survey / research dan lain – lain, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan survey / research dan lain – lain sebelum meninggalkan tempat survey / research dan lain – lain.
6. Selesai pelaksanaan kegiatan survey / research / penelitian dan lain – lain **diwajibkan** memberikan laporan hasil pelaksanaan kegiatan dan atau menyerahkan 1 (satu) eksemplar hasil penelitian kepada **Bakesbangpol dan Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Magetan.**

7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Magetan, 15 Maret 2018

A.n PIt. KEPALA BAKESBANGPOL
KABUPATEN MAGETAN
PIt. Sekretaris



ENDRI YUPRIYANTO, SE

Pembina

NIP. 19610428 198603 1 011

Tembusan Yth :

1. Sdr Kepala Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Magetan
2. Sdr Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan
3. Sdr Direktur RSUD dr. Sayidiman Magetan
4. Sdr Kepala Bagian Ruang IRNA 4 RSUD dr. Sayidiman Magetan



PEMERINTAH KABUPATEN MAGETAN
DINAS KESEHATAN
UPTD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr.SAYIDIMAN
 Jalan Pahlawan Nomor 2 Magetan Kode Pos 63318
 Telepon. (0351) 895023 Fax. 0351- 895067
 e-mail: rsud@magetan.go.id

Magetan, 22 Maret 2018

Kepada

Nomor	: 895/ 77A /403.300/2018	Y th. Ka.Ruang IRNA 4
Sifat	: Penting	RSUD dr. Sayidiman Magetan
Lampiran	: -	Di
Perihal	: <u>Penghadapan Mahasiswa Untuk</u> <u>Penelitian a/n Ika Apriliasanty</u>	<u>M A G E T A N</u>

Menindaklanjuti Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Magetan Nomor 072/113/403.205/2018 Tanggal 15 Maret 2018 Perihal Izin Penelitian, dengan ini kami hadapkan kepada Saudara Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, atas nama :

Nama	: IKA APRILIASANTY
NPM	: 16 322 0047
Waktu	: Bulan Maret s/d Mei 2018
Judul/Tema	: Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy Di IRNA 4 RSUD dr.Sayidiman Magetan

Untuk melaksanakan penelitian tugas akhir di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Sayidiman Magetan selama 3 bulan, Selanjutnya untuk dapatnya dibantu dalam pelaksanaan tersebut.

Demikian untuk menjadi perhatian dan atas kerjasamanya yang baik diucapkan terima kasih

Pt.DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. SAYIDIMAN MAGETAN



dr. YUNUS MAHATMA, Sp.PD
 Pembina Tk. I
 NIP. 19640104 199509 1 001

*Lampiran 4***LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada

Yth. Calon Responden Penelitian

Ditempat

Dengan hormat,

Saya sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, menyatakan bahwa saya mengadakan penelitian ini sebagai salah satu kegiatan penelitian Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi “Hubungan Tugas keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di Ruang IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan”.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas saya mengharapkan kesediaan responden untuk memberikan jawaban dan tanggapan yang ada dalam kuesioner ini sesuai dengan pendapat anda sendiri tanpa dipengaruhi orang lain sesuai petunjuk. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas anda dan informasi yang anda berikan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan tidak digunakan untuk maksud-maksud lain.

Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat bebas artinya anda bebas ikut/tidak tanpa sangsi apapun. Atas perhatian dan kesediaanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Ika Apriliasanty
NIM.163220047

*Lampiran 5***LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia berpartisipasi dalam pengambilan data atau sebagai responden pada Usulan Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, yang bernama Ika Apriliasanty, NIM 163220047 yang dalam Usulan Penelitian yang berjudul Hubungan Tugas keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori *Callista Roy* di Ruang IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan.

Saya yakin bahwa informasi yang saya berikan ini bermanfaat bagi peneliti, responden, Institusi Program Studi Pendidikan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, di dunia kesehatan serta bagi masyarakat, dan jawaban serta identitas yang saya berikan akan dijamin kerahasiaanya.

Magetan, Januari 2018

Peneliti

Responden

Ika Apriliasanty
NIM.163220047

(.....)

Lampiran 6

KISI-KISI KUESIONER

JUDUL : Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke

Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista

Roy di IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

VARIABEL	PARAMETER	NO SOAL	POSITIF	NEGATIF
Independent : Tugas keluarga	1. Mengenal masalah kesehatan	1-4	1,2,4	3
	2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat	5-8	5,6,7,8	
	3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan	9-12	9,10,11,12	
	4. Memodifikasi lingkungan	13-16	13,14,15,16	
	5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	17-20	17,18,19,20	
Dependent : Proses adaptasi	1. Fungsi fisiologis	1-5	1-5	8 13 16,18
	2. Konsep diri	6-10	6,7,9,10	
	3. Fungsi tugas	11-15	11,12,14,15	
	4. Interdependensi	16-20	17,19,20	

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

JUDUL : Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang
Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy di
IRNA IV RSUD dr. Sayidiman Magetan

A. DATA DEMOGRAFI

No. responden :

(Diisi peneliti)

Nama :

1. Usia

45-59 tahun 75-90 tahun
 60-74 tahun > 90 tahun

2. Pendidikan :

SD SLTA
 SLTP Perguruan Tinggi

3. Jenis Kelamin

Laki-laki Perempuan

4. Pekerjaan

PNS Petani Wiraswasta
 Swasta IRT Buruh

5. Tinggal bersama

Anak Istri
 Suami Saudara

6. Telah menderita stroke selama :

≥ 1 Tahun < 1 tahun

7. Status dalam keluarga

- Ayah Ibu Anak
- Kakek Nenek

8. Tubuh Yang mengalami kelumpuhan/kelemahan

- Tubuh sebelah kanan
- Tubuh sebelah kiri
- Seluruh tubuh kanan/kiri

B. TUGAS KELUARGA

Petunjuk :

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti
2. Pilihlah salah satu jawaban dibawa ini dengan memberi tanda (√) pada jawaban yang anda anggap sesuai pada kolom yang telah disediakan
3. Mohon diteliti kembali agar tidak terjadi kesalahan dalam memilih
4. Jawaban anda akan menjadi rahasia peneliti.

Pertanyaan	Ya	Tidak
<p>A. Mengetahui masalah kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga anda tahu bahwa anda tidak boleh makan makanan yang banyak mengandung tinggi garam ? 2. Keluarga anda tahu bahwa anda harus menghindari makanan yang mengandung kolesterol dan lemak tinggi, seperti mentega, keju dan gorengan ? 3. Keluarga anda memberi anda makanan yang mengandung lemak, seperti kerupuk, keripik, margarine, mentega, es krim dan setiap makanan yang dipanggang dan digoreng? 4. Apakah keluarga anda tahu cara mengurangi resiko serangan stroke berulang? 		
<p>B. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ketika anda sakit, apakah keluarga anda segera membawa anda ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan ? 6. Apakah keluarga anda mengutamakan pengobatan medis dibandingkan tradisional ? 7. Apakah keluarga anda melakukan semua saran yang didapat dari dokter selama dirawat di rumah sakit, seperti melatih bergerak dan melatih kekuatan otot secara rutin ? 8. Setelah anda sakit, selain ke rumah sakit, Apakah keluarga anda juga membawa anda ke pengobatan alternatif misalnya pijat refleksi atau pijat saraf ? 		
<p>C. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Apakah keluarga anda membantu memenuhi kebutuhan anda dalam makan dan minum ? 10. Apakah keluarga anda juga membantu memenuhi kebutuhan anda dalam dalam buang air kecil dan buang air besar ? 11. Apakah keluarga anda selalu melatih anda untuk bergerak secara rutin ? 12. Apakah keluarga anda selalu memotivasi anda untuk cepat sembuh ? 		
<p>D. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Apakah keluarga anda meletakkan kebutuhan anda dekat dengan anda seperti alat bantu jalan, alat sisir dan makanan ? 14. Apakah keluarga anda selalu menjaga kebersihan tubuh dan kebersihan sekitar tempat tidur anda agar terhindar dari infeksi ? 15. Apakah keluarga memberi anda waktu istirahat yang cukup 		

<p>setiap hari ?</p> <p>16. Apakah keluarga anda juga menjaga anda saat anda istirahat (tidur) ?</p>		
<p>E. Memanfaat fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>17. Apakah keluarga anda mendukung program kesehatan, misal penyuluhan untuk menambah pengetahuan dan informasi tentang suatu penyakit ketika di rumah sakit ?</p> <p>18. Apakah keluarga anda selalu mengantarkan anda untuk kontrol di poli tepat waktu ?</p> <p>19. Apakah keluarga anda selalu mengontrol perkembangan kesehatan anda dengan bertanya kepada dokter keluarga, dokter rumah sakit atau perawat ?</p> <p>20. Setelah anda sakit, apakah keluarga anda menjadi tahu betapa pentingnya mengontrol kesehatan ke rumah sakit secara rutin ?</p>		

C. PROSES ADAPTASI

Petunjuk :

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti
2. Pilihlah salah satu jawaban dibawa ini dengan memberi tanda (√) pada jawaban yang anda anggap sesuai pada kolom yang telah disediakan
3. Mohon diteliti kembali agar tidak terjadi kesalahan dalam memilih
4. Jawaban anda akan menjadi rahasia peneliti.

Pertanyaan	Ya	Tidak
<p>A. Fisiologis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saya merasakan ada peningkatan pergerakan sejak pulang dari rumah sakit 2. Saya merasa dari hari ke hari gejala yang dulu saya rasakan menjadi berkurang dan bahkan hilang seperti pusing. 3. Saya sehari - hari melatih pergerakan sesuai saran dokter 4. Saya sudah bisa duduk 5. Saya bisa makan dan minum sendiri. 		
<p>B. Konsep diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Saya senang saat ada tetangga datang menjenguk 7. Saya yakin sakit saya dapat sembuh 8. Saya merasa ada tetangga yang menjauh karena kondisi saya saat ini 9. Saya merasakan sangat diperhatikan oleh keluarga saya 10. Saya merasa keluarga menerima kondisi saya 		
<p>C. Fungsi tugas</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Dengan kondisi saya, saya tetap berusaha membantu keluarga sebisa saya 12. Saya berusaha melakukan aktivitas yang saya bisa untuk melatih pergerakan saya 13. Saya merasa keluarga saya mengucilkan saya 14. Saya selalu bersosialisasi dengan anggota keluarga lain setiap hari 15. Saya melakukan aktivitas di luar rumah seperti bersosialisasi dengan tetangga dekat rumah 		
<p>D. Interdependensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Saya merasa tidak lagi dihargai sebagai pemimpin dalam keluarga 17. Saya berharap tetap diajak untuk ikut berbagai kegiatan di lingkungan rumah 18. Saya takut apabila saya hanya menjadi beban dalam keluarga 19. Saya ingin selalu mendapat perhatian lebih dari keluarga selama saya sakit 20. Saya ingin segera sembuh dan dapat beraktivitas lagi seperti dulu 		

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

No resp	Usia	Pend	Pekerjaan	Jenis Kelamin	Tinggal bersama	Lama menderita	Status dlm keluarga	Kelemahan/ kelumpuhan	Tugas	Prilaku
1	60-74	SMP	IRT	P	Suami	>1 thn	Ibu	Kanan	Sedang	Adaptif
2	60-74	SMP	Petani	L	Anak	>1 thn	Ayah	Kiri	Sedang	Adaptif
3	45-59	SD	Petani	L	Anak	>1 thn	Kakek	Kanan	Sedang	Maladaptif
4	60-74	PT	PNS	L	Istri	<1 thn	Ayah	Kiri	Tinggi	Adaptif
5	60-74	SMA	Swasta	L	Istri	<1 thn	Ayah	Kiri	Tinggi	Adaptif
6	60-74	PT	PNS	L	Anak	<1 thn	Ayah	Kiri	Tinggi	Adaptif
7	45-59	SD	IRT	P	Suami	>1 thn	Ibu	Kanan	Rendah	Maladaptive
8	45-59	SD	Petani	L	Istri	>1 thn	Ayah	Kanan	Rendah	Maladaptive
9	45-59	SMA	PNS	P	Anak	<1 thn	Nenek	Kiri	Tinggi	Adaptif
10	45-59	SMA	Swata	L	Istri	<1 thn	Ayah	Kiri	Tinggi	Adaptif
11	45-59	SMA	Swasta	L	Anak	<1 thn	Kakek	Kiri	Tinggi	Adaptif
12	60-74	SMA	Wiraswasta	P	Suami	<1 thn	Ibu	Kanan	Tinggi	Adaptif
13	75-90	SMA	PNS	L	Anak	>1 thn	Kakek	Kiri	Tinggi	Adaptif
14	75-90	SMA	IRT	P	Anak	>1 thn	Nenek	Kiri	Tinggi	Adaptif
15	60-74	SMA	Wiraswasta	L	Anak	<1 thn	Kakek	Kanan	Tinggi	Adaptif
16	75-90	SD	Petani	L	Istri	>1 thn	Ayah	Kanan	Rendah	Maladaptif
17	75-90	SD	Petani	L	Istri	>1 thn	Ayah	Kiri	Rendah	Maladaptive
18	45-59	SMA	IRT	P	Anak	<1 thn	Nenek	Kanan	Tinggi	Adaptif
19	75-90	SMA	IRT	P	Anak	<1 thn	Nenek	Kanan	Tinggi	Adaptif
20	45-59	SMP	Petani	L	Anak	<1 thn	Kakek	Kiri	Tinggi	Adaptif
21	45-59	SMP	Petani	L	Anak	<1 thn	Kakek	Kiri	Tinggi	Adaptif
22	60-74	SMA	PNS	L	Anak	<1 thn	Ayah	Kanan	Tinggi	Adaptif
23	60-74	SMP	IRT	P	Suami	>1 thn	Ibu	Kiri	Sedang	Maladaptive

24	60-74	SMP	Wiraswasta	P	Anak	<1 thn	Ibu	Kanan	Sedang	Maladaptive
25	60-74	SMP	IRT	P	Suami	<1 thn	Ibu	Kiri	Tinggi	Adaptif
26	60-74	SMA	PNS	L	Anak	<1 thn	Ayah	Kiri	Tinggi	Adaptif
27	60-74	SMP	Wiraswasta	L	Anak	>1 thn	Kakek	Kanan	Tinggi	Adaptif
28	60-74	PT	PNS	L	Istri	<1 thn	Ayah	Kanan	Tinggi	Adaptif
29	60-74	SMA	PNS	P	Suami	<1 thn	Ibu	Kiri	Tinggi	Adaptif
30	60-74	SMA	Swasta	L	Istri	<1 thn	Ayah	Kanan	Tinggi	Adaptif

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

No resp	Usia	Pend	Pekerjaan	Jenis Kelamin	Tinggal bersama	Lama menderita	Status dlm keluarga	Kelemahan/ kelumpuhan	Tugas	Prilaku
1	U2	P2	PK5	JK2	T2	MS1	S2	L1	Sedang	Adaptif
2	U2	P2	PK3	JK1	T1	MS1	S1	L2	Sedang	Adaptif
3	U1	P1	PK3	JK1	T1	MS1	S4	L1	Sedang	Maladaptif
4	U2	P4	PK1	JK1	T3	MS2	S1	L2	Tinggi	Adaptif
5	U2	P3	PK2	JK1	T3	MS2	S1	L2	Tinggi	Adaptif
6	U2	P4	PK1	JK1	T1	MS2	S1	L2	Tinggi	Adaptif
7	U1	P1	PK5	JK2	T2	MS1	S2	L1	Rendah	Maladaptive
8	U1	P1	PK3	JK1	T3	MS1	S1	L1	Rendah	Maladaptive
9	U1	P3	PK1	JK1	T1	MS2	S5	L2	Tinggi	Adaptif
10	U1	P3	PK2	JK1	T3	MS2	S1	L2	Tinggi	Adaptif
11	U1	P3	PK2	JK1	T1	MS2	S4	L2	Tinggi	Adaptif
12	U2	P3	PK4	JK2	T2	MS2	S2	L1	Tinggi	Adaptif
13	U3	P3	PK1	JK1	T1	MS1	S4	L2	Tinggi	Adaptif
14	U3	P3	PK5	JK2	T1	MS1	S5	L2	Tinggi	Adaptif
15	U2	P3	PK4	JK1	T1	MS2	S4	L1	Tinggi	Adaptif
16	U3	P1	PK2	JK1	T3	MS1	S1	L1	Rendah	Maladaptif
17	U3	P1	PK2	JK1	T3	MS1	S1	L2	Rendah	Maladaptive
18	U1	P3	PK5	JK2	T1	MS2	S5	L1	Tinggi	Adaptif
19	U3	P3	PK5	JK2	T1	MS2	S5	L1	Tinggi	Adaptif
20	U1	P2	PK3	JK1	T1	MS2	S4	L2	Tinggi	Adaptif
21	U1	P2	PK3	JK1	T1	MS2	S4	L2	Tinggi	Adaptif
22	U2	P3	PK1	JK1	T1	MS2	S1	L1	Tinggi	Adaptif
23	U2	P2	PK5	JK2	T2	MS1	S2	L2	Sedang	Maladaptive
24	U2	P2	PK4	JK2	T1	MS2	S2	L1	Sedang	Maladaptive
25	U2	P3	PK5	JK2	T2	MS2	S2	L2	Tinggi	Adaptif

26	U2	P3	PK1	JK1	T1	MS2	S1	L2	Tinggi	Adaptif
27	U2	P2	PK4	JK1	T1	MS1	S4	L1	Tinggi	Adaptif
28	U2	P4	PK1	JK1	T3	MS2	S1	L1	Tinggi	Adaptif
29	U2	P2	PK1	JK2	T2	MS2	S2	L2	Tinggi	Adaptif
30	U2	P3	PK2	JK1	T3	MS2	S1	L1	Tinggi	Adaptif

TABULASI TUGAS KELUARGA

NO RESP	NOMER SOAL																				X	%	INTERPRETASI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	12	60	SEDANG
2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	15	75	SEDANG
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15	75	SEDANG
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	TINGGI
6	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
7	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	35	RENDAH
8	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	6	30	RENDAH
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	TINGGI
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI
11	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI
13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	TINGGI
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI
16	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	7	35	RENDAH
17	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	6	30	RENDAH
18	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI

20	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	TINGGI
21	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
22	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18	90	TINGGI
23	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	12	60	SEDANG
24	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	15	75	SEDANG
25	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI
27	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	80	TINGGI
28	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	TINGGI
29	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	18	90	TINGGI
30	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	95	TINGGI
	30	25	9	20	26	26	23	28	25	22	17	30	24	26	30	24	23	14	24	30			
rata-rata	21			25,75				23,5				26			22,75								

TABULASI PROSES ADAPTASI

NO RESP	NOMER SOAL																				X	X'	x-x'	(x-x') ²	s	T	MT	INTERPRETASI
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20								
1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16	15,97	0,03	9E-04	3,41	50,088	49,9	Adaptif
2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	16	15,97	0,03	9E-04	3,41	50,088	49,9	Adaptif
3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	15	15,97	-0,97	0,941	3,41	47,155	49,9	Maladaptif
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	17	15,97	1,03	1,061	3,41	53,021	49,9	Adaptif
5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	17	15,97	1,03	1,061	3,41	53,021	49,9	Adaptif
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	8	15,97	-7,97	63,52	3,41	26,628	49,9	Maladaptif
8	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	8	15,97	-7,97	63,52	3,41	26,628	49,9	Maladaptif
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
11	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
13	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
14	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
16	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	8	15,97	-7,97	63,52	3,41	26,628	49,9	Maladaptif
17	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	8	15,97	-7,97	63,52	3,41	26,628	49,9	Maladaptif
18	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif
19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif

20	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
21	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
23	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	12	15,97	-3,97	15,76	3,41	38,358	49,9	Maladaptif			
24	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	15	15,97	-0,97	0,941	3,41	47,155	49,9	Maladaptif			
25	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
26	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
27	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	16	15,97	0,03	9E-04	3,41	50,088	49,9	Adaptif			
28	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
29	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
30	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	15,97	2,03	4,121	3,41	55,953	49,9	Adaptif			
	26	26	25	26	23	30	26	2	28	30	25	26	20	30	26	4	25	23	29	30	480	479,1	0,9	348		1502,6		Adaptif 23,Maladaptif 7			
																					16										
Rata-rata	25,2				23,2				25,4				22,2																		

Lampiran 9

OLAH DATA DEMOGRAFI DENGAN SPSS

Frequencies

		Statistics							
		Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Jenis Kelamin	Tinggal bersama	Lama menderita stroke	Status dalam keluarga	Tubuh yang mengalami kelumpuhan
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
	Mean	1.87	2.50	2.93	1.37	1.73	1.37	2.47	1.53
	Std. Error of Mean	.124	.164	.279	.089	.159	.089	.283	.093
	Median	2.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00
	Mode	2	3	1	1	1	1	1	2
	Std. Deviation	.681	.900	1.530	.490	.868	.490	1.548	.507
	Variance	.464	.810	2.340	.240	.754	.240	2.395	.257
	Range	2	3	4	1	2	1	4	1
	Minimum	1	1	1	1	1	1	1	1
	Maximum	3	4	5	2	3	2	5	2
	Sum	56	75	88	41	52	41	74	46

Frequency Table

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 45 s/d 59	9	30.0	30.0	30.0
60 s/d 74	16	53.3	53.3	83.3
75 s/d 90	5	16.7	16.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	5	16.7	16.7	16.7
SMP	8	26.7	26.7	43.3
SMA	14	46.7	46.7	90.0
PT	3	10.0	10.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	8	26.7	26.7	26.7
Swasta	4	13.3	13.3	40.0
Petani	7	23.3	23.3	63.3
Wiraswasta	4	13.3	13.3	76.7
IRT	7	23.3	23.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	19	63.3	63.3	63.3
Perempuan	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Tinggal bersama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Anak	16	53.3	53.3	53.3
Suami	6	20.0	20.0	73.3
Istri	8	26.7	26.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Lama menderita stroke

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 tahun	19	63.3	63.3	63.3
>1 tahun	11	36.7	36.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Status dalam keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ayah	12	40.0	40.0	40.0
Ibu	7	23.3	23.3	63.3
Kakek	7	23.3	23.3	86.7
Nenek	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Tubuh yang mengalami kelumpuhan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kanan	14	46.7	46.7	46.7
Kiri	16	53.3	53.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tugas keluarga * Perilaku	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

Tugas keluarga * perilaku Crosstabulation

Count

	Perilaku		Total
	Adaptif	Maladptif	
Rendah	0	4	4
Tugas Sedang	2	3	5
Tinggi	21	0	21
Total	23	7	30

Nonparametric Correlations

Correlations





			Tugas Keluarga	Perilaku
Spearman's rho	Tugas Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.875**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
	Perilaku	N	30	30
		Correlation Coefficient	.875**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 10

LEMBAR REVISI BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM S1-ILMU KEPERAWATAN
STIKES INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2018

Nama Mahasiswa : Ika Apriliasanti
 NIM : 163220047
 Judul Skripsi : Peran keluarga dalam proses adaptasi pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik menurut teori Callista Roy
 Pembimbing : Agustina M., S.Kep.Ns., M.Kes, Endang Juswatiningsih, S.Kep.Ns., M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	5/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi judul - BAB II : materi ditinjau . 'berisi (masalah, skala data, metodologis, solusi) - BAB III : teori adaptasi callista roy ditambah - BAB IV : kerangka konsep ditubuh - BAB V : sampling diubah menggunakan random sampling - Besar sampel 15/20/25% dari jml populasi - uji statistik menggunakan Spearman, - penulisan sesuai buku panduan 	 
2	12/11/2018	<ul style="list-style-type: none"> - ubah penulisan - tambah uji validasi & reliabilitas - perbaiki rumus - BAB I : mampai teoritis, manfaat praktis keastrian penelitian tidak perlu - BAB II : kerangka konsep aliberali - BAB III : hipotesis = H1 saja - BAB IV : diurutkan 	 

Ketua Program Studi S1

Jombang, 2017

Mengetahui,



Koordinator Skripsi

Inayatun Rosyidah., S.Kep., Ns., M.Kep

Dwi Prasetyaningati, S.Kep.Ns., M.Kep

LEMBAR REVISI BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM S1-ILMU KEPERAWATAN
STIKES INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2018

Nama Mahasiswa : Ika Aprilia santy
 NIM : 163220047
 Judul Skripsi : Hub. tugas keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori Callista Roy. di ling IV kep di smpidimar
 Pembimbing : Endang Y. Sicy, Ns Mkes

NO	TANGGAL	URAIAN REVISI	TANDA TANGAN
1	29/01 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi nama - Revisi kerangka konseptual - Revisi teknik pengumpulan sample → consecutive samples - Revisi penulisan di bab 1 - 4 	
2	2/4/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi tabel - Revisi penyusunan tabel. - pembahasan berisi fakta, opini, teori. - saran bisa di lihat dan variabel yang kecil 	

Jombang, 2017

Ketua Program Studi S1

Mengetahui,



Koordinator Skripsi

Inayatun Rosyidah, S.Kep.,Ns.M.Kep

Dwi Prasetyaningati, S.Kep.Ns.,M.Kep

LEMBAR REVISI BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM S1-ILMU KEPERAWATAN
STIKES INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2018

Nama Mahasiswa : Ika Apriliasari
 NIM : 163220047
 Judul Skripsi : Hubungan Tugor Kelangka dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisi
 Pembimbing : Agustina M, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN REVISI	TANDA TANGAN
1	29/1/2018.	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Logo kesmanlu. ⊖ penulisan gelun. ⊖ Uraian penulisan ⊖ Lampiran ditampal Revisi di semua ⊖ Daftar pustaka di lengkapi 	
	2 April 2018	- Revisi penulisan tabel. isi pembahasan	

Ketua Program Studi S1

Mengetahui,

Jombang, 2017


Koordinator Skripsi

Inayatur Rosyidah.,S.Kep.,Ns.M.Kep

Dwi Prasetyaningati, S.Kep.Ns.,M.Kep

LEMBAR REVISI BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM S1-ILMU KEPERAWATAN
STIKES INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2018

Nama Mahasiswa : Ika Apriliasanty
 NIM : 163220049
 Judul Skripsi : Hubungan peran keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori Carlotta Roy di IKM & RSUD dr. Sutichman Jember
 Pembimbing : Tolong J, S.Kep.Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	13/09 '18	Abstrak di revisi Pembahasan di tambahkan dr hasil kuisioner - Saran di sesuaikan dengan hasil penelitian - Perbaikan penulisan dr awal -akhir tolong di cek lagi	

Jombang, 2018

Ketua Program Studi S1

Mengetahui,


Koordinator Skripsi

Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dwi Prasetyaningati, S.Kep.Ns.,M.Kep

LEMBAR REVISI BIMBINGAN SKRIPSI
MAHASISWA PROGRAM S1-ILMU KEPERAWATAN
STIKES INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
TAHUN 2018

Nama Mahasiswa : Ika Apri Giasanti
 NIM : 163220047
 Judul Skripsi : Hubungan peran keluarga dengan proses adaptasi pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik menurut teori Callista Roy di RSUD dr. Soedjiman Magetan
 Pembimbing : Agustina M., S.Kep.,Ns., M.Kes

NO	TANGGAL	URAIAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	13 April 2018	<ul style="list-style-type: none"> ⊖ Cekas kembali persediaan Skripsi ⊖ Surat pernyataan Hal & nama ⊖ pembetulan & tambah ttg Hal Kondisioner per pemeriksaan ⊖ penulisan Abstract. Versi Copy Muniy ⊖ Draft preklus & copy 	

Jombang, 13 April 2018

Ketua Program Studi S1

Mengetahui,

Koordinator Skripsi

Inayatur Rosyidah., S.Kep., Ns., M.Kep

Dwi Prasetyaningati, S.Kep., Ns., M.Kep