**BAB II**

**TINJAUAN TEORI**

**2.1 Konsep Penyakit Stroke**

**2.1.1 Pengertian Stroke**

Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak berupa kematian sel-sel neurologik akibat gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak. Secara spesifik, hal tersebut terjadi akibat terhentinya aliran darah pada ke otak karena sumbatan atau perdarahan. Seseorang yang terkena stroke akan kehilangan fungsi sebagian otak karena sel-sel otak yang mati tidak dapat lagi bekerja mengontrol bagian-bagian tubuh anda. Gangguan ini dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau dalam beberapa jam dengan gejala atau tanda-tanda sesuai dengan bagian otak yang terganggu (Sutanto, 2010).

Stroke adalah suatu gangguan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kecacatan (Batticaca, 2008).

Stroke menurut Irfan M (2012), merupakan gangguan system syaraf pusat yang sering ditemukan dan merupakan penyebab utama gangguan aktifitas fungsional pada orang dewasa. Masalah yang ditimbulkan oleh stroke pada manusia pun sangat kompleks seperti gangguan keseimbangan, gangguan fungsi vital otak, gangguan kontrol dan gangguan reflek gerak serta gangguan sensasi.

**2.1.2 Klasifikasi Stroke**

Berdasarkan prosesnya, stroke dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu (Sutanto, 2010) :

1. Stroke Hemoragik

Pada stroke hemoragik, pembuluh darah pecah sehingga aliran darah menjadi tidak normal. Darah yang keluarakan merembes masuk ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Sebagian besar kasus stroke terjadi secara mendadak, sangat cepat dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (completed stroke). Selanjutnya stroke dapat bertambah buruk dalam beberapa jam sampai 1-2 hari akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (stroke in evolution).

Terjadinya perdarahan cerebral mungkin juga perdarahan yang disebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Umumnya terjadi pada saat melakukan aktifitas, namun juga dapat terjadi saat istirahat. Kesadaran umumnya menurun dan penyebab yang paling banyak adalah akibat hipertensi yang tidak terkontrol.

1. Stroke Non-Hemoragik

Pada stroke non-hemoragik aliran darah ke otak terhenti karena penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebgian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini. Stroke non-hemoragik dapat juga diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakitnya, yaitu:

1. Gangguan neurologist dalam waktu sesaat, beberapa menit atau beberapa jam saja dan gejalaakanhilang sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.
2. Gangguan neurologist yang akan hilang secara sempurna dalam waktu 1 minggu dan maksimal 3 minggu.
3. Gangguan yang terjadi terus menerus berkembang dimana gangguan yang muncul semakin berat dan semakin bertambah buruk. Proses ini biasanya berjalan dalam beberapa jam atau beberapa hari.
4. Gangguan yang timbul bersifat menetap atau permanen disebut stroke complete.

**2.1.3 Etiologi**

Menurut Wijaya (2013) penyebab penyakit stroke adalah dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral yang merupakan penyebab paling umum pada stroke (Smeltzer,2005). Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Price, 2005).

1. Emboli serebri

Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita thrombosis.Kebanyakan emboli serebris berasal dari suatu thrombus dalam jantung.

1. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi di luar durameter ( hemoragi ekstra dural atau epidural) di bawah durameter( hemoragi subdural).

1. Perdarahan subaraknoid(5%)
2. Penyebab lain( dapat menimbulkan infark atau perdarahan)
3. Trobus sinus dura
4. Migren
5. Kondisi hiperkoagulasi
6. Penyalahgunaan obat
7. Kelainan hematologist( anemia sel sabit, polisistemia atau leukemia).

Masalah fisik yang dihadapi oleh penderita kelumpuhan pasca stroke sangat berdampak pada aktivitas sehari-hari individu. Keterbatasan yang dialami oleh penderita kelumpuhan pasca stroke akan sangat mempengaruhi kehidupan penderita. Untuk melihat tingkat keparahan kelumpuhan atau kecacatan stroke, berikut ada skala yang digunakan yaitu Skala Kecacatan Stroke (*The Modified Rankin Scale*):

1. Kecacatan derajat 0

Tidak ada gangguan fungsi

1. Kecacatan derajat 1

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

1. Kecacatan derajat 2 (*Slight disability*)

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

1. Kecacatan derajat 3 (*Moderate disability*)

Pasien memerlukan bantuan orang lain, tetapi masih mampu berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain, walaupun mungkin membutuhkan tongkat.

1. Kecacatan derajat 4 (*Moderately severe disability*)

Pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain, perlu bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktivitas diri seperti mandi, pergi ke toilet, merias diri, dan lain-lain.

1. Kecacatan derajat 5 (*Severe disability*)

Pasien tepaksa terbaring di tempat tidur dan kegiatan buang air besar dan kecil tidak terasa (inkontinensia), memerlukan perawatan dan perhatian.

1. Derajat 6 (Kematian)

Peneliti memasukkan skala kecacatan stroke tersebut mengingat bahwa asumsi peneliti yang mengganggap bahwa tingkat keparahan dari kelumpuhan yang dialami oleh penderita pascastroke akan berdampak pada penyesuaian individu tersebut.

**2.1.4 Manifestasi Klinis**

Gejala khusus pada pasien stroke adalah

1. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyait motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motorik, misalnya:

1. Hemiplegia (paralisis pada satu sisi tubuh)
2. Hemiparesis( kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
3. Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dapat dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi misalnya.

1. Disartia yaitu kesulitan berbicara yang ditandai dengan berbicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
2. Disfasia / atau afasia atau kehilangan suara yang terutama ekpresif / represif . apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnnya.
3. Gangguan persepsi
4. Homonimus hernianopsia yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralissis.
5. Gangguan hubungan visual spasia yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial
6. Kehilangan sensori antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh( kehilangan propioseptik ) sulit menginterpretasikan stimulasi visual.

**2.1.5 Faktor resiko stroke**

Lewis, et al (2011) membagi faktor resiko stroke menjadi dua bagian yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia, riwayat keluarga, jenis kelamin, dan ras. Usia sangat berperan dalam resiko peningkatan penyakit stroke, yaitu pada usia 55 tahun ke atas.

Pencegahan stroke terhadap factor resiko yang tidak dapat dikontrol sehingga harus diterima apa adanya. Adapun factor-faktor resiko yang dapat dikontrol anatara lain menurut (Wijaya,2013)

1. Hipertensi

Merupakan faktor resiko utama, hipertensi disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan, dan degenerasi kemudian pecah/menimbulkan perdarahan

1. Penyakit kardiovaskuler

Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan C0, sehingga perfusi darah ke otak menurun. Pada arterisklerosis elastisitas pembuluh darah menurun sehingga perpusi darah ke otak menurun menyebabkan stroke.

1. Diabetes Militus

Pada penyakit DM akan menyebakan penyakit vaskuler sehingga terjadi aterosklerosis yang dapat menyebakan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebakan perpusi otak menurun dan menyebabkan stroke.

1. Merokok

Pada perokok akan timbul plaque pada pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan arterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

1. Peningkatan kolestrol

Peningkatan kolesterol dapat menyebakan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi tak menurun

1. Obesitas

Pada obesitas kadar kolesterol tinggi, selain itu daopat mengalami hipertensi karena terjadi gangguan pada pemuluh darah .keadaan ini berkontribusi pada stroke.

1. Pil Kontrasepsi
2. Riwayat kesehatan keluarga adanya astroke
3. Stress emosional
4. Infeksi

Adanya infeksi terutama di pembuluh darah otak dan bagianlain dari kepala dapat mempermudah terjadinya serangan otak.

1. Penemuan zat-zat baru

Akhir-akhir ini telah ditemukan zat-zat baru pada pasien stroke yang kadarnya lebih tinggi daripada kadar orang normal misalnya: protein S, homosistein, ACA, dll. Penemuan ini member harapan yang lebih besar untuk kemajuan pencegahan dan penatalaksanaan penderita stroke.

**2.1.6 Penatalaksanaan Stroke (perawatan medis dan perawatan di rumah)**

**A. Perawatan medis**

Sustrani (2004) menyatakan bila gejala-gejala stroke dialami klien dalam waktu yang relative tidak lama kemungkinan klien akan pulih kembali tanpa cacat. Jika lebih maka pasien perlu di rawat di rumah sakit. Umumnya terapi yang lazim diberikan kepada pasien misalnya kelompok obat yang paling sering diberikan untuk mengobati stroke adalah:

1. Antitrombotik

Kelompok antitrombotik ini diberikan untuk menghentikan stroke dengan melarutkan gumpalan darahyang mungkin tersangkut dalam pembuluh darah serebral yang menyebabkan stroke.

1. Trombolitik

Obat anti trombolitik digunakan untuk menghentikan stroke dengan melarutkan gumpalan darah yang menyumbat aliran darah dari jantung ke otak

1. Neuroprotektif

Obat ini digunakan untuk melindungi kerusakan lebih lanjut dari sel saraf otak karena akibat dari stroke. Harus digunakan dengan hati-hati karena memiliki efek samping yang sangat berbahaya.

**B. Perawatan di rumah**

Berikut ini merupakan perawatan penderita stroke yang dapat dilakukan oleh keluarga di rumah.

a. Membantu aktivitas fisik setelah stroke

Penderita stroke perlu melakukan kembali aktivitas sebelumnya sebanyak mungkin.Jenis aktivitas yang mungkin dilakukan bergantung pada efek stroke.Penderita stroke yang tidak banyak mengalami masalah fisik dapat mencoba berjalan, menggunakan sepeda statis, dan melakukan aktivitas olahraga yang biasa mereka lakukan.Penderita stroke yang masalahnya lebih berat, misalnya penderita stroke dengan hemiplegia, mungkin memerlukan bantuan ahli fisioterapi atau spesialis olahraga.Secara umum, seperti pada orang lain, sebaiknya penderita stroke melakukan sekitar setengah jam aktivitas yang menyebabkan pasien merasa hangat, sedikit terengah-engah, dan sedikit berkeringat, tiga kali seminggu atau lebih.

b. Menangani kebersihan diri

Penderita stroke juga memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi perawatan diri.Kemunduran fisik akibat stroke menyebabkan kemunduran gerak fungsional baik kemampuan mobilisasi atau perawatan diri. Perawatan kulit sangat penting untuk mencegah dekubitus (luka karena tekanan) dan infeksi kulit.Adanya dekubitus dan infeksi luka menunjukkan bahwa perawatan penderita stroke kurang optimal. Keduanya sebaiknya dicegah karena dekubitus dapat menimbulkan nyeri dan memiliki proses penyembuhan luka yang lama dan jika terinfeksi, luka ini dapat mengancam nyawa. Penderita stroke dapat mengalami dekubitus karena berkurangnya sensasi dan mobilitas. Inkontinensia, malnutrisi, dan dehidrasi juga meningkatkan risiko timbulnya dekubitus dan menghambat proses penyembuhan luka (Leigh, 2005).

Penderita stroke yang tidak dapat bergerak harus sering digerakkan dan direposisi. Hal yang perlu diperhatikan keluarga dalam perawatan kulit dapat meliputi perhatian terhadap kondisi seprai tempat tidur penderita stroke harus terpasang kencang dan perhatian terhadap bagian-bagian tubuh yang paling berisiko pada penderita yang hanya dapat berbaring atau duduk di kursi roda, antara lain punggung bawah (sakrum), paha, tumit, siku, bahu, dan tulang belikat (skapula). Keluarga dapat menggunakan spons kering untuk membantali titik-titik tekanan ini sekali sehari agar mencegah tertekannya saraf dan terbentuknya dekubitus.Keluarga memeriksa ada tidaknya abrasi, lepuh, dan kemerahan kulit yang tidak hilang ketika ditekan karena hal-hal ini menunjukkan awal dekubitus.Selain itu, kulit penderita stroke harus dijaga kering dan diberi bedak (Leigh, 2005).

Stroke dapat mempengaruhi indra penglihatan. Jika penderita stroke selalu membuka mata dalam jangka panjang, maka mata mereka dapat mengering dan menyebabkan infeksi dan ulkus kornea.Keluarga dapat menggunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien jika diperlukan.Jika pasien selalu membuka mata dalam jangka panjang, maka mata mereka dapat mengering dan menyebabkan infeksi dan ulkus kornea.Untuk mencegah hal ini, keluarga dianjurkan penggunaan pelumas, salep, atau air mata buatan yang dapat dibeli bebas. Penderita stroke yang tidak dapat minum tanpa bantuan harus membersihkan mulutnya dengan sikat lembut yang lembab atau kapas penyerap sekitar satu jam.Perawatan mulut yang teratur sangat penting, terutama untuk penderita yang sulit atau tidak dapat menelan (Edmund, 2007).

1. Menangani masalah makan dan minum

Penderita stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari), dan miktonutrien. Jika nafsu makan penderita berkurang maka penedrita stroke dapat diberi makanan ringan tinggi-kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2-3 jam, bersama dengan minuman suplemen nutrisional. Penderita stroke harus makan dalam posisi duduk, bukan berbaring, untuk mencegah tersedak dan pneumonia aspirasi (Lotta, 2006).

Keluarga dapat melakukan modifikasi dalam penggunaan alat makan penderita stroke, seperti meletakkan antiselip pada alas piring atau menggunakan piring yang cekung sehingga makanan tidak mudah tumpah. Keluarga dapat juga menyediakankan alat-alat bantu untuk penderita stroke yang makan dengan satu tangan, seperti mangkuk telur yang dapat ditempelkan pada meja (Lotta, 2006).

d. Kepatuhan minum obat di rumah

Pelayanan kesehatan berperan dalam upaya promotif, pencegahan, diagnosa dini dan pengobatan, pembatasan kecacatan, serta pemulihan (rehabilitasi) suatu penyakit (Maryam, 2008). Dukungan keluarga diketahui sangat penting dalam kepatuhan terhadap program pengobatan jangka panjang (Stanley, 2006). Keluarga bertanggung jawab terhadap semua prosedur dan pengobatan anggota keluarga yang sakit, seperti menggunakan obat menggunakan alat-alat khusus, dan menjalankan latihan (Friedman, 2008).

e. Mengatasi Masalah Emosional dan Kognitif

Sebagian masalah emosional muncul segera setelah stroke, sebagai akibat kerusakan di otak.Hampir 70% pasien stroke sedikit banyak mengalami masalah emosional, misalnya reaksi sedih, mudah tersinggung, tidak bahagia, murung, atau depresi.Terdapat bukti bahwa orang yang menderita depresi pasca stroke memiliki kemungkinan tiga kali lebih besar meninggal dalam 10 tahun dibandingkan dengan penderita stroke tanpa depresi.Namun, jika penderita stroke dan orang yang merawatnya menyadari masalah ini, biasanya ada hal-hal yang dapat dikerjakan untuk mengatasi masalah tersebut (Lotta, 2006).

Ketidakmampuan seseorang untuk mengekspresikan dirinya sendiri akibat masalah bahasa dapat menimbulkan sikap mudah marah. Masalah emosional lain timbul pada tahap lebih belakangan, misalnya sewaktu pasien akhirnya menyadari dampak penuh stroke atas kemandirian mereka. Orang yang pernah mengalami stroke sangat rentan terhadap perubahan dalam situasi mereka, terutama jika mereka akan meninggalkan rumah sakit atau saat mereka pertama kali keluar rumah untuk berjalan-jalan. Ini merupakan reaksi fisiologis normal, dan penderita stroke harus didorong untuk membahas kekhawatiran mereka akan karier serta anggota keluarga sehingga masalah tersebut dapat diatasi sebanyak mungkin (Lotta, 2006).

Pada sebagian besar kasus, masalah emosional mereda seiring waktu, tetapi ketika terjadi, masalah itu dapat menyebabkan penderita stroke menolak terapi atau kehilangan motivasi untuk menjalani proses rehabilitasi, yang dapat memengaruhi pemulihan penderita. Masalah emosional reaktif ini sering dapat dikurangi secara substansial dengan mendorong penderita stroke membicarakan ketakutan dan kemarahan mereka.Penderita stroke harus merasa bahwa mereka adalah anggota keluarga yang berharga. Penting bagi keluarga untuk mempertahankan lingkungan rumah yang suportif, yang mendorong timbulnya perhatian orang lain dan aktivitas waktu luang, misalnya membaca, memasak, berjalan-jalan, berbelanja, bermain, dan berbicara. Penderita stroke yang keluarganya atau orang yang merawatnya tidak suportif dan yang memiliki kehidupan keluarga yang tidak berfungsi cenderung memiliki prognosis lebih buruk dibandingkan dengan penderita lainnya. Sebagian penderita stroke mungkin merasa nyaman jika mereka berbagi pengalaman mereka dengan penderita stroke lain (Lotta, 2006).

Masalah emosional penderita stroke dapat diatasi dengan konseling individual atau terapi kelompok.Psikoterapi juga dapat membantu sebagian penderita, misalnya mereka yang mengalami apatis berat, depresi, tak tertarik atau menentang pengobatan.Jika masalahnya menetap, terutama depresi, dokter mungkin menganjurkan obat antidepresan (misalnya, fluoksetin dan amitriptilin) atau berkonsultasi dengan psikiater atau ahli psikologi klinis.Konsultasi dini biasanya dianjurkan untuk penderita stroke yang mengalami depresi berat, terutama mereka yang mungkin ingin bunuh diri (Lotta, 2006).

f. Pencegahan cedera/ jatuh

Leigh (2005) menyatakan faktor risiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat-obat sedatif, kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, inaktivitas, inkontinensia, gangguan penglihatan, dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah.Indikasi terbaik bahwa penderita stroke siap bergerak ke tingkat mobilitas vang lebih tinggi adalah kemampuan menoleransi tingkat mobilitas yang telah mereka capai.Demi alasan keamanan, sebaiknya ada satu atau dua orang asisten berdiri di samping penderita stroke dan membantu penderita, terutama pada tahap-tahap awal.Ketika berdiri atau berjalan, penderita stroke sebaiknya berupaya menggunakan tungkai mereka yang lumpuh dengan menopangkan beban badan mereka pada tungkai tersebut sebisa mungkin dan dengan memindahkan beban badan dari satu sisi tubuh ke sisi lainnya.Pada awalnya, penderita stroke harus mencoba hanya beberapa langkah kecil. Sesi latihan yang sering dan singkat, dengan peningkatan gerakan secara perlahan, merupakan cara yang paling aman dan efektif. Jika penderita stroke telah yakin dapat berjalan di lantai yang datar, mereka dapat mulai naik tangga, tetapi tetap memperhatikan bahwa susunan tangganya telah aman dan kuat.

Selain itu, Graham (2006) menyatakan jika penderita stroke menggunakan kursi roda, sebaiknya rumah mereka memiliki tangga, dibangun jalan masuk landai dari kayu atau beton.Keluarga juga mungkin perlu memperlebar pintu-pintu rumah agar penderita stroke dapat bergerak bebas di dalam rumah.Pemasangan kabel listrik yang aman, pegangan tangan di kamar mandi, dan adaptasi rumah lainnya juga dapat membantu penderita stroke.

**2.1.7 Pencegahan Stroke**

Mencegah lebih baik dari pada mengobati , apalagi penyakit stroke sebenarya bisa dicegah dengan beberapa cara( Sutanto, 2010).

1. Diet rendah kolesterol

Makanan hewani yang berdampak buruk pada pembuluh arteri adalah yang kaya kolesterol. Konsumsi hidrat arang yang sederhana(gula), lemak jenuh, garam dan cairan akan menentukan kekentalan darah(osmolaritas). Diet untuk mengurangi kolesterol jahat dan meningkatkan kadar kolesterol baik disebut diet rendah kolesterol lemak terbatas.oleh karena itu, seseorang yang kadar kolesterol tinggi harus menghindari makanan yang kaay kolesterol seperti otak, jeroan, kuning telor dan daging berlemak.

1. Kontrol asupan gula dan garam

Konsumsi gula yang berlebihan setiap hari dapat menaikan kadar trigliserida darah. Dan jenis makanan lain yang harus dibatasi adalah garam karena. Kadar natrium yang tinggi dalam darah dapat meningkatkan kekentalan (osmolaritas). Darah yang gilirannya akan menaikan tekanan darah.

1. Hindari obesitas

Makanan yang banyak mengandung kolesterol akan tertimbun dalam dinding pembuluh darah dan menyebabkan anterosklerosis yang menjadi pemicu penyakit jantung dan stroke.

1. Hindari rokok, alkohol dan obat terlarang

Perokok mempunyai peluang terkena stroke dan jantung koroner. Serta penggunaan narkoba memiliki resiko stroke beberapa kali lipat lebih tinggi.

1. Lakukan olahraga atau aktifitas fisik

Olahraga dapat membantu mengurangi bobot badan dan menurunkan tekanana darah yang merupakan faktor resiko lain terkena jantung dan stroke

1. Menghindari stres

Beban kerja yang tinggi , masalah keuangan, tekanan hidup yang berat atau keingiinan yang tidak tercapai akan menyebabkan stres sehingga dapat menyebakan penyakit stroke.

1. Kontrol tekanan darah

Kendalikan tekanaan darah tinggi dan kadar gula darah. Hipertensi merupakan faktor utama stroke dan penyakit jantung koroner.

**2.2 Konsep Keluarga**

**2.2.1 Pengertian Keluarga**

Keluargaadalah unit terkecil dari masayarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi,2008).

Keluarga adalah dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon dan Maglaya, 1989 dalam Setiadi, 2008). Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan social diri tiap anggota keluarga (Duval dan logan, 1986 dalam Setiadi, 2008).

**2.2.2 Tipe Keluarga**

Dalam Sri Setyowati (2007) tipe keluarga dibagi menjadi dua macam yaitu:

A. Tipe Keluarga Tradisional

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*), adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.
2. Keluarga Besar (*Exstended Family*), adalah keluarga inti di tambah dengan sanak saudara, misalnya nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
3. Keluarga “*Dyad*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri tanpa anak.
4. “*Single Parent*” yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat).Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
5. “*Single Adult*” yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah)

B. Tipe Keluarga Non Tradisional

a) *The Unmarriedteenege mather*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa nikah.

b) *The Stepparent Family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

1. *Commune Family*

Beberapa pasangan keluarga (dengan anaknya) yang tidak ada hubungan saudara hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama: sosialisasi anak dengan melelui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.

1. The *Non Marital Heterosexual Conhibitang Family*

Keluarga yang hidup bersama dan berganti – ganti pasangan tanpa melelui pernikahan.

1. *Gay And Lesbian Family*

Seseorang yang mempunyai persamaan sex hidup bersama sebagaimana suami – istri (*marital partners*).

1. *Cohibiting Couple*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.

1. *Group-Marriage Family*

Beberapa orang dewasa menggunakan alat – alat rumah tangga bersama yang saling merasa sudah menikah, berbagi sesuatu termasuk sexual dan membesarkan anaknya.

1. *Group Network Family*

Keluarga inti yang dibatasi aturan atau nilai-nilai, hidup bersama atau berdekatan satu sama lainnya dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan tanggung jawab membesarkan anaknya.

1. *Foster Family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

1. *Homeless Family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau problem kesehatan mental

1. Gang.

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang- orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan criminal dalam kehidupannya.

**2.2.3. Struktur keluarga**

Menurut Setiadi (2008), struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantarannya adalah :

* 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 keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana 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 tingga bersama keluarga sedarah suami.
  5. Keluarga kawinan : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembina keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

**2.2.4. Fungsi keluarga**

Menurut Setiadi (2008) fungsi keluarga adalah beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut :

1. Fungsi Biologis

Untuk meneruskan keturunan, ,memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga serta memelihara dan merawat anggota keluarga.

1. Fungsi Psikologis

Memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.memberikan identitas keluarga.

1. Fungsi sosialisasi

Membina sosial pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, serta menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

1. Fungsi Ekonomi

Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga., pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

1. Fungsi pendidikan

Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

Menurut Setiadi (2008) dari berbagai fungsi diatas ada 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya adalah :

1. Asih adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
2. Asuh adalah memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosila dan spiritual.
3. Asah adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mendiri dalam mempersiapkan masa depannya.

**2.2.5. Tugas Kesehatan**

Menurut Friedman (1998), dalam (Murwani, 2007) lima tugas yang harus dilakukan oleh keluarga , yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap angota keluarganya
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karenacacat atau usianya yang terlalu muda.
4. Mempertahankan/menciptakan suasana rumah sehat yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbale balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukan pemanfaatan dengan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

**2.2.6. Peran Keluarga**

Menurut Setiadi (2008), peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

* 1. Peranan ayah : ayah sebagai suami dan istri dan 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 lingkunmgan.
  2. Peranan ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
  3. Peranan anak : anak- anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spriritual.

**2. 3 Konsep kemampuan**

Chaplin (2008) dalam Muhlis (2012) menyatakan” ability”(kemampuan, kecakapan,ketangkasan, bakat, kesanggupan) merupakan tenaga(daya kekuatan) untuk melakukan sesuatu perbuatan, serta kemampuan merupakan kesanggupan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau praktek. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kemampuan(ability) adalah kecakapan atau potensi mengenai sesuatu keahlian yang merupakan bawaan sejak lahir atau merupakan hasil latihan atau praktek, dan digunakan untuk mengerjakan sesuatu yang diwujudkan melalui tindakan.

Lebih lanjut, Stephen P. Robbins & Timonthy A. Judge(2009: 57-61) menyatakan bahwa kemampuan keseluruhan seorangindividu pada dasarnya terdiri atas dua kelompok faktor, yaitu :

* 1. Kemampuan Intelektual (*Intelectual Ability),* merupakan kemampuanyang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktifitas mental (berfikir,menalar dan memecahkan masalah).
  2. Kemampuan Fisik (*Physical Ability*), merupakan kemampuanmelakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, ketrampilan,kekuatan, dan karakteristik serupa.

Wildan (2009) menyatakan, gambaran kemampuan seseorang dapat dilihat dari pengetahuan, sikap dan perilakunya.

**2.3.1 Pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil”tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu( Notoatmojo, 2003). Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat yaitu

* 1. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnnya.

* 1. Memahami( Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara tentang objek yang diketah dan dapat emnginterpretasikan materi tersebut secara benar.

* 1. Aplikasi (Aplication)

Aplikasi diartikan sebagai keammpuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil( sebenarnya).

**2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut Notoadmojo (2003) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

1. Umur

Umur adalah variabel yang selalu diperhatikan penyelidikan epidemiologinya. Angka – angka kesakitan maupun kematian hamper semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Persoalan yang dihadapi adalah apakah umur di laporkan tetap, apakah panjangnya interval didalam pengelompokkan cukup atau tidak.

1. Pendidikan

Mendidik atau pendidik adalah dua hal yang saling berhubungan. Dari segi bahasa mendidik adalah kata kerja, pendidik kata benda. Kalau kita mendidik berarti kita melakukan suatu kegiatan atau tindakan, kegiatan mendidik menunjukkan adanya yang mendidik disuatu pihak yang dididik adalah suatu kegiatan yang mengandung antara dua manusia atau lebih.

1. Pengalaman

Sudarmita (2002) mengatakan bahwa pengetahuan dapat terbentuk dari pengalaman dan ingatan yang didapat sebelumnya. Nanda (2005) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan kurang pengetahuan (deficient knowledge) terdiri dari: kurang terpapar informasi, kurang daya ingat/hapalan, salah menafsirkan informasi, keterbatasan kognitif, kurang minat untuk belajar dan tidak familiar terhadap sumber informasi (Nanda, 2005).

**2.3.3 Sikap**

Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak. Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengan dengannya (Notoatmojo,2003).

A. Sikap terbentuk dari 3 komponen yaitu:

1. Komponen afektif, komponen ini berhubungan dengan perasaan dan emosi tentang seseorang atau sesuatu.
2. Komponen kognitif, sikap tentunya mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau sesuatu objek.
3. Komponen perilaku, sikap terbentuk dari tingkah alku seseorang dan perilakunya.

B. Berbagai Tingkatan Sikap**:**

1. Menerima *(receiving)*

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

1. Merespon *(Responding)*

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap

1. Menghargai *(valuing)*

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga.

1. Bertanggung Jawab *(Responsible)*

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap paling tinggi.

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

**3.1. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara obyektif.Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang.Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengelolaan analisa data, membuat kesimpulan laporan (Notoatmodjo, 2010).

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus.Studi kasus merupakan salah satu penelitian yang dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal.Unit tunggal disini dapat berarti satu orang, sekelompok penduduk yang terkena suatu masalah. Unit kasustersebut dianalisis baik dari segi yang berhubungan dengan kasus itu sendiri (Notoatmojo, 2005).

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui tentang Gambaran Kemampuan Keluarga dalam Melakukan Tindakan Perawatan Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Janti Kota Malang.

**3.2. Subyek Studi Kasus**

Arikunto (2006), subyek penelitian yaitu subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subjek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. Subjek pada studi kasus ini adalah keluarga pasien yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke yang kemudian diamati secara mendalam di wilayah kerja Puskesmas Janti di Kota Malang yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu popolasi target yang terjangkau dan diteliti.

Subjek penelitian dalam studi kasus ini adalah berjumlah 2 keluarga yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Keluarga pasien yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke minimal 6 bulan terakhir atau tinggal satu rumah dengan keluarga.
2. Bertempat tinggal di wilayah Kerja Puskesmas Janti Kota Malang.
3. Keluarga yang mempunyai salah satu anggota keluarga yang mempunyai waktu luang dan kemauan untuk merawat anggota keluarga yang menderita stroke.
4. Keluarga bersedia dijadikan responden dalam studi kasus ini dengan menandatangani informed consent
5. Keluarga tidak memperkerjakan pembantu orang sakit untuk merawat anggota keluarga yang menderita stroke.
6. Mempunyai anggota keluarga yang sanggup bertanggung jawab untuk memantau latihan yang dilakukan.
7. Keluarga kooperatif.

**3.3. Fokus Studi Kasus**

Fokus studi adalah kajian utama dari masalah yang akan dijadikan titik acuan studi kasus.Fokus studi identik dengan variabel penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto, 2002). Fokus studi kasus ini adalah kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Janti di Kota Malang.

* 1. **Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut yaitu karakteristik yang dapat diamati dan diukur memungkinkan peneliti melakukan observasi pengukuran secara cermat terhadap objek atau fenomena.(Hidayat, 2007). Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke adalah suatu hasil pengkajian secara mendalam tentang kemampuan atau kesanggupan serta kemauan yang dimiliki oleh responden dalam menangani pasien pasca stroke, pada penelitian ini yang dikaji meliputi enam aspek yang meliputi, menangani masalah aktivitas fisik setelah stroke, kebersihan diri pasien, kebutuhan makan dan minum, kepatuhan minum obat di rumah, mengatasi masalah emosional dan kognitif, serta pencegahan cidera atau jatuh dalam waktu satu bulan terakhir yang dikaji secara mendalam dengan metode wawancara dan observasi.

* 1. **Metode pengumpulan data**

Metode pengumpulan data dalam kegiatan penelitian ini bertujuan untuk mengungkapkan gambaran nyata mengenai subjek penelitian,agar penelitian lebih akurat,diperlukan alat pengumpulan data atau instrument yang tepat ( Notoatmojo, 2005).

Studi kasus dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Janti Kota Malang. Pengumpulan data untuk mengetahui kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke menggunakan teknik wawancara dan observasi.

3.5.1. Metode Wawancara

Dalam teknik wawancara ini berbentuk pertanyaan terbuka dimana subjek penelitian mengisi soal pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dan subjek secara bebas menjawab pertanyaan yang telah disediakan oleh peneliti dengan ungkapan yang sesuai menurut subjek penelitian (Wasis, 2009). Peneliti melakukan wawancara dan pengamatan langsung pada keluarga yang memliki anggota keluarga stroke dan peneliti menggunakan tape recorder sebagai alat perekam wawancara dan alat tulis dalam mencatat data dari wawancara.

3.5.2. Metode Observasi

Menurut Alimul (2003) metode observasi adalah metode pengumpulan data dengan cara memberikan observasi secara langsung kepada responden yang dilakukan penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

Observasi dalam penelitian ini yaitu observasi dalam bentuk uraian digunakan untuk melengkapi data penunjang tentang yang digunakan untuk mengevaluasi tindakan yang sudah atau belum dilakukan sehingga dapat diketahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke.

* 1. **Prosedur Pengumpulan Data**

1.Tahap Persiapan:

1. Peneliti mengurus surat perijinan pengambilan data dari institusi untuk penelitian yang ditujukan kepada KESBANGPOL kota Malang.
2. Setelah mendapat ijin dari KESBANGPOL kota Malang. Peneliti melakukan kunjungan Dinas Kesehatan untuk menjelaskan maksud dan tujuan peneliti.
3. Memberikan surat ijin studi penelitian kepada pihak Puskesmas Janti kota Malang yang telah direkomendasikan oleh Dinas Kesehatan.
4. Setelah mendapat persetujuan dari Puskesmas Janti, peneliti mendapatkan rekomendasi data rekam medis dari puskesmas tentang alamat pasien yang menderita stroke sejumlah 2 keluarga.
5. Setelah itu peneliti mencari dan mendatangi rumah keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita stroke.

2.Tahap Pelaksanaan:

1. Peneliti memberikan penjelasan tentang maksud tujuan kepada subjek penelitian, dengan demikian diharapkan subjek penelitian dapat memahami dan mengerti sehingga bersedia memberikan informasi kepada peneliti.
2. Apabila subjek penelitian menyetujui untuk dilakukan penelitian maka subjek mengisi lembar informed consent sebagai bukti persetujuan untuk terlibat dalam penelitian.
3. Peneliti melakukan pengambilan data fokus selama 2 minggu dengan 6 kali kunjungan dalam seminggu.
4. Pada pertemuan pertama, peneliti melakukan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) dengan subjek penelitian, menjelaskan maksud dan tujuan serta mengatur kontrak waktu sesuai kesanggupan subjek penelitian.
5. Pada pertemuan kedua, peneliti melakukan wawancara dengan keluarga pasien.
6. Pada pertemuan ketiga peneliti melakukan observasi yaitu, observasi kegiatan atau tindakan nyata yang dilakukan subjek penelitian dalam melakukan tindakan perawatan pada pasien pasca stroke .
7. Peneliti melakukan evaluasi dengan cara mengobsevasi kembali tindakan yang dilakukan subjek penelitian pada perawatan pasien pasca stroke apakah sudah tepat atau belum.
8. Data yang terkumpul kemudian diolah, data hasil wawancara dan observasi diolah secara non-statistik dengan membuat ringkasan hasil penelitian
9. Data hasil pengolahan kemudian disajikan dalam bentuk narasi dan dibuat laporan untuk disajikan dalam siding akhir karya tulis ilmiah.
   1. **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di rumah keluarga yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Janti di kota Malang. Pada tanggal 15 Maret sampai 30 Maret 2016.

* 1. **Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini adalah wawancara dan observasi untuk mengetahui gambaran kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke. Wawancara mendalam (Depth Interview) adalah salah satu cara mengumpulkan data atau informasi dengan cara langsung bertatap muka dengan informan agar dapat mendapatkan data lengkap dan mendalam. Observasi digunakan sebagai acuan untuk mengevaluasi tindakan yang sudah atau belum dilakukan oleh keluarga.

* 1. **Teknik Pengolahan Data**

Dalam penelitian studi kasus ini peneliti mengambil pengolahan data secara naratif yang bersumber dari data fokus studi. Pengolahan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah teknik non statistik, yaitu pengolahan data dengan menggunakan analisa secara kualitatif. Analisa kualitatif dilaksanakan melalui cara induktif, yaitu pengambilan kesimpulan secara umum berdasarkan hasil dari wawancara. Sedangkan pengolahan data untuk observasi kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien pasca stroke, peneliti menggunakan lembar observasi dengan mengamati dan menilai apakah subjek penelitian mampu atau tidak dalam merawat pasien pasca stroke.

* 1. **Penyajian Data**

Penyajian data dalam studi kasus ini dalam bentuk (textular) yaitu penyajian data hasil penelitian dalam bentuk gambar dan uraian kalimat atau naratif untuk menggambarkan hasil penelitian dari tiap subkjek penelitian. Naratif adalah penyajian data hasil studi kasus berupa tulisan atau narasi dan hanya dipakai untuk data yang jumlahnya kecil serta kesimpulan sederhana (Notoatmodjo, 2010).

* 1. **Etika Penelitian**

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan etika penelitian yaitu sebagai berikut:

1. *Respect for human dignity atau* menghormati harkat dan martabat manusia.

Peneliti menghormati harkat dan martabat subjek penelitian, serta peneliti diharuskan mempersiapkan formulir persetujuan subjek( informed consent). Peneliti sudah mempersiapkan lembar *informed consent.*

1. *Informed Consent* (lembar persetujuan).

Lembar persetujuan merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan subjek penelitian dengan memberikan lembar persetujuan, sehingga subjek dapat memutuskan apakah bersedia atau tidak diikutkan dalam penelitian. Subjek bersedia terlibat dalam penelitian ini dan sudah menandatangani lembar *informed consent.*

1. *Anonimity (*Tanpa nama*)*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subjek penelitian. Peneliti tidak memberikan nama responden pada lembar kuisioner dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data

1. Berbuat baik ( *Beneficience)*

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subjek penelitian pada khusunya.Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu , pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi sakit, cidera, stress maupun kematian subjek penelitian. Dalam hal ini peneliti berusaha berkata dan bersikap secara sopan, sehingga wawancara dan observasi berjalan dengan lancar.

1. *Confidentiality* (Kerahasiaan).

Untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan di jamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Dalam hal ini peneliti tidak mencantumkan nama subjek penelitian.

1. *Privacy*

Dalam penelitian ini , peneliti menjaga *privacy* subjek penelitian dengan tidak menanyakan hal-hal lain selain yang berkaitan dengan lingkup penelitian.

1. Keadilan / *Justice*

Dalam penelitian harus mempertimbangkan antara keuntungan dan kerugian bagi responden (Notoatmojo, 2010:203). Dalam hal ini peneliti memberikan leaflet dan brosur tentang perawatan pasien pasca stroke kepada subjek penelitian.