

Tgl. Menerima : 20-1-2005
Beli / Sumbangan : Penulis
Nomor Induk : 784
Klasifikasi : BF 365 Bar No 4 I

HASIL PENELITIAN

JUDUL :

IDENTIFIKASI STRATEGI KOPING YANG DIGUNAKAN PASIEN STROKE DALAM FASE REHABILITASI DI UNIT PELAYANAN KHUSUS STROKE



Adaptation, Psychological

Perpustakaan FIK



Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar Riset Keperawatan
pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

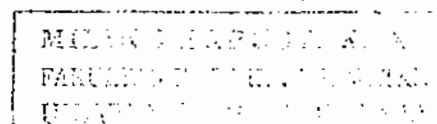
OLEH :

NAMA MAHASISWA	NPM
1. EVA RANIKA BARUS	1303210176
2. KHAIRIASKHAHFIE	1303210303
3. SITI AISAH	1303210478

Program Ekstensi Sore

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

2004



LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan Judul :

Identifikasi strategi coping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi
di Unit Pelayanan Khusus Stroke

telah mendapatkan persetujuan untuk dilaksanakan
Jakarta, 31 Desember 2004

Mengetahui

Koordinator Mata Ajaran



(Dewi Gayatri, SKp, MKM)

NIP : 132 151 320

Menyetujui

Pembimbing Riset



(Yati Afyanti, MN)

NIP : 132 150 426



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “ Identifikasi Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Stroke Dalam Fase Rehabilitasi “ sesuai waktu yang ditetapkan.

Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi tugas sekaligus penerapan mata ajaran Riset Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

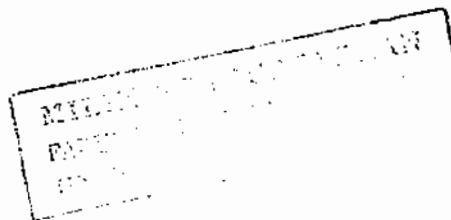
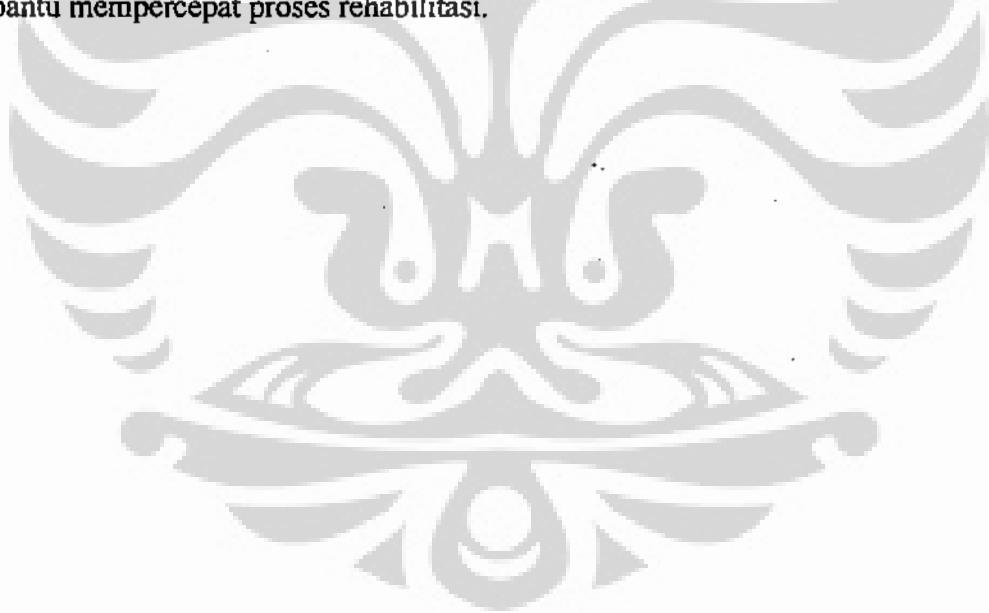
Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada :

1. Ibu Prof. Dra. Elly Nurachmah, Skp., D.N.Sc., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dewi Gayatri, Skp., MKM., Selaku Koordinator Mata Ajaran Riset Keperawatan.
3. Ibu Yati Afyanti, MN., Selaku pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.
4. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan dukungan moril dan materil.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penyusunan laporan penelitian ini, sehingga mengharapkan kritik dan saran untuk kesempurnaan penelitian ini.

ABSTRAKS

Strategi koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi akan mempengaruhi perilaku pasien dalam menerima adanya perubahan-perubahan setelah serangan stroke seperti kelemahan atau kelumpuhan pada anggota ekstremitas, gangguan penglihatan, gangguan bicara dan gangguan psikologis. Melalui penelitian ini ingin diketahui strategi koping apa yang paling banyak digunakan pasien stroke fase rehabilitasi. Untuk memperoleh jawabannya peneliti menggunakan metode desain deskripsi sederhana, strategi koping yang digunakan pasien dalam mengatasi adanya perubahan setelah serangan stroke, responden penelitian ini sebanyak 30 orang (19 orang laki-laki dan 11 orang perempuan) dirawat di ruang Unit Pelayanan Khusus Stroke RSUPN Cipto Mangunkusumo. Penelitian dilakukan selama kurang lebih dua minggu. Data diperoleh dengan cara menyebarkan kuesioner pada responden terpilih yang berisi pernyataan tentang cara yang dilakukan untuk mengatasi masalah perubahan-perubahan yang terjadi setelah serangan stroke. Sebelum menyebarkan kuesioner juga dilakukan uji coba kepada tiga orang responden untuk mengetahui apakah pernyataan pada kuesioner dapat dimengerti atau tidak oleh responden. Dari 30 orang responden ada 61,88 % mempunyai strategi koping negatif terhadap adanya perubahan setelah serangan stroke dan dari 30 responden 40 % berusia antara 60-69 tahun. 40 % responden mempunyai latar belakang pendidikan SLTA. Strategi koping positif yang dilakukan responden akan memudahkan responden beradaptasi dengan perubahan yang ada dan akan membantu mempercepat proses rehabilitasi.





DAFTAR ISI

Lembar persetujuan	
Kata Pengantar.....	i
Abstraks.....	ii
Daftar Isi.....	iii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	2
C. Guna Penelitian.....	3
D. Studi Kepustakaan.....	3
E. Kerangka Konsep terkait.....	10
F. Pertanyaan penelitian.....	12
G. Variabel Penelitian.....	12
BAB II. DESAIN DAN METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	14
B. Populasi dan Sampel.....	14
C. Tempat Penelitian.....	15
D. Etika Penelitian.....	15
E. Alat Pengumpul Data.....	15
F. Metode Pengumpul Data.....	16
G. Analisa Data.....	17
H. Jadwal Kegiatan.....	18
I. Sarana Penelitian.....	18

BAB III. HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Responden.....	18
B. Hasil Penelitian.....	23
BAB IV. PEMBAHASAN	
A. Pembahasan Hasil Penelitian	26
B. Keterbatasan Penelitian	28
C. Kesimpulan	28
D. Rekomendasi	29

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah suatu keadaan terputusnya atau terhentinya aliran darah ke otak secara tiba-tiba, yang mengakibatkan kerusakan dan gangguan fungsi pergerakan, perasaan, memori, perabaan, dan bicara, yang bersifat sementara atau menetap (*Hickey, 1992*). Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga pada kelompok usia lanjut setelah penyakit jantung dan kanker, diperkirakan terdapat 400.000 stroke baru setiap tahunnya dan lebih dari setengahnya disebabkan oleh hipertensi (*Bronstein, 1986*). Di Indonesia, secara nasional stroke merupakan penyebab kematian utama di rumah sakit dan penyebab utama kecacatan pada kelompok usia dewasa (*Mishach, 1999*).

Masalah kesehatan yang timbul akibat stroke sangat bervariasi, tergantung kepada luasnya daerah otak yang mengalami nekrose atau kematian jaringan dan lokasi yang terkena (*Hickey, 1992*). Stroke biasanya diakibatkan oleh salah satu dari empat kejadian berikut, yaitu : trombosis, embolisme, iskemia dan hemoragi serebral (*Brunner & Suddart, 1996*). Dimana kejadian tersebut menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara dan sensasi.

Gangguan fungsi bicara dan keterbatasan dalam melakukan aktifitas seringkali menyebabkan pasien stroke mengalami masalah psikologik yang dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam dan kurang kerjasama. Bila hal ini tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan ketergantungan yang terus menerus dari individu

terhadap orang lain (Miller, 1983). Adanya perubahan-perubahan pada pasien stroke tersebut, sehingga memerlukan upaya penyesuaian pasien sendiri. Upaya ini disebut dengan koping.

Koping didefinisikan oleh *Lazarus dan Folkman* (1991) sebagai suatu proses pengelolaan tuntutan eksternal dan internal yang dinilai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang. Koping terhadap stres merupakan proses dinamik. Berbagai gejala yang ada pada pasien stroke fase rehabilitasi merupakan sumber stres yang dapat menimbulkan kecemasan pada pasien. Menurut *Stuart dan Sundeen* (1995), mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi cemas ringan biasanya akan digunakan juga apabila mengalami stres yang lebih berat.

Kejadian yang peneliti sering temui di ruang rawat peneliti banyak menemukan pasien stroke pada fase rehabilitasi merasa diri mereka tidak berdaya, terpukul oleh kondisi yang serba cacat, tertekan akan ketergantungan, takut tidak disayang lagi, gangguan emosional terutama cemas, frustrasi dan depresi, akibat perubahan-perubahan ini kebanyakan pasien tersebut tidak kooperatif dalam mengikuti proses rehabilitasi.

Berdasarkan uraian di atas dan tingginya angka kejadian stroke di Indonesia, maka peneliti tertarik mengadakan penelitian untuk mengidentifikasi "Strategi Koping yang digunakan pada Pasien Stroke Fase Rehabilitasi di Unit Pelayanan Khusus Stroke R.S. Perjan Cipto Mangunkusumo".

B. Tujuan Penelitian

Mengidentifikasi strategi koping yang digunakan pada pasien stroke fase rehabilitasi di Unit Pelayanan Khusus Stroke.

1. Stroke

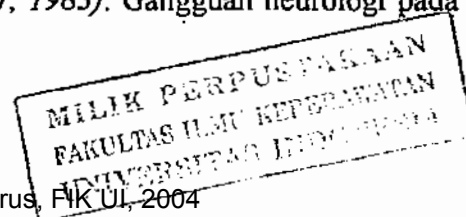
Stroke adalah suatu keadaan terputusnya atau terhentinya aliran darah ke otak secara tiba-tiba, yang mengakibatkan kerusakan dan gangguan fungsi pergerakan, perasaan, memori, perabaan, dan bicara yang bersifat sementara atau menetap (*Mickey, 1992*). Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga pada kelompok usia lanjut setelah penyakit jantung dan kanker, diperkirakan terdapat 400.000 stroke baru setiap tahunnya dan lebih dari setengahnya disebabkan oleh hipertensi (*Bronstein, 1986*).

Perjalanan penyakit stroke beragam. Ada penderita stroke yang pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, cacat sedang atau cacat berat. Stroke paling banyak menyebabkan kecacatan pada kelompok usia di atas 45 tahun (*Misbach, J., 1999*).

Gangguan neurologik yang sering terjadi pada pasien stroke adalah gangguan motorik (*Gordon & Diller, 1983*). Gangguan motorik yang biasa terjadi adalah paralisis, pasien tidak dapat menggerakkan tangan atau kaki pada satu sisi badan dan lebih lanjut lagi pasien tidak dapat berjalan, mengurus dirinya sendiri dan tidak dapat beraktivitas sebagaimana mestinya.

Gangguan neurologik yang lain meliputi fungsi kognitif seperti bahasa, belajar, memory dan persepsi. Gangguan bahasa yang terjadi pada pasien stroke dikenal dengan istilah aphasia dimana terjadi kesulitan dalam mengerti kata-kata (aphasia sensorik) dan menggunakan kata-kata (aphasia motorik) (*Geschwind, 1979*).

Selain itu gangguan neurologik yang terjadi adalah gangguan penglihatan, pasien mengalami mata kabur / kebutaan mendadak pada salah satu mata dan hilangnya setengah dari lapang pandang (*Gordon & Diller, 1983*). Gangguan neurologi pada pasien



1. Stroke

Stroke adalah suatu keadaan terputusnya atau terhentinya aliran darah ke otak secara tiba-tiba, yang mengakibatkan kerusakan dan gangguan fungsi pergerakan, perasaan, memori, perabaan, dan bicara yang bersifat sementara atau menetap (*Mickey, 1992*). Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga pada kelompok usia lanjut setelah penyakit jantung dan kanker, diperkirakan terdapat 400.000 stroke baru setiap tahunnya dan lebih dari setengahnya disebabkan oleh hipertensi (*Bronstein, 1986*).

Perjalanan penyakit stroke beragam. Ada penderita stroke yang pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, cacat sedang atau cacat berat. Stroke paling banyak menyebabkan kecacatan pada kelompok usia di atas 45 tahun (*Misbach. J., 1999*)

Gangguan neurologik yang sering terjadi pada pasien stroke adalah gangguan motorik (*Gordon & Diller, 1983*). Gangguan motorik yang biasa terjadi adalah paralisis, pasien tidak dapat menggerakkan tangan atau kaki pada satu sisi badan dan lebih lanjut lagi pasien tidak dapat berjalan, mengurus dirinya sendiri dan tidak dapat beraktivitas sebagaimana mestinya.

Gangguan neurologik yang lain meliputi fungsi kognitif seperti bahasa, belajar, memory dan persepsi. Gangguan bahasa yang terjadi pada pasien stroke dikenal dengan istilah aphasia dimana terjadi kesulitan dalam mengerti kata-kata (aphasia sensorik) dan menggunakan kata-kata (aphasia motorik) (*Geschwind, 1979*).

Selain itu gangguan neurologik yang terjadi adalah gangguan penglihatan, pasien mengalami mata kabur / kebutaan mendadak pada salah satu mata dan hilangnya setengah dari lapang pandang (*Gordon & Diller, 1983*). Gangguan neurologi pada pasien

stroke tidak sedikit yang mengalami gangguan psikologi. Menurut *Fawais, R. (2000)* gangguan psikologis lebih banyak terjadi pada penderita stroke dibandingkan dengan penderita penyakit lain. Depresi, cemas dan gangguan psikologik non spesifik adalah keadaan yang paling sering dijumpai pada pasien stroke.

Robinson dan Szatela, (1981) melaporkan dari analisis beberapa penelitian, besarnya depresi pada stroke sangat bervariasi, yaitu antara 11% sampai 61%. *Thompson (2000)* menyatakan terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada stroke, faktor-faktor tersebut yaitu riwayat mengalami depresi sebelumnya, lesi yang dekat atau ada di daerah hemisfer kiri anterior, problem berbahasa, status fungsional neurologis yang buruk dan isolasi yang asosial.

Depresi mempunyai dimensi perubahan pada mood, afektif, kognitif, behavioral dan neurovegetatif (*mishbach J., 1999*). Perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira. Kecemasan juga sering didapatkan pada orang dengan depresi. Kelainan afektif dapat terlihat dari muka dan sikap yang sedih dan sering menangis. Sedangkan perubahan kognitif yang terjadi adalah kehilangan motivasi, inisiatif dan menjadi apatis. Pasien menjadi merasa tidak berdaya, tidak berguna, tidak dapat konsentrasi dan merasa tidak dapat menolong dirinya sendiri, bahkan terkadang disertai perasaan gangguan organik (hipokondrias). Beberapa diantaranya ada yang menarik diri dari pergaulan / kegiatan sosial, disertai halusinasi dan delusi.

Perubahan behavioral pada seseorang dengan depresi terlihat dari perubahan suara dan gerak badan. Biasanya suaranya menjadi lirih dan gerakan badan bisa menjadi lamban atau malah menjadi sebaliknya menjadi kacau. Perubahan neurovegetatif berupa perubahan pola tidur, bisa berupa sulit tidur, sering terbangun malam hari, hipersomnia

atau penurunan latensi REM. Juga didapatkan perubahan selera makan, merasa selalu lelah dan ada penurunan libido.

Gejala-gejala tersebut di atas dapat berlanjut atau menetap pada fase rehabilitasi. Bila hal ini tidak dapat ditangani dengan baik, dapat menyebabkan ketergantungan yang terus menerus dari individu terhadap orang lain (*Miller, 1983*).

2. Rehabilitasi

Program rehabilitasi perlu direncanakan dan dikomunikasikan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga agar persepsinya sama dalam mencapai tujuan (*Donna, 1987*).

Rehabilitasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan perkembangan kemampuan pasien. Masa pemulihan dan tingkat pencapaian yang maksimal, tergantung dari berat ringannya stroke, kepribadian pasien itu sendiri dan sistem pendukung.

Faktor yang mempengaruhi lambatnya rehabilitasi adalah perasaan tidak berdaya, kasihan pada diri sendiri, cemas dan depresi. Keluarga sering merasa kecewa karena adanya perubahan hubungan dan pola hidup pada anggota keluarga yang terkena stroke (*Mishach J., 1999*). Dengan adanya perubahan-perubahan pada pasien stroke fase rehabilitasi memerlukan berbagai upaya untuk penyesuaian. Upaya ini disebut koping.

3. Strategi Koping

Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkatan

rangsangan dimana individu dapat mencapai secara positif. Dalam konteks ini, koping merupakan proses penyelesaian masalah. Tidak bersifat statis tetapi berubah dalam kualitas dan intensitas sesuai dengan perubahan penilaian kognitif yang berkesinambungan.

Konsep koping tidak dapat dipisahkan dari konsep stres dan adaptasi. Menurut *Mott, James, dan Sperhac (1990)* stres merupakan suatu pola reaksi umum yang terjadi sebagai respon terhadap stimulasi yang terdapat dalam kegiatan hidup sehari-hari dan adaptasi sebagai suatu proses dimana individu mengembalikan "homeostatis" (keseimbangan) antara lingkungan internal dan eksternal. Adaptasi berbeda bagi tiap individu sesuai dengan perubahan persepsi tiap individu, faktor kebiasaan dan strategi koping.

Penggunaan koping akan bervariasi pada tiap individu, salah satu faktor yang mempengaruhi adalah usia. Menurut *Folkman dan Her Colleagues (1987)* dikatakan bahwa pada orang dewasa lanjut koping yang sering digunakan adalah pendekatan kognitif (*cognitive approach*) seperti; penilaian yang positif terhadap sesuatu, pengalaman koping sebelumnya, menerima situasi tertentu sebagai realita, membangun kembali situasi menjadi lebih baik.

Menurut *Long (1999)* usia 65 tahun dianggap sebagai usia dewasa lanjut atau orang lanjut usia, dikatakan bahwa pada orang dewasa lanjut mempunyai persepsi yang lebih positif mengenai diri sendiri dan orang lain, selain itu lebih banyak memiliki kelengkapan untuk berinteraksi dengan orang lain, membuat cara pemecahan yang lebih realitas untuk berbagai masalah, meningkatkan kemampuan mengalihkan konflik kepada pengalaman

yang lebih berarti dan semua orang berkehendak mempertahankan kemandirian dan mengerjakan sendiri aktivitas kebutuhan sehari-hari.

Koping terhadap stres merupakan proses dinamik. Gejala yang ada pada pasien stroke fase rehabilitasi merupakan sumber stres yang dapat menimbulkan kecemasan. Menurut *Stuart dan Sundeen (1987)* mekanisme koping yang digunakan dalam mengatasi cemas ringan biasanya akan digunakan juga apabila mengalami cemas yang lebih berat. Kecemasan pada pasien stroke fase rehabilitasi dapat ringan, sedang sampai berat. Kecemasan sedang dan berat dapat menimbulkan dua tipe mekanisme koping sebagai berikut :

1. Reaksi orientasi tugas; berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stres secara realistis, dapat berupa konstruksi atau destruktif.
2. Mekanisme pertahanan ego; membantu seseorang untuk mengatasi kecemasan, tetapi bila digunakan secara terus menerus dapat menimbulkan respon maladaptif seperti kompensasi, denial, introjeksi, rasionalisasi, regresi, represi dan supresi.

Gangguan emosional dapat terjadi pada pasien stroke dan reaksinya seperti kehilangan hal ini dapat kita temukan pada saat mengkaji pasien stroke selama fase rehabilitasi (*Thompson, 2000*). Bila koping yang digunakan pasien stroke adalah koping yang positif maka akan menghasilkan tingkah laku yang adaptif dan meningkatkan integritas fisiologik dan psikologik pada pasien.

Pearlin dan Scooler (1987) mengatakan ada beberapa situasi kehidupan yang dianggap sebagai masalah, mengidentifikasi mekanisme koping yang digunakan dalam upaya menanggulangi masalah, dan mengkaji keberhasilan perilaku koping.

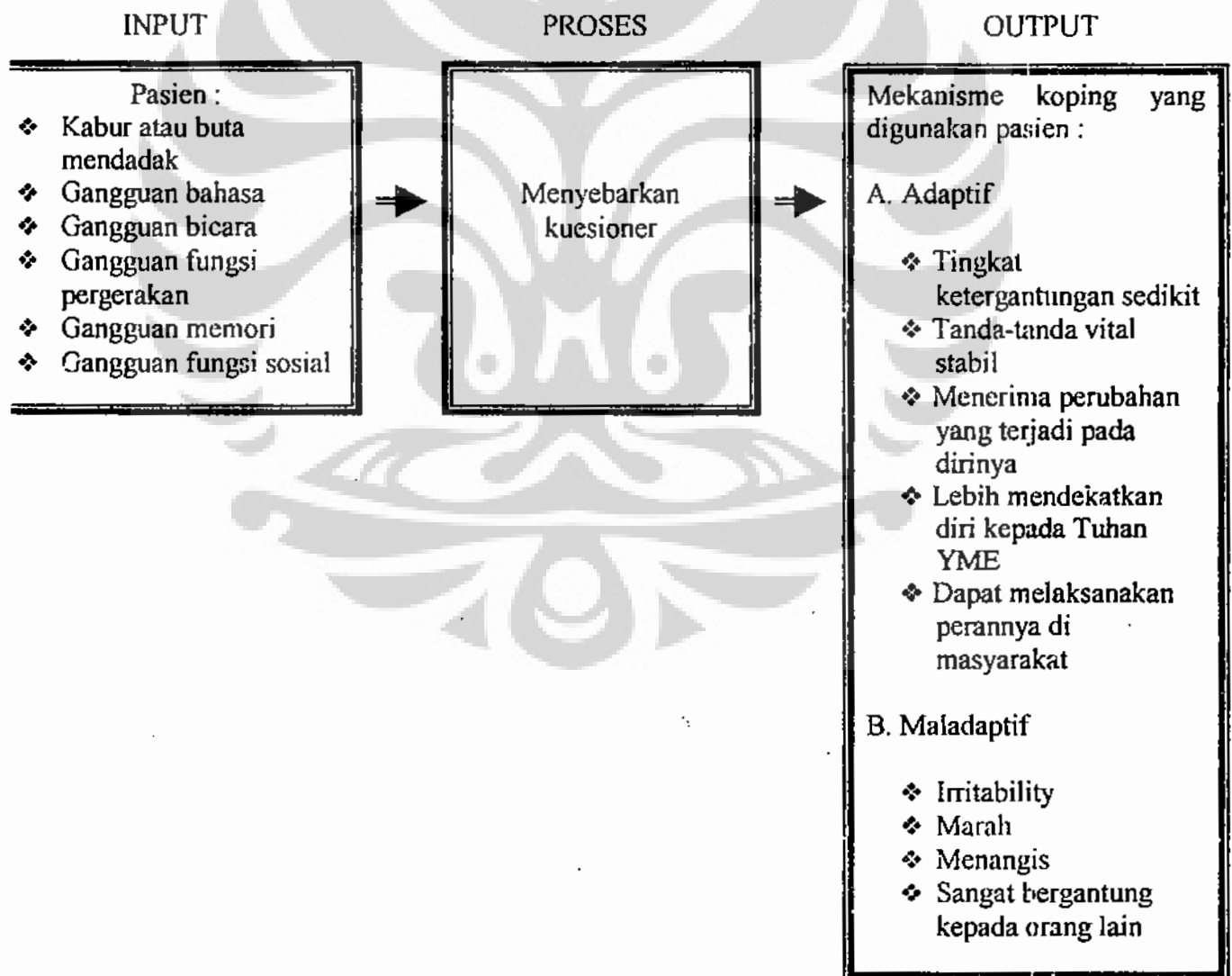
Keberhasilan perilaku koping didasarkan atas tiga fungsi, yaitu : pertama, menghilangkan atau memodifikasi kondisi yang menimbulkan masalah; kedua, mengendalikan arti pengalaman yang dipersepsikan; dan ketiga, mempertahankan konsekuensi emosional agar masih dalam batas kemampuan mengatasinya. Gaya dan isi koping berbeda, lebih luas lingkup dan ragamnya, maka lebih protektif hasil koping. *Pearlin dan scooler* juga menemukan bahwa individu yang sama mengalami keberhasilan yang tidak sama dalam berbagai perannya, sementara individu yang berbeda mengalami keberhasilan yang tidak sama walaupun masalah kehidupan yang dihadapi tidak sama. Penelitian ini menyarankan perlunya untuk mengetahui kelompok individu yang bagaimana menggunakan strategi koping yang paling efektif dan yang kurang efektif.

Cohé dan Lazarus (1973) sangat memperhatikan tentang dampak penyakit yang serius, ketidakmampuan fisik yang berat, penyakit atau kecacatan yang menetapkan terhadap kemampuan koping individu dan keluarganya atau orang yang berarti dalam hidupnya. Penelitian mereka tentang hubungan antara cara koping dengan stres pra-bedah dan pulih dari pembedahan menunjukkan bahwa pasien yang menampakkan perilaku koping dengan kewaspadaan tinggi mengalami lebih banyak komplikasi penyembuhan dari pada pasien yang menunjukkan perilaku menghindar dan waspada. Dapat disimpulkan dari penemuan ini, bahwa perilaku menghindar bisa merupakan perilaku koping yang efektif pada suatu situasi yang sama dimana ancaman serupa dapat berkurang. Penelitian ini didukung oleh *Hung (1976)* yang meneliti tentang perilaku koping pasien dengan tumor otak, *Hung* juga melaporkan bahwa dari hasil penelitian tersebut ternyata perilaku koping utama digunakan pasien tersebut adalah perilaku menghindar.

emosi, proses persepsi dan informasi, proses pembelajaran, proses pemecahan masalah, emosi.

Setelah stimulus dan tingkat adaptasi tersebut diproses melalui mekanisme koping, maka respon yang akan dihasilkan dapat berupa respon yang adaptif atau respon yang maladaptif.

Pada penelitian ini yang berjudul "Identifikasi Strategi Koping yang digunakan Fase Rehabilitasi", peneliti hanya mengidentifikasi output yaitu mekanisme koping yang digunakan pasien baik itu adaptif maupun maladaptif. Adapun kerangka yang telah dilakukan peneliti adalah :



Input adalah gangguan-gangguan yang dialami pasien kemudian diproses dengan cara menyebarkan kuesioner sehingga outputnya adalah mekanisme koping yang digunakan pasien yaitu adaptif atau maladaptif.

F. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep diatas peneliti mengangkat pertanyaan penelitian :
Bagaimana strategi koping yang banyak digunakan pasien stroke fase rehabilitasi di Stroke Unit?

G. Variabel Penelitian

Koping

a. Definisi Konseptual

Suatu proses pengelolaan (Positif atau Negatif) tuntutan eksternal dan internal (gejala yang ada fase rehabilitasi fisik dan psikologis) yang dinilai sebagai beban atau melebihi sumber yang dimiliki seseorang.

(Lazarus & Folkman, 1984)

b. Definisi Operasional

Respon pasien yang terpilih sebagai responden pada penelitian ini positif dan negatif terhadap gejala yang ada pada fase rehabilitasi fisik dan psikologis.

❖ Koping positif

Adalah respon individu dalam penyelesaian masalah yang masih dapat diterima oleh norma-norma sosial dan budaya.

❖ Koping negatif

Adalah respon individu dalam penyelesaian masalah yang menyimpang dari norma-norma sosial dan budaya.

- c. Cara ukur penelitian ini adalah kategori kuantitatif.
- d. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner.
- e. Skala ukur yang digunakan penelitian ini adalah skala nominal.



BAB II

DESAIN DAN METODOLOGI PENELITIAN

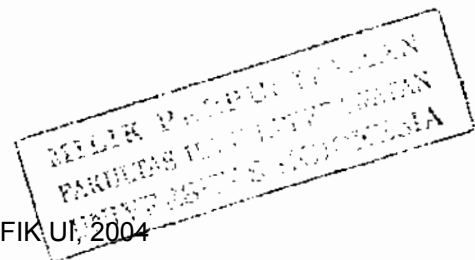
Pada bab ini peneliti akan menjelaskan rancangan penelitian yang terdiri dari desain, responden dan tempat penelitian, etika penelitian, alat dan metode yang digunakan, analisis data, jadual kegiatan serta sarana penelitian.

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain diskripsi sederhana yang bertujuan untuk mengidentifikasi lebih jelas tentang strategi koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi di Ruang Stroke Unit. Desain ini akan menggambarkan jumlah dan penyebaran variabel dan tidak membahas hubungan antar variabel.

B. Populasi dan Sampel

Sampel penelitian diambil dari seluruh populasi yang ada di Ruang Stroke Unit RS. Perjan Cipto Mangunkusumo dengan kriteria pasien stroke fase rehabilitasi yang tidak mengalami Aphasia Sensorik. Metode sampling yang digunakan purposiv sampling dengan kriteria diatas. Jumlah sampel yang diambil menggunakan total sampling dengan kurun waktu dua minggu (6-18 Desember 2004). Penelitian dilaksanakan di Ruang Stroke Unit RS. Perjan Cipto Mangunkusumo karena jumlah pasien yang dirawat relatif banyak dan lokasi mudah dijangkau oleh peneliti.



C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Stroke Unit RS. Perjan Cipto Mangunkusumo Jakarta.

D. Etika Penelitian

1. Penelitian dilakukan setelah peneliti mendapat izin dari instansi terkait.
2. Responden akan diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan dari penelitian.
3. Identitas responden akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti dan ditulis dalam inisial.
4. Tidak ada paksaan atau ancaman, responden berhak untuk menolak menjadi responden apabila tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

E. Alat Pengumpul Data

Untuk mengumpulkan data, peneliti membuat instrumen yang terdiri dari Isian Data Demografi (IDD) dan kuesioner Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Stroke (SKYDPS) serta Panduan Wawancara Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Stroke (PWSKYDPS) untuk mendapatkan informasi tentang strategi koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi selama hospitalisasi.

Jumlah pertanyaan IDD ada 5 butir meliputi : Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Pendidikan, Suku, Agama untuk mendapatkan data tentang karakteristik pasien.

Kuesioner SKYDPS dan PWSKYDPS yang digunakan disusun oleh peneliti berdasarkan konsep gejala yang ada pada pasien stroke fase rehabilitasi, konsep koping dan konsep rehabilitasi. Kuesioner SKYDPS terdiri atas 11 butir pernyataan yang disusun dalam bentuk pernyataan singkat dengan menggunakan skala Likert dan pilihan jawaban terdiri dari 4 tingkat dengan pengertian : 1 = tidak pernah dilakukan, 2 = jarang dilakukan, 3 = dilakukan,

4 = selalu dilakukan, yang berguna untuk mendapatkan data tentang strategi koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi meliputi :

- a. Pernyataan tentang strategi koping positif terdapat pada nomor 3, 4, 8, 11
- b. Pernyataan tentang strategi koping negatif terdapat pada nomor 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10

Kuesioner diisi langsung oleh responden. Sebelum pengumpulan data daftar pertanyaan diuji pada 3 responden yang memenuhi syarat yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk mengetahui apakah responden mengerti dan mampu menjawab pertanyaan yang ada pada kuesioner tersebut.

F. Metode Pengumpul Data

Setelah memperoleh izin dari rumah sakit, peneliti mengadakan pendekatan dan membina hubungan saling percaya dengan responden/informan dan memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian. Dalam mengumpulkan data, penulis menggunakan tenaga perawat untuk menyebarkan kuesioner. Setelah responden/informan bersedia maka peneliti mempersilakan responden/informan menandatangani persetujuan penelitian kemudian responden dijelaskan cara pengisian kuesioner dan dipersilakan bertanya bila ada hal-hal yang belum jelas.

Selama pengisian kuesioner peneliti berada satu ruangan dengan responden tetapi tidak dekat untuk menjaga privacy responden. Menurut rencana waktu pengisian adalah 30-45 menit dan responden diberitahu bahwa angket dikumpulkan saat itu juga dan pertanyaan harus terisi semua. Saat pengumpulan data waktu yang dibutuhkan bervariasi mulai dari 20 menit sampai 45 menit sesuai keterbatasan yang ada pada responden.

G. Analisis Data

Seluruh data dikumpulkan, dilakukan penghitungan statistik dengan metode distribusi frekuensi dan persentase terhadap Isian Data Demografi (IDD) yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, suku, agama, dengan melakukan pengorganisasian data secara tally, sehingga dapat diketahui frekuensi alternatif jawaban untuk tiap butir pertanyaan.

Untuk mengetahui koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi, diberikan kuesioner SKGDPS yang dikutip dari konsep *Stuart & Sundeen (1995) dan Taylor*

(1989) tentang mekanisme koping yang diberikan kepada responden, penilaian terhadap data dilakukan dengan cara distribusi frekuensi jenis katagorikal terhadap ungroup untuk data karena pengelompokan frekuensinya terdiri dari data kualitatif yang menyatakan jenis atau mewakili karakteristik tertentu. Data tentang koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi dinilai dengan cara memberi skoring setiap butir dengan nilai tertinggi 4 (selalu dilakukan) dan nilai terendah 1 (tidak pernah dilakukan) untuk koping positif sedangkan untuk koping negatif, nilai tertinggi 4 (tidak pernah dilakukan) dan nilai terendah 1 (selalu dilakukan) sehingga kisaran tertinggi yaitu 44 dan terendah adalah 11 dengan kriteria :

- ❖ Koping negatif jika nilai dikisaran 11 sampai dengan 22
- ❖ Koping positif jika nilai dikisaran 23 sampai dengan 44

Untuk masing-masing koping berdasarkan kuesioner nilai 1 sampai 2 ditetapkan sebagai koping negatif atau tidak digunakan oleh pasien dan nilai 3 sampai 4 disebut koping positif atau digunakan oleh pasien.

Sesudah diperoleh nilai masing-masing responden, dibuat distribusi frekuensi strategi koping yang digunakan pasien stroke kemudian dicari persentase dari masing-masing strategi koping. Metode penilaian lain yang digunakan adalah membuat distribusi frekuensi

pernyataan pasien sesuai dengan data yang ada pada kuesioner. Dan dari data tabel dibuat analisa dari masing-masing tabel dan diambil kesimpulan dari beberapa tabel yang berkaitan.

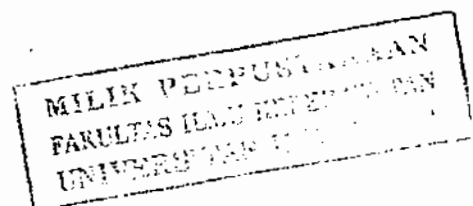
Sesuai dengan jenis penelitian dan pernyataan yang dirumuskan, bahwa penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi strategi koping apa yang paling banyak digunakan pada pasien stroke fase rehabilitasi sehingga peneliti menggunakan distribusi frekuensi dan hanya mencari modus dari pernyataan pasien.

H. Jadwal Kegiatan

No.	Kegiatan	September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Identifikasi masalah																
2.	Pembuatan proposal																
3.	Pengumpulan data																
4.	Pengolahan data																
5.	Analisa data																
6.	Presentasi hasil																
7.	Desimilasi hasil																
8.	Pengumpulan laporan																

I. Sarana Penelitian

Sarana penelitian yang digunakan dalam penelitian kali ini adalah data yang digunakan untuk teknik penelitian, alat tulis, komputer, kuesioner, buku-buku referensi, surat izin untuk mencari data serta peneliti dan responden yang bersangkutan.





BAB III

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Responden

Penelitian ini dilakukan diruang stroke unit RS Cipto Mangunkusumo selama kurang lebih 2 minggu. Responden yang didapat dalam kurun waktu tersebut berjumlah 30 orang dan untuk uji coba didapatkan 3 orang responden.

Usia pasien stroke yang menjadi responden berkisar antara 27 tahun sampai dengan 89 tahun, dengan proporsi terbesar adalah responden yang berusia antara 60 – 69 tahun. Dari data umur ini terlihat bahwa ada nilai ekstrim yaitu seorang responden yang berusia 27 tahun (lihat tabel 1). Adapun usia responden yang menjadi uji coba berkisar antara 50 sampai 79 tahun (lihat tabel 2).

Data jenis kelamin responden dalam penelitian ini adalah sebanyak 19 orang laki- laki dan 11 orang perempuan (lihat table 3). Mayoritas dari responden tersebut beragama Islam yaitu sebanyak 24 orang, 5 orang beragama Kristen dan 1 orang beragama Budha (lihat table 5). Untuk data suku bangsa didapatkan bahwa suku Padang dengan 10 responden, Medan 4 responden, Jawa tengah 7 responden, Jawa Barat 4 responden, Jakarta 3 responden serta Palembang dan Pontianak dengan masing- masing 1 responden (lihat table 7). Pendidikan responden terdiri dari 1 responden tidak sekolah, 6 responden tamatan SD, 2 responden tamtan SLTP, 12 responden tamatan SLTA serta 9 responden lulus perguruan tinggi (lihat tabel 9)

Untuk responden uji coba didapatkan data 2 orang dengan jenis kelamin perempuan dan 1 orang laki- laki (lihat table 4). Semua responden beragama Islam (lihat table 6) dan bersuku

Padang (lihat table 8) serta dengan pendidikan bervariasi yaitu SD, SLTA dan perguruan tinggi (lihat table 10).

Tabel 1

Distribusi Frekuensi Usia Responden

No	Usia pasien	Frekuensi	Persentase
1	20 - 29	1	3,3
2	30 - 39	0	0,0
3	40 - 49	4	13,3
4	50 - 59	9	30,0
5	60 - 69	12	40,0
6	70 - 79	3	10,0
7	80 - 89	1	3,3
total		30	100

Dari 30 orang responden 40% berada diantara usia 60- 69 tahun.

Tabel 2

Distribusi Frekuensi Usia Responden Uji Coba

No	Usia pasien	Frekuensi	Persentase
1	50 - 59	1	33,3
2	60 - 69	1	33,3
3	70 - 79	1	33,3
Total		3	100

Dari 3 responden uji coba, usianya berkisar antara 50 sampai dengan 79 tahun.

Tabel 3

Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki - laki	19	63,33
2	Perempuan	11	36,67
Total		30	100

Dari 30 orang responden, 63,33% adalah laki-laki.

Tabel 4

Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden Uji Coba

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki - laki	1	33,33
2	Perempuan	2	66,67
Total		3	100,00

Dari 3 orang responden uji coba, 66,67% adalah laki- laki.

Tabel 5

Distribusi Frekuensi Agama Yang Dianut Responden

No	Agama	Frekuensi	Persentase
1	Islam	24	80
2	Kristen	5	16,67
3	Budha	1	3,33
Total		30	100

Dari 30 orang responden, 80% diantaranya menganut agama Islam.

Tabel 6

Distribusi Frekuensi Agama Yang Dianut Responden Uji Coba

No	Agama	Frekuensi	Persentase
1	Islam	3	100
Total		3	100

Dari 3 responden uji coba semuanya beragama Islam.

Tabel 7

Distribusi Frekuensi Suku Bangsa Responden

No	Suku bangsa	Frekuensi	Persentase
1	Padang	10	33,33
2	Medan	4	13,33
3	Jawa Tengah	7	23,33
4	jawa Barat	4	13,33
5	Jakarta	3	10
6	Palembang	1	3,33
7	Pontianak	1	3,33
Total		30	100

Dari 30 responden, 33,3 % berasal dari suku bangsa Padang

Tabel 8

Distribusi Frekuensi Suku Bangsa Responden Uji Coba

No	Suku bangsa	Frekuensi	Persentase
1	Padang	3	100
Total		3	100

Dari 3 orang responden uji coba, 100 % berasal dari suku bangsa Padang

Tabel 9

Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden

No	Tk. Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak Sekolah	1	3,33
2	SD	6	20,00
3	SLTP	2	6,67
4	SLTA	12	40,00
5	Perguruan Tinggi	9	30,00
Total		30	100

Dari 30 responden, 40% berada pada tingkat pendidikan SLTA.

Tabel 10

Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden Uji Coba

No	Tk. Pendidikan	Frekuensi	Presentase
1	SD	1	33,33
2	SLTA	1	33,33
3	Perguruan Tinggi	1	33,33
Total		3	100

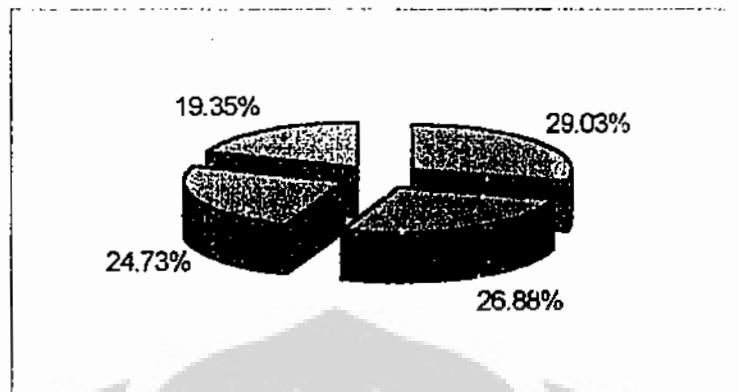
B. Hasil Penelitian

Penghitungan statistik terhadap isian kuesioner dilakukan dengan cara tally dan distribusi frekuensi serta persentase alternatif jawaban dari tiap butir pernyataan.

Dari 11 pernyataan pada kuesioner yang diberikan, kuesioner no 3, 4, 8 dan 11 merupakan pernyataan koping positif. Setelah dilakukan penghitungan pada isian kuesioner tersebut maka didapat data pernyataan no 3; membicarakan dengan keluarga apa yang harus saya lakukan dipakai oleh 25 orang responden, pernyataan no 4; menerima keterbatasan sebagai kekuatan dipakai oleh 23 orang responden, pernyataan no 8; menjelaskan kepada orang lain keterbatasan yang saya alami karena akibat penyakit saya dipakai oleh 18 orang responden serta pernyataan no 11; berusaha melakukan sesuatu sesuai kemampuan saya dipakai oleh 27 orang responden.

Dari keseluruhan koping positif yang didapatkan, maka urutan koping positif yang paling banyak digunakan adalah pernyataan no 11 dengan persentase 29,03%, pernyataan no 3 dengan persentase 26,88%, pernyataan no 4 dengan persentase 24,73% dan terakhir pernyataan no 8 dengan persentase 19,35%.

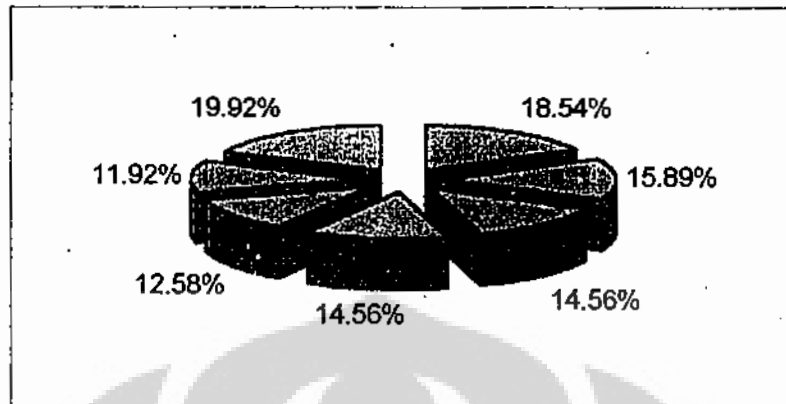
Diagram Koping Positif



Pernyataan kuesioner no 1, 2, 5, 6, 7, 9 dan 10 merupakan pernyataan dengan koping negatif. Setelah dilakukan penghitungan maka didapatkan hasil bahwa pernyataan 1; marah dipakai oleh 18 orang responden, pernyataan 2; menghindari berhubungan dengan orang lain dipakai oleh 22 orang responden, pernyataan no 5; menyangkal adanya keterbatasan dipakai oleh 22 orang responden, pernyataan no 6 menyalahka diri sendiri dipakai oleh 24 responden, pernyataan no 7; menyalahkan orang lain dipakai oleh 28 responden, pernyataan no 9; menangis dipakai oleh 19 orang responden serta pernyataan no 10; tidak merasa sedih dipakai oleh 18 orang responden.

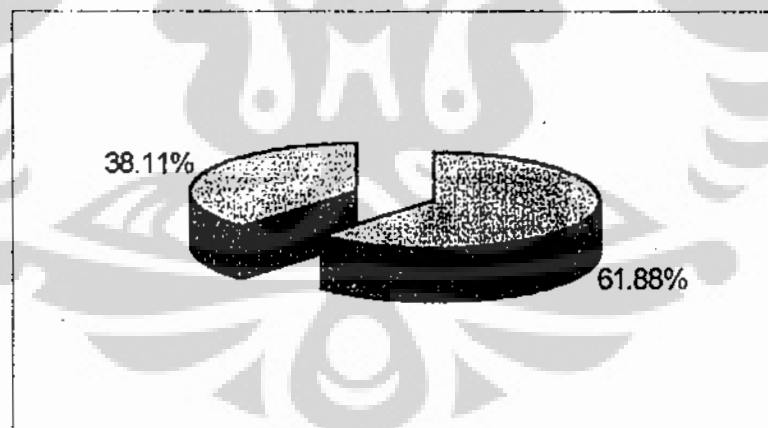
Dari keseluruhan koping negatif yang didapatkan, maka urutan pemakaian koping yang paling banyak digunakan adalah pernyataan no 7 dengan persentase 18,54%, pernyataan no 6 dengan persentase 15,89%, pernyataan no 2 dan 5 dengan hasil persentase sama yaitu 14,56%, pernyataan no 9 dengan hasil persentase 12,58% serta pernyataan no 1 dan 10 dengan hasil sama yaitu 11,92%.

Diagram Koping Negatif



Secara keseluruhannya maka didapatkan hasil pemakaian koping positif adalah 38,11% dan pemakaian koping negatif adalah sebanyak 61,88%.

Diagram Pemakaian Koping Responden





BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang kami dapatkan ternyata responden yang terbanyak adalah yang berusia antara 60 – 69 tahun yaitu sebanyak 40%. Hal ini sesuai dengan pendapat *Misbach J (1999)* yang menyatakan bahwa perjalanan penyakit stroke beragam. Ada penderita stroke yang pulih sempurna, ada pula yang sembuh dengan cacat ringan, cacat sedang atau cacat berat. Stroke paling banyak menyebabkan kecacatan pada kelompok usia diatas 45 tahun.

Pada hasil penelitian ini juga dapat terlihat adanya nilai ekstrim pada usia responden, dimana ada seorang responden yang berusia 27 tahun, dikarenakan responden tersebut mengalami kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala sehingga pembuluh darah di otak pecah dan terjadi kelumpuhan.

Pada koping dengan cara marah, 11,92% digunakan oleh pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat *Fawais, R (2000)* yang menyatakan bahwa akibat penyakit stroke akan mengakibatkan gangguan depresi, cemas dan gangguan psikologis non spesifik.

Koping menghindar berhubungan dengan orang lain 14,56% , menyalahkan diri sendiri 15,89% dan menyalahkan orang lain yang digunakan oleh 18,54% pasien stroke. Hal- hal tersebut sesuai dengan pendapat dari *Thompson (2000)* yang menyatakan bahwa beberapa faktor yang berhubungan dengan terjadinya depresi pada stroke diantaranya adalah status fungsional neurologis yang buruk dan isolasi social.

Koping menyangkal adanya keterbatasan, 14,56% digunakan pada pasien stroke. Hal ini sesuai dengan pendapat *Long (1996)* yang menyatakan bahwa salah satu mekanisme pertahanan

yang sering dipergunakan pada kondisi sakit adalah menyangkal, mekanisme ini terjadi pada kondisi awal kritis setelah terjadinya ketegangan yang berat.

Koping membicarakan dengan keluarga apa yang harus saya lakukan digunakan oleh pasien stroke sebanyak 26,88%. Hal ini sesuai dengan pendapat *Long (1996)* yang menyatakan bahwa faktor- faktor yang mempengaruhi perilaku peningkatan kesehatan dipengaruhi oleh keluarga atau kedekatan hubungan darah dan pola pemeliharaan kesehatan dari keluarga.

Strategi koping menerima keterbatasan sebagai kekuatan digunakan oleh pasien stroke sebanyak 24,73%. Hal ini sesuai dengan pendapat *Folkman dan Her Collageues (1984)* yang menyatakan bahwa pada orang dewasa lanjut koping yang sering digunakan adalah pendekatan kognitif seperti; penilaian yang positif terhadap sesuatu, pengalaman koping yang sebelumnya, menerima situasi tertentu sebagai realita dan membangun kembali situasi mejadi lebih baik. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian *Baldree, Murphy dan Powers (1982)* yang menyatakan bahwa metode koping yang paling sering digunakan adalah mempertahankan pengendalian terhadap suatu situasi dan berharap keadaan akan menjadi lebih baik.

Koping menangis digunakan oleh 12,58% responden dan koping tidak merasa sedih digunakan oleh 11,92 responden. Hal ini sesuai dengan pendapat *misbach J (1999)* yang menyatakan bahwa perubahan mood pada depresi berupa kesedihan dan kehilangan kemampuan untuk bergembira.

Koping berusaha melakukan sesuatu sesuai kemampuan digunakan oleh 29,03% responden. Hal ini sesuai dengan pendapat *Long (1996)* yang menyatakan bahwa semua orang berkehendak mempertahankan kemandirian dan mengerjakan sendiri aktifitas kebutuhan sehari-hari.

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam melakukan penelitian ini masih terdapat kekurangan akibat keterbatasan peneliti dalam hal:

1. Pembuatan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yang masih sangat sederhana.
2. Sampel tidak dibatasi/ dibedakan berdasarkan usia
3. Jumlah sampel yang digunakan masih sangat terbatas dan hanya disatu institusi sehingga tidak dapat mewakili populasi pasien yang diinginkan
4. Sampel tidak dibedakan berdasarkan jenis stroke ringan, sedang dan berat.
5. Desain penelitian yang bersifat deskriptif sederhana adalah mengupas secara lengkap isi penelitian tetapi karena keterbatasan kemampuan dan literature yang dikuasai peneliti maka analisa hasil penelitian ini dirasakan masih kurang tajam.
6. Hasil penelitian ini sangat tergantung pada pemahaman responden terhadap instrumen penelitian, bila instrumen tidak dapat memperoleh data yang diinginkan maka hasil penelitian menjadi biasa.

C. Kesimpulan

Setelah melihat hasil penelitian yang dilakukam dapat disimpulkan bahwa strategi koping yang digunakan pasien stroke fase rehabilitasi dalam menghadapi adanya perubahan seperti adanya kelemahan pada anggota ekstremitas dan gangguan bicara adalah strategi koping negatif yaitu sebanyak 61,88% menggunakan koping dengan cara menghindar berhubungan dengan orang lain, marah- marah, menyalahkan diri sendiri dan orang lain, menyangkal adanya keterbatasan, menangis dan merasa sedih.

Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain riwayat mengalami depresi sebelumnya, lesi yang dekat atau ada di daerah hemisfer kiri anterior, masalah berbahasa, status fungsional neurologis yang buruk dan isolasi yang asosial.

Dengan mencermati hasil penelitian diatas, kemungkinan respon pasien terhadap perubahan- perubahan yang ada setelah serangan stroke oleh perawat dapat diantisipasi dan dapat dilakukan tindakan khusus pada pasien stroke fase rehabilitasi untuk mengurangi kecemasan atau image terhadap perubahan yang ada sehingga dapat lebih kooperatif dan mendukung dalam program rehabilitasi.

D. Rekomendasi

Beberapa hal yang dapat ditindaklanjuti dan sekaligus menjadi masukan adalah:

1. Frekuensi terjadinya serangan stroke dan perubahan yang terjadi setelah serangan stroke sangat berpengaruh terhadap strategi coping yang digunakan. Penelitian ini tidak dibatasi oleh frekuensi terjadinya serangan stroke sehingga untuk selanjutnya mungkin dapat dilakukan secara lebih spesifik dengan membuat kontrol terhadap frekuensi terjadinya serangan stroke.
2. Penelitian ini hanya mewakili sebagian kecil responden, mungkin bila jumlah sample yang diambil lebih banyak lagi dapat menjadi dasar untuk menyusun panduan perawat untuk menginformasikan strategi coping yang positif yang dapat digunakan pasien stroke fase rehabilitasi selama hospitalisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Donna, D., Marylin, (1987). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Fawcus, R., (2000). *Stroke Rehabilitation: Collaborative Approach*, London
- Hamid, A. Y. S., (1997). *Analisa Konsep Koping: Suatu pengantar*, Jurnal Keperawatan Indonesia, 1 (1), 1- 5
- Harold, A., (2000). *Professional Communication*, America
- Hartono, (1995). *Gangguan Depresi pada Penderita Pasca Stroke*. Majalah Psikiatri Quarterly, 2, 99- 100
- Misbach, J., (1999). *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Otong, (1999). *Psiatric Nursing: Biological and Behavioral Concept*. Philadelphia: Mosby Year Book
- Stuart, B. W., & Sundeen, S. J., (1995). *Principle & Practice of Psychiatric Nursing*. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book
- Sulasmi, (1995). *Depresi pada Pasien Stroke*. Majalah Psikiatri Quarterly, 4, 23- 24
- Taylor C., et. All., (1989). *Fundamental of Nursing, The Art and Science of Nursing Care*, Philadelphia: J. B. Lippincot Company



Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Jakarta, Desember 2004

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan secara sukarela menyetujui untuk berpartisipasi didalam penelitian yang dilakukan oleh :

Eva Ranika Barus NPM : 1303210176

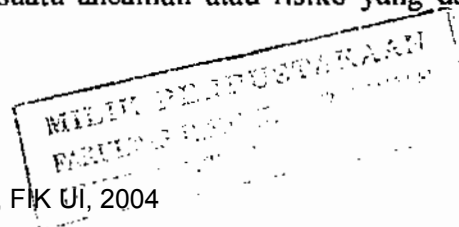
Khairiaskhahfie NPM : 1303210303

Siti Aisah NPM : 1303210478

Mahasiswa FIK UI, dengan judul “ Identifikasi Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Stroke Fase Rehabilitasi “ di UPKS.

Riset ini dilaksanakan dengan tujuan mengidentifikasi strategi koping yang digunakan pada pasien stroke rehabilitasi. Hal khusus yang akan saya lakukan adalah menjawab pertanyaan yang ada dalam kuesioner dalam waktu 10 menit dan peneliti akan menunggu sampai saya menyelesaikannyaswelama waktu 10 menit tersebut.

Saya mengerti bahwa informasi yang saya berikan kepada peneliti akan dijaga kerahasiaannya dengan tidak memberitahukan kepada orang lain. Saya menyetujui informasi saya dipublikasikan dengan tidak mengidentifikasi bahwa informasi itu berasal dari saya. Saya telah mengerti bahwa saya mempunyai hak untuk menolak menjadi responden atau berhenti menjadi responden kapanpun saya menghendaki tanpa suatu ancaman atau risiko yang dapat merugikan atau membahayakan saya.



Saya mengerti manfaat yang akan diperoleh dari penelitian ini atau penghargaan yang akan diterima sehingga saya berjanji akan memberi keterangan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya telah diinformasikan bahwa saya dapat menghubungi peneliti untuk menanyakan tentang penelitian atau untuk menginformasikan kepada peneliti apabila saya ingin berhenti menjadi responden. Saya dapat menghubungi peneliti dari pukul 06.00 -- 22.00 WIB pada nomor :

Eva Ranika Barus (021) 5541018

Khairiaskhahfie 08129971949

Siti Aisah (021) 4616785

Responden

Peneliti

1.

2.

3.

Tanda tangan responden

Tanda tangan peneliti

A. ISIAN DATA DEMOGRAFI (IDD)

Dibawah ini kami sajikan beberapa pertanyaan yang akan Bapak/Ibu isi, kami menjamin sepenuhnya rahasia Bapak/Ibu, sehingga Bapak/Ibu tidak perlu ragu-ragu dalam memberikan jawaban. Bila ada yang belum jelas/tidak mengerti, Bapak/Ibu dapat bertanya langsung kepada kami.

1. Tanggal lahir :
2. Jenis Kelamin :
3. Agama :
4. Suku Bangsa :
5. Pendidikan :
 - () SD Tamat () Tidak tamat, kelas
 - () SLTP Tamat () Tidak tamat, kelas
 - () SLTA Tamat () Tidak tamat, kelas
 - () Perguruan Tinggi/Akademik () Tidak lulus tingkat

**KUESIONER IDENTIFIKASI STRATEGI KOPING YANG DIGUNAKAN PASIEN
STROKE FASE REHABILITASI**

Tujuan

Kuesioner ini dirancang untuk mengetahui cara mengatasi masalah adanya perubahan-perubahan setelah serangan stroke seperti : kelemahan/kelumpuhan pada anggota badan, gangguan penglihatan, gangguan bicara, gangguan psikologis dll. pada pasien stroke fase rehabilitasi. Pada penelitian ini yang akan mengisi adalah pasien stroke atau keluarga atau perawat.

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah daftar pilihan jawaban.
2. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda (V) pada kolom yang tersedia sesuai dengan perasaan anda.
3. Jawablah seberapa baik tiap pernyataan mewakili cara mengatasi perubahan-perubahan setelah serangan stroke yang anda gunakan. Pilihlah nomor 4 yang berarti anda sangat setuju, nomor 3 yang berarti anda setuju, nomor 2 yang berarti anda kurang setuju dan nomor 1 yang berarti anda tidak setuju.

No	Yang Saya Lakukan Untuk Mengatasi Adanya Perubahan	Selalu dilakukan	Sekali-sekali	Jarang dilakukan	Tidak dilakukan
		4	3	2	1
1.	Marah – marah				
2.	Menghindar berhubungan dengan orang lain				
3.	Membicarakan dengan keluarga apa yang harus saya lakukan				
4.	Menerima keterbatasan sebagai kekuatan				
5.	Menyangkal adanya keterbatasan				
6.	Menyalahkan diri sendiri				
7.	Menyalahkan orang lain				
8.	Menjelaskan kepada orang lain keterbatasan yang saya alami karena akibat penyakit saya				
9.	Menangis				
10.	Tidak merasa sedih				
11.	Berusaha melakukan sesuatu sesuai dengan kemampuan saya				

Sumber : (Otong, D. A. 1999. Psychiatric Nursing : Biological and Behavioral Concepts)



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 7864124, 78884120 Fax. 78884121
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

No : 2154 /PT02.H4.FIK/II/2004
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

22 November 2004

Yth. Direktur Utama
Perjan RS. Dr. Cipto Mangunkusumo
Jl. Diponegoro No. 71
Jakarta

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI)

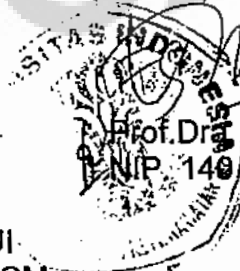
No	Nama mahasiswa	NPM
1	Eva Ranika Barus	1303210176
2	Siti Aisah	1303210478

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Identifikasi Strategi Koping Yang Digunakan Pasien Stroke Fase Rehabilitasi".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di Perjan RS. Dr. Cipto Mangunkusumo.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Prof. Dr. Elly Nurachmah, D.N.Sc
NIP. 140 053 336

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan Akademik FIK-UI
2. Ka.Dept Neurologi Perjan RSCM
3. Karu Unit Pelayanan Khusus Stroke Unit
4. Manajer Dik&Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Studi S1 FIK-UI
6. Koord. M.A. Riset Kep. FIK-UI