

**LAPORAN
PENELITIAN DOSEN**

**PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PROSES REHABILITASI PASIEN
STROKE DI RS BETHESDA YOGYAKARTA: STUDI KUALITATIF
DENGAN IN-DEPTH INTERVIEW**

Peneliti:

drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., M.P.H. (0518088701)

Gian Lisuari Adityasiwi, SST., Ftr., M.Fis. (0508019301)

Ellysa Okky Gusma, SST, M. Kes. (0520109102)



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BETHESDA YAKKUM
YOGYAKARTA**

2025

HALAMAN PENGESAHAN

LAPORAN PENELITIAN DOSEN PEMULA

1. Penelitian

- a. Judul Penelitian : Persepsi Perawat Terhadap Proses Rehabilitasi Pasien Stroke di RS Bethesda Yogyakarta: Studi Kualitatif dengan In-Depth Interview
- b. Bidang Ilmu : Fisioterapi
- c. Kategori Penelitian : Penelitian Dasar

2. Ketua Penelitian

- a. Nama Lengkap : drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., M.P.H
- b. NIDN : 0508019301
- c. Jabatan Fungsional : -
- d. Program Studi : Sarjana Fisioterapi
- e. Nomor HP : 081904171460
- f. Alamat Surel (email) : drn.nicholas87@gmail.com
- g. Perguruan Tinggi : STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta
- h. Alamat Kantor : Jl. Johar Nurhadi No 6, Yogyakarta

3. Lokasi Penelitian

: RS. Bethesda Yogyakarta

4. Institusi Mitra

: -

5. Jangka Waktu Penelitian

: 1 tahun

6. Biaya yang dipakai

: Rp 5.000.000



Mengetahui,

STIKES Bethesda Yakkum

Nurka Kuningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep.,
Sp.Kep.MB., Ph.D., NS.

NIK. 03.0039

Yogyakarta, 29 Januari 2026

Dosen Pengusul

drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., M.P.H
NIDN. 051808870

Menyetujui,

Ketua Lembaga Penelitian



Christina Yenni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D

NIK. 99.0031

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karuniaNya sehingga kami dapat menyelenggarakan laporan penelitian yang berjudul “Persepsi Perawat Terhadap Proses Rehabilitasi Pasien Stroke Di RS Bethesda Yogyakarta: Studi Kualitatif dengan In-Depth Interview”. Untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada yang penulis hormati:

1. Ibu Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., P.hD., NS selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta
2. Ibu Christina Yeni Kustanti, Ns., M.Pall.C., Ph.D selaku Ketua UPPM
3. Pihak perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta yang banyak membantu dalam peminjaman buku-buku referensi
4. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu

Penulis menyadari dalam penyusunan laporan penelitian ini masih banyak kekurangan, sehingga penyusun berharap kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan laporan ini. Penulis berharap semoga laporan ini dapat berguna untuk selanjutnya.

Yogyakarta, 29 Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI	4
ABSTRAK	6
ABSTRACT	7
BAB I PENDAHULUAN	8
A. Latar Belakang	8
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Stroke	13
B. Penanganan Stroke	14
C. Komplikasi Pasca Stroke	15
D. Rehabilitasi Pasca Stroke	16
E. Peran Perawat dalam Rehabilitasi Pasien Stroke	17
BAB III METODE PENELITIAN	19
A. Desain Penelitian	19
B. Waktu dan Tempat Penelitian	19
C. Populasi dan Sampel	19
D. Teknik Pengumpulan Data	19
E. Instrument Penelitian	20
F. Teknik Analisis Data	20
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	21
A. Hasil	21
B. Pembahasan	28
BAB V PENUTUP	31
A. Kesimpulan	31

B. Saran.....	31
---------------	----

ABSTRAK

Latar Belakang: Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang yang memerlukan proses rehabilitasi berkelanjutan. Perawat memiliki peran krusial dalam memberikan edukasi kepada keluarga sebagai pengasuh utama (caregiver) untuk menjamin kontinuitas perawatan dari rumah sakit ke rumah. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke dan keterlibatan keluarga di RS Bethesda Yogyakarta. **Metode:** Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan studi fenomenologi dengan metode wawancara mendalam (in-depth interview). Partisipan terdiri dari lima perawat yang bertugas di Stroke Intensive Care Unit (SICU), Stroke Center, dan bangsal rawat inap RS Bethesda Yogyakarta. Data dianalisis menggunakan teknik analisis tematik. **Hasil:** Penelitian ini mengidentifikasi lima tema utama: 1) Karakteristik klinis pasien yang didominasi stroke berulang dan adanya keterlambatan onset kedatangan; 2) Implementasi edukasi rehabilitasi dini oleh perawat yang berfokus pada kemandirian ADL dan pencegahan komplikasi imobilisasi; 3) Adanya beban psikologis keluarga (caregiver burden) berupa kecemasan dan titik jenuh dalam merawat; 4) Pentingnya fisioterapi berkelanjutan di rumah yang sangat bergantung pada kepatuhan dan kerajinan keluarga; serta 5) Kebutuhan inovasi media edukasi digital berbasis video tutorial untuk meminimalkan keterbatasan memori keluarga dan menstandarisasi prosedur perawatan mandiri. **Kesimpulan:** Perawat memandang keluarga sebagai kunci utama keberhasilan rehabilitasi motorik pasien stroke. Namun, hambatan psikologis dan keterbatasan media edukasi konvensional menjadi tantangan besar. Pengembangan media edukasi berbasis video tutorial yang dapat diakses melalui platform digital sangat direkomendasikan untuk meningkatkan efikasi diri keluarga dalam proses rehabilitasi pasca-rawat inap.

Kata Kunci: Stroke, Rehabilitasi, Persepsi Perawat, Keluarga, Edukasi Digital.

ABSTRACT

Background: Stroke is a leading cause of long-term disability requiring a continuous rehabilitation process. Nurses play a crucial role in providing education to families as primary caregivers to ensure the continuity of care from hospital to home. **Objective:** This study aims to explore nurses' perceptions of the stroke patient rehabilitation process and family involvement at Bethesda Hospital Yogyakarta. **Methods:** This qualitative research employed a phenomenological study approach with in-depth interviews. Participants consisted of five nurses serving in the Stroke Intensive Care Unit (SICU), Stroke Center, and inpatient wards at Bethesda Hospital Yogyakarta. Data were analyzed using thematic analysis techniques. **Results:** This study identified five main themes: 1) Clinical characteristics of patients dominated by recurrent stroke and delays in onset of arrival; 2) Implementation of early rehabilitation education by nurses focusing on ADL independence and prevention of immobilization complications; 3) Existence of family psychological burden (caregiver burden) in the form of anxiety and burnout in providing care; 4) The importance of continuous physiotherapy at home, which highly depends on family compliance and diligence; and 5) The need for digital education media innovation based on video tutorials to minimize family memory limitations and standardize independent care procedures. **Conclusion:** Nurses perceive the family as the primary key to the success of motor rehabilitation in stroke patients. However, psychological barriers and the limitations of conventional educational media pose significant challenges. The development of video tutorial-based educational media accessible through digital platforms is highly recommended to enhance family self-efficacy in the post-hospitalization rehabilitation process.

Keywords: Stroke, Rehabilitation, Nurses' Perception, Family, Digital Education.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah salah satu penyakit di bagian saraf yang menyerang pembuluh darah di otak (1) dan merupakan penyebab kecacatan jangka panjang nomer 1 di dunia yang menyerang sekitar 13,7 juta orang (2) dan membunuh sekitar 5,5 juta orang setiap tahunnya. (3) . Stroke juga menimbulkan beban ekonomi yang signifikan karena adanya gejala sisa seperti infeksi saluran kemih, pneumonia aspirasi, ulkus dekubitus, dan konstipasi (4) bahkan bisa gejala jangka panjang yang menetap meliputi sindrom nyeri, depresi, kecemasan, gangguan kognitif, demensia, epilepsi, dan ketidakstabilan gaya berjalan dan gejala sisa mayor lainnya meliputi defisit neurologis, gangguan kesadaran, perubahan kognitif dan perilaku, kelumpuhan, disfagia, dan afasia sehingga dapat berdampak pada kecacatan. (5)

Delapan puluh persen penderita stroke mempunyai defisit neurologi yang terlihat adalah adanya gangguan motorik (6) seperti kelemahan atau kelumpuhan separuh anggota gerak misalnya lengan dan tungkai kanan mengalami kelemahan maka akan mengakibatkan pasien stroke akan mengalami ketergantungan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari atau *Activity Daily Living* (ADL) tidak mampu bergerak di tempat tidur, naik dan turun tempat tidur, masuk/keluar toilet, duduk, berdiri, berjalan maupun makan karena aktifitas tersebut membutuhkan anggota gerak yang memiliki kekuatan otot yang optimal. (7)

Sebuah penelitian yang dilakukan di Chennai, ditemukan bahwa lebih dari 50% pasien post stroke bergantung pada orang lain untuk aktifitas sehari-hari karena adanya masalah baru setelah terkena stroke yaitu 80% mengalami gangguan ADL, 58% mengalami spastik, 34% mengeluhkan nyeri dan 60% lainnya mengalami gangguan penglihatan, 66% pendengaran, 76% kesulitan bergerak dalam ruangan, 60% hingga mengalami riwayat jatuh, 52% mengalami

masalah dalam mengingat dan konsentrasi, 72% mengalami gangguan tidur, dan 45% mengalami khawatir hubungan dengan pasangan setelah stroke. Sehingga diperlukan sekali pasien mendapatkan neurorehabilitasi pasca stroke. Namun yang menjadi permasalahan adalah sebagian besar pasien kurang memiliki pengetahuan tentang masalah tersebut dan pemahaman yang tidak memadai tentang stroke, sehingga membutuhkan team perawat yang memberikan edukasi tentang informasi tentang prosedur medis dasar, termasuk cara minum obat sesuai resep, merawat kulit, menangani masalah kandung kemih dan usus, bangun dari tempat tidur dan masuk ke kursi roda, dan persyaratan khusus untuk penderita komorbiditas. (8)

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam perawatan pasien stroke memainkan peran penting dalam mendukung kelancaran proses rehabilitasi.(9) Peran tersebut mencakup pemberian edukasi, pendampingan dalam latihan fisik, serta koordinasi dengan tim rehabilitasi multidisiplin (10). Persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi sangat memengaruhi pelaksanaan tindakan keperawatan yang menunjang pemulihan pasien. (11) Namun, dalam praktiknya, proses rehabilitasi tidak selalu berjalan ideal karena berbagai kendala, baik dari aspek fasilitas, sumber daya manusia, koordinasi tim, maupun motivasi pasien dan keluarganya.(12)

Di RS Bethesda Yogyakarta, yang merupakan salah satu rumah sakit swasta dengan layanan neurologi, rehabilitasi pasien stroke telah menjadi bagian dari layanan terpadu. Namun, sejauh mana proses ini berjalan efektif dan bagaimana perawat memaknainya dalam praktik sehari-hari masih jarang diteliti secara khusus. Melalui pendekatan kualitatif, penting untuk menggali lebih dalam bagaimana perawat memahami, menghayati, dan menilai proses rehabilitasi pasien stroke yang mereka dampingi.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke di RS Bethesda Yogyakarta, dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam (in-depth interview).

B. Rumusan Masalah

Rumusan Masalah pada penelitian ini adalah: “Bagaimanakah persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke dan peran keluarga dalam masa transisi perawatan di RS Bethesda Yogyakarta?” “Bagaimana persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke di RS Bethesda Yogyakarta?”

C. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus:

1. Tujuan Umum

Mengeksplorasi secara mendalam mengenai persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke dan peran keluarga dalam masa transisi perawatan dari rawat inap ke rawat jalan di RS Bethesda Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

- Mengidentifikasi persepsi perawat mengenai karakteristik klinis dan kondisi awal pasien stroke saat pertama kali masuk ke rumah sakit.
- Mendeskripsikan implementasi edukasi rehabilitasi yang diberikan perawat kepada keluarga selama pasien menjalani masa perawatan.
- Mengeksplorasi hambatan psikologis dan beban yang dihadapi keluarga (caregiver burden) dalam proses rehabilitasi pasien stroke menurut sudut pandang perawat.
- Mengidentifikasi persepsi perawat mengenai keberlanjutan fisioterapi dan kepatuhan keluarga dalam melakukan rehabilitasi mandiri pasca-rawat inap.
- Menganalisis kebutuhan dan dukungan perawat terhadap inovasi media edukasi digital (video tutorial) sebagai alat bantu rehabilitasi bagi keluarga pasien.

B. Manfaat

Manfaat dari penelitian ini terbagi menjadi 2 yaitu manfaat teoritis dan manfaat Praktis, dan dapat dijelaskan di bawah ini:

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khazanah keilmuan keperawatan medikal bedah, khususnya dalam bidang neurosains dan rehabilitasi stroke. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam mengenai persepsi tenaga kesehatan terhadap peran keluarga, sehingga dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan model edukasi yang efektif untuk meningkatkan efikasi diri keluarga pasien stroke.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit:

- Sebagai bahan evaluasi dalam penyusunan standar operasional prosedur (SOP) pemberian edukasi kepada keluarga pasien stroke.
- Memberikan masukan strategis bagi manajemen rumah sakit mengenai pentingnya pengembangan media edukasi berbasis teknologi (seperti video tutorial) untuk meningkatkan kualitas pelayanan discharge planning.

b. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

- Memberikan pemahaman yang lebih luas mengenai hambatan psikologis dan teknis yang dihadapi keluarga, sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang lebih personal dan empatik.
- Mendorong kolaborasi interprofesional yang lebih solid (antara perawat dan fisioterapis) dalam memberikan edukasi rehabilitasi motorik yang terstandarisasi bagi keluarga.

c. Bagi Keluarga Pasien

- Membantu keluarga memahami pentingnya peran mereka sebagai "terapis pendamping" di rumah dalam menjaga keberlanjutan fisioterapi dan mencegah stroke berulang.

- Menyadarkan keluarga akan pentingnya kepatuhan kontrol dan kepatuhan minum obat sebagai bagian integral dari proses pemulihan jangka panjang.
- d. Bagi Institusi Pendidikan
Sebagai tambahan literatur mengenai studi kualitatif dalam manajemen stroke yang dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan untuk memahami dinamika antara perawat, pasien, dan keluarga dalam konteks rehabilitasi.
- e. Bagi Peneliti Selanjutnya
Menjadi dasar bagi penelitian lanjutan yang lebih luas mengenai peran perawat dalam rehabilitasi penyakit neurologis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

Stroke adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh ledakan neurologis mendadak yang disebabkan oleh gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. (13) . Berdasarkan faktor risiko penyebabnya dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu faktor yang dapat diubah atau dimodifikasi (reversible) dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi (irreversible) dan dukungan psikologis jangka panjang guna membantu pasien menyesuaikan diri dengan kondisi baru dan menjaga motivasi untuk pemulihan berkelanjutan (14) . Faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, dislipidemia, obesitas, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan kurangnya aktivitas fisik, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi mencakup usia, jenis kelamin, dan faktor keturunan (15) Kedua kelompok faktor risiko ini saling berkaitan dan dapat memperberat kondisi satu sama lain, sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya, selain itu, kombinasi dari beberapa faktor risiko, baik yang dapat maupun tidak dapat dimodifikasi, cenderung meningkatkan tingkat keparahan dan komplikasi yang muncul setelah stroke terjadi (16)

Berdasarkan penyebab terjadinya stroke dapat diklasifikasi menjadi dua yaitu stroke haemorrhagic dan stroke iskemik. Stroke hemoragik disebabkan oleh pendarahan di otak akibat pecahnya pembuluh darah. Stroke hemoragik dapat dibagi lagi menjadi perdarahan intraserebral (ICH) dan perdarahan subaraknoid (SAH). (17) . Sedangkan stroke iskemik dapat terjadi karena adanya peristiwa trombotik atau embolik yang menyebabkan gangguan aliran darah ke suatu area di otak. Trombotik artinya adalah aliran darah ke otak terhambat di dalam pembuluh darah akibat trombus (bekuan) di dalam pembuluh itu sendiri, biasanya sekunder akibat penyakit aterosklerosis, diseksi arteri, displasia fibromuskular, atau kondisi

inflamasi. Sedangkan embolik adalah adanya serpihan dari bagian lain pada tubuh yang menghalangi aliran darah melalui pembuluh yang terkena.(18)

Stroke berdasarkan onset waktunya dapat dibedakan menjadi stroke akut, sub akut dan kronis. Stroke akut, yang sebelumnya dikenal sebagai kecelakaan serebrovaskular (CVA), merupakan keadaan darurat medis kritis yang ditandai dengan timbulnya defisit neurologis fokal secara tiba-tiba di dalam wilayah vaskular yang berasal dari patologi serebrovaskular yang mendasarinya. (18) . Menurut Pedoman AHA/ASA 2019 untuk penanganan acute iskemik stroke (AIS), semua pasien yang diduga mengalami stroke akut direkomendasikan untuk menjalani evaluasi pencitraan otak darurat setelah tiba di rumah sakit sebelum memulai terapi khusus untuk menangani AIS. Onset waktu terbaik untuk dilakukan pemeriksaan adalah kurang dari 6 jam. Dibutuhkan kerja sama tim interprofesional dan multidisiplin untuk mengidentifikasi, mengobati, dan memberikan perawatan yang efektif kepada pasien stroke akut selama perjalanan pemulihan dan rehabilitasi. (4)

B. Penanganan Stroke

Semua pasien yang mengalami stroke iskemik harus dirawat di rumah sakit. (19) . Sasaran perawatan di rumah sakit adalah monitor dari komplikasi neurologi, evaluasi dari diagnosis, restorasi terapi (gizi, fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara), preventif dari komplikasi pengobatan (vena trombolisis, dukubitus, infeksi, delirium), preventif dari terjadinya stroke ischemic ulang (antipalete terapi, lipid terapi, kontrol tekanan darah, management diabetes melitus, screening dan terapi untuk depresi), dan proses persiapan pasien melanjutkan perawatan di rumah setelah di rawat di rumah sakit. (20) . Penanganan subakut stroke iskemik mengacu pada periode saat keputusan untuk tidak menggunakan trombolitik dibuat hingga dua minggu setelah stroke terjadi. Dokter keluarga sering kali terlibat dalam perawatan pasien selama periode subakut. Penanganan subakut yang cermat terhadap pasien di rumah sakit dan kemudian di tempat rawat jalan sangat penting untuk mencegah komplikasi yang tidak perlu, stroke berulang, dan kematian.(20)

Setelah stroke iskemik, pasien berisiko mengalami berbagai komplikasi neurologis, termasuk edema serebral, kejang, perdarahan intraserebral (yaitu, konversi hemoragik dari stroke iskemik), dan perkembangan defisit neurologis. Dari komplikasi ini, edema serebral merupakan penyebab utama kematian pada pasien ini. Semua pasien awalnya harus ditempatkan di unit pemantauan jantung, dengan penilaian neurologis selama 24 hingga 48 jam pertama. Meskipun frekuensi penilaian neurologis yang optimal belum ditetapkan, kemampuan bicara, kekuatan ekstremitas, dan simetri wajah harus diuji setidaknya setiap dua hingga tiga jam. Setiap perubahan status neurologis harus segera dievaluasi dengan computed tomography (CT) untuk mengidentifikasi edema serebral atau perdarahan, serta pertimbangan yang kuat untuk konsultasi dengan ahli saraf.

C. Komplikasi Pasca Stroke

Gangguan yang muncul saat terkena serangan stroke adalah kesulitan menelan dan banyak yang mengalami aspirasi yang merupakan komplikasi stroke yang dapat dicegah. Evaluasi faktor risiko yang menyebabkan aspirasi, termasuk penilaian menelan, harus dilakukan selama pemeriksaan awal pasien dengan stroke subakut, sebelum memulai nutrisi oral atau pengobatan oral. Asupan oral harus dibatasi pada pasien yang berisiko mengalami aspirasi karena obtundasi atau disfungsi menelan yang jelas sampai penilaian menelan dilakukan oleh profesional perawatan kesehatan yang terlatih dengan baik. Tes menelan barium yang dimodifikasi mungkin diperlukan pada beberapa pasien. (20)

Tindakan harus diambil untuk menghindari dehidrasi dan malnutrisi pada pasien yang tidak dapat mengonsumsi nutrisi atau cairan secara oral harus menerima cairan pemeliharaan intravena yang cukup dan pemberian makanan enteral melalui tabung nasogastrik atau nasoduodenal. Gastrostomi endoskopi perkutan dapat dipertimbangkan jika nutrisi enteral yang lama diperlukan dan pasien (atau perwakilan perawatan kesehatan jika pasien tidak dapat berkomunikasi) menginginkannya.(20)

D. Rehabilitasi Pasca Stroke

Rehabilitasi medik pasca stroke dapat terbagi menjadi dua fase berdasarkan tujuan yang ingin dicapai dari program rehabilitasi. Fase awal bertujuan untuk mencegah komplikasi sekunder dan melindungi fungsi yang tersisa. Fase ini dimulai sedini mungkin ketika keadaan umum telah memungkinkan. Fase lanjutan bertujuan untuk mencapai kemandirian fungsional dalam mobilisasi dan ADL. Fase lanjutan dimulai ketika pasien sudah stabil secara medik. Fase ini melibatkan berbagai jenis terapi antara lain fisioterapi, okupasi terapi, terapi wicara, ortotik prostetik, dan psikologi. (21) Fisioterapi dan okupasi merupakan komponen penting pemulihan bagi pasien stroke dan tidak boleh ditunda. Mobilisasi dini dapat meningkatkan hasil fungsional dan mengurangi kejadian trombosis vena dalam, kontraktur, luka tekan, dan pneumonia. Tidak semua pasien dengan stroke subakut akan mengalami gangguan bicara. Namun, bagi mereka yang mengalaminya, ada beberapa bukti bahwa terapi bicara intensif sejak dini dapat meningkatkan hasil. (20)

Mobilisasi dini juga dapat mengurangi mencegah komplikasi medis seperti pencegahan tromboemboli vena. Tromboemboli vena (VTE) adalah kondisi yang terjadi ketika gumpalan darah terbentuk di vena. VTE mencakup trombosis vena dalam (DVT) dan pulmonary embolism (PE). DVT adalah bekuan darah yang terbentuk di dalam vena dalam, biasanya di kaki, tetapi dapat terjadi di lengan dan vena mesenterika serta serebral. (22) Mobilisasi dini dapat mencegah terjadinya luka tekan atau dekubitus dengan melakukan pembalikan posisi tubuh dan pemeriksaan kulit secara berkala, serta penggunaan kasur tekan bergantian dapat dilakukan untuk mencegah kerusakan kulit pascastroke iskemik.

Pasien stroke rentan terkena infeksi baik di saluran pernafasan dan saluran kemih. Resiko infeksi pada saluran pernafasan oleh karena imobilitas yang berisiko lebih tinggi terkena pneumonia akibat atelektasis dan aspirasi. Sehingga pasien harus dimobilisasi sejak awal saat dirawat di rumah sakit dan dianjurkan untuk menggunakan spirometri insentif di samping tempat tidur setiap jam untuk membantu pernapasan dalam dan meredakan batuk. Obat-obatan yang mengurangi tingkat kesadaran atau meningkatkan risiko pneumonia aspirasi

(misalnya, penghambat pompa proton) harus dihentikan kecuali jika diindikasikan secara khusus. Infeksi pada saluran kemih setelah stroke, dan kateter indwelling harus dihindari. Demam secara independen terkait dengan hasil yang buruk pada pasien stroke. Meskipun antipiretik belum terbukti meningkatkan hasil neurologis, pemeriksaan untuk mengetahui sumber demam harus dilakukan. (19)

Komplikasi lainnya adalah delirium, yang didefinisikan sebagai perubahan akut dalam kognisi dan perhatian yang berfluktuasi sepanjang hari, dapat berkembang setelah stroke, terutama pada orang dewasa yang lebih tua. 19 Delirium dapat menyebabkan peningkatan lamanya rawat inap, tingkat kematian yang tinggi, dan kapasitas fungsional yang terbatas. Langkah-langkah untuk mengurangi risiko delirium setelah stroke meliputi pembatasan obat antikolinergik dan obat penenang, menghindari gangguan siklus tidur-bangun, dan mempertahankan masukan sensorik yang tersedia.(20)

Gangguan neurologis yang dihadapi oleh pasien stroke bisa terjadi pemulihan fungsional pada bagian tubuh yang terkena dengan menggunakan berbagai pendekatan neurofasilitasi seperti dan hal ini sudah dimulai di puluhan tahun silam misalnya oleh Bobath ditahun 1985, Peto (Forrai 1999), Kabat & Knott (1954), Voss (1967) dan Rood (1954). (23) . Bobath mengeluarkan sebuah karya yang dinamakan NDT (Neuro-Developmental Treatment) sudah dimulai sejak tahun 1940-an untuk pengobatan individu dengan gangguan neurologis pada postur dan gerakan. Pendekatan ini dikembangkan oleh pasangan Bobath secara khusus untuk membimbing terapis dalam menangani dan merawat individu yang didiagnosis menderita stroke. Bobath bukan hanya sebuah intervensi tetapi bisa digunakan untuk mengevaluasi pasien yang didiagnosis stroke yang memiliki gangguan fungsional (24)

E. Peran Perawat dalam Rehabilitasi Pasien Stroke

Perawat memegang peran kunci dalam proses rehabilitasi pasien stroke, yaitu: Edukator, dimana perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya rehabilitasi; koordinator, yaitu berperan dalam koordinasi antara pasien dan tim rehabilitasi; motivator dimana perawat memberikan

dukungan emosional untuk meningkatkan semangat pasien menjalani latihan; pelaksana tindakan keperawatan tugasnya adalah melaksanakan latihan fisik sederhana, mobilisasi dini, dan monitoring kondisi pasien.(10)

Persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi dapat memengaruhi sejauh mana peran tersebut dijalankan secara optimal. Persepsi yang positif biasanya berkorelasi dengan keterlibatan aktif dan dukungan terhadap pasien, sedangkan persepsi negatif bisa menjadi hambatan dalam praktik keperawatan.(9)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan metode wawancara mendalam (in-depth interview). Pendekatan ini digunakan untuk menggali secara menyeluruh persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi pasien stroke. Penelitian kualitatif memungkinkan peneliti memahami makna, pengalaman, serta pandangan subyektif partisipan dalam konteks praktik keperawatan di rumah sakit.

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Bethesda Yogyakarta, yang merupakan rumah sakit swasta yang memiliki stroke center. Waktu pelaksanaan penelitian dijadwalkan pada bulan Agustus sampai Desember tahun 2025, setelah mendapatkan izin dari institusi terkait dan komite etik.

C. Populasi dan Sampel

Sample yang digunakan adalah 3 perawat rawat inap dan 2 perawat rawat jalan. Informan dalam penelitian ini adalah perawat yang terlibat langsung dalam perawatan pasien stroke di ruang rawat inap atau instalasi rehabilitasi. Kriteria informan meliputi: perawat dengan pengalaman minimal 1 tahun merawat pasien stroke; bersedia menjadi informan dan menandatangani lembar persetujuan dan dapat berkomunikasi dengan baik.

D. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data utama adalah wawancara mendalam (in-depth interview) secara tatap muka. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur, menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun sebelumnya. Wawancara

direkam (dengan izin informan) dan dicatat dalam bentuk transkrip. Langkah-langkah pengumpulan data meliputi: membuat jadwal dan kesepakatan waktu wawancara; melakukan wawancara dengan pendekatan terbuka dan empatik; mencatat ekspresi non-verbal dan situasi wawancara; menyalin hasil rekaman wawancara menjadi transkrip tertulis.

E. Instrument Penelitian

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri sebagai instrumen kunci, dibantu dengan pedoman wawancara berisi pertanyaan-pertanyaan terbuka yang fleksibel. Pertanyaan mencakup: pemahaman perawat tentang rehabilitasi stroke; pengalaman dalam mendampingi pasien stroke; pandangan terhadap efektivitas dan tantangan proses rehabilitasi; faktor pendukung dan penghambat selama pelaksanaan rehabilitasi.

F. Teknik Analisis Data

Data dianalisis menggunakan analisis tematik (thematic analysis), dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Transkripsi: Mengubah rekaman wawancara menjadi teks tertulis.
- (2) Membaca berulang: Memahami makna keseluruhan isi wawancara.
- (3) Pengkodean: Memberi kode pada bagian-bagian penting data.
- (4) Identifikasi tema: Mengelompokkan kode ke dalam tema atau kategori utama.
- (5) Interpretasi: Menafsirkan makna tema untuk menjawab pertanyaan penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Berdasarkan hasil wawancara mendalam (in-depth interview) yang dilakukan terhadap lima orang perawat di berbagai unit (Stroke Center, SICU, Galilea, dan Gardenia) RS Bethesda Yogyakarta, ditemukan beberapa tema utama mengenai persepsi perawat terhadap proses rehabilitasi dan keterlibatan keluarga pasien stroke. Tema-tema ini disusun berdasarkan alur perawatan pasien dari masuk hingga perencanaan pulang (discharge planning).

1. TEMA 1: Karakteristik Klinis Pasien dan Dinamika Onset Serangan

Tema ini mengeksplorasi kondisi awal pasien saat masuk ke rumah sakit yang mendasari perlunya proses rehabilitasi

1.1 Sub-tema 1.1: Dominasi Stroke Berulang (Rekuren).

Perawat mencatat tingginya angka pasien yang datang untuk serangan kedua atau ketiga. Sebagian besar perawat (Gardenia & SICU) menyatakan bahwa pasien yang dirawat seringkali merupakan serangan kedua atau ketiga. Berdasarkan keterangan para perawat, mayoritas pasien yang masuk ke ruang rawat inap bukanlah kasus stroke pertama kali, melainkan serangan berulang yang sering kali membawa komplikasi lebih berat.

Keterangan perawat di Unit Gardenia

"Selama saya di sini... yang paling banyak stroke berulang. Ada beberapa yang stroke pertama... tapi kebanyakan stroke rekuren."(P.G.H)

Keterangan Perawat di SICU

"Kalau masuk SICU itu tidak mesti stroke pertama... ada juga yang stroke berulang. Kadang second stroke, stroke ketiga gitu. Terkadang juga ada pasien stroke yang dia memang sudah punya stroke, cuma dia kena komplikasi."(P.S.R)

1.2 Sub-tema 1.2: Keterlambatan Penanganan (Onset Delay).

Adanya fenomena keluarga yang menunda ke RS karena menganggap gejala lemas sebagai kelelahan biasa yang bisa sembuh sendiri. Keluarga yang menunda ke RS karena menganggap gejala awal hanya kelelahan biasa, sehingga melewati golden period. Terdapat temuan bahwa banyak keluarga yang baru membawa pasien ke rumah sakit setelah melewati masa golden period (lebih dari 24 jam) karena kurangnya pemahaman tentang gejala awal stroke.

Keterangan perawat di Unit Gardenia

"Rata-rata 3-6 jam tapi sudah ada yang lewat dari 24 jam karena mereka gini, misalnya hari ini tangannya lemas terus nanti membaik lagi... terus memberat baru dibawa (ke RS), jadi ada yang lebih dari 24 jam." (P.G.H)

Keterangan Perawat di SICU

"Kalau di sini tuh kriteria masuknya ya harusnya itu pasien yang onsetnya kurang dari 24 jam, bisa juga kurang dari 6 jam... tapi tidak menutup kemungkinan juga pasien dengan penurunan kesadaran." (P.S.R)

1.3 Sub-tema 1.3: Komplikasi Medis Saat Masuk.

Pasien tidak hanya datang dengan gejala stroke, tetapi juga komplikasi seperti hipoglikemi atau penurunan kesadaran (GCS rendah). Pasien yang masuk ke unit intensif seperti SICU atau Stroke Center sering kali datang dengan kondisi tidak sadar atau disertai gangguan metabolik lainnya yang memperumit proses awal rehabilitasi.

Keterangan Perawat di SICU

"Serangan yang selanjutnya itu karena dia misalnya hipoglikemi atau hiponatremi, pasien-pasien dengan komplikasi... masuknya dengan penurunan kesadaran." (P.S.R)

Keterangan Perawat di Stroke Center

"Kondisinya biasanya macem-macam, ada yang tidak sadar, ada yang tensinya tinggi sekali... itu harus kontinu perawatannya." (P.C.M)

2. Tema 2: Peran Perawat sebagai Edukator Rehabilitasi Dini

Tema ini menyoroti bagaimana perawat mentransfer pengetahuan kepada keluarga selama masa perawatan akut dan sub-akut.

2.1 Sub-tema 2.1: Edukasi Dasar Perawatan Mandiri (ADL).

Pelibatan keluarga dalam memandikan (seka), mengganti popok, dan menjaga kebersihan pasien.

Keterangan Perawat Ruang Galilea 4

"Ada juga tentang perawatan ADL gitu bu... seka mandi, pipis. Kita biasa menyampaikan... mandi sekali, kemudian kita ada kayak checklist yang alat-alat yang perlu disiapkan apa." (P.G.N)

Keterangan Perawat Stroke Center

"Biasanya dianjurkan untuk kontrol rutin... dari kebersihannya pasiennya, jadi harus dirawat biar nggak dekubitus, biar nggak kontraktur. Dianjurkan fisioterapi di rumah." (P.C.T)

2.2 Sub-tema 2.2: Pencegahan Komplikasi Imobilisasi.

Fokus pada teknik miring kanan-miring kiri setiap 2 jam untuk mencegah luka tekan (dekubitus), pneumonia dan kontraktur otot.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Kalau kita posisi tidur pasien stroke sudah ada, nanti posisi tangannya yang lemas seperti apa, kakinya seperti apa sudah (diajarkan)." (P.C.M)

"Pasien stroke kalau tidak miring kanan miring kiri kan nanti bisa dekubitus atau pneumonia. Kontraktur juga... jadi harus dirawat biar nggak dekubitus." (P.C.T)

2.3 Sub-tema 2.3: Manajemen Nutrisi.

Edukasi khusus bagi keluarga pasien terkhusus bagi pasien yang menggunakan alat bantu napas atau selang makan (NGT) termasuk didalamnya teknik memposisikan kepala pasien agar tidak tersedak.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Pencegahan tersedak, posisi kalau makan harus duduk atau setengah duduk. Terus kalau pakai selang (NGT), cara kasih makannya gimana, itu diajarkan."

3. Tema 3: Dinamika Psikologis dan Beban Keluarga (Caregiver Burden)

Tema ini mengeksplorasi tantangan emosional yang dihadapi keluarga yaitu memandang kesiapan keluarga dalam menghadapi proses pemulihan yang panjang berdasarkan pengamatan perawat.

3.1 Sub-tema 3.1: Ekspektasi Kesembuhan yang Tinggi.

Perawat sering menghadapi pertanyaan yang sama dari keluarga mengenai kepastian waktu kesembuhan. Hal ini menunjukkan adanya harapan tinggi namun sekaligus kecemasan akan masa depan pasien. Munculnya pertanyaan "sulit" dari keluarga mengenai kapan pasien bisa kembali normal atau sembuh total.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Ada, biasanya kapan sembuh, kapan akan sembuh. Sebenarnya bukan pertanyaan sulit sih, tapi kita menjawabnya yang sulit... kapan bisa tangannya ya, bisa berfungsi kembali, itu biasanya." (P.C.M)

"Ada. Yang ditanyakan adalah kapan sembuhnya. Nggak ada jawabannya... Jawabannya pasti diusahakan untuk membaik dengan minum obat, rajin kontrol, fisioterapi, gitu." (P.C.T)

3.2 Sub-tema 3.2: Kebutuhan Dukungan Emosional dan Motivasi

Perawat tidak hanya berperan memberikan edukasi klinis, tetapi juga harus memberikan penguatan mental agar keluarga tetap konsisten melakukan rehabilitasi mandiri.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Solusinya ya kita anjurkan untuk tetap rajin fisioterapi, rajin berlatih di rumah. Kita beri motivasi kalau stroke itu membutuhkan pengobatan yang terus menerus, tidak berhenti." (P.C.M)

3.3 Sub-tema 3.3: Stres dan Kelelahan Keluarga.

Proses rehabilitasi stroke yang memakan waktu bulanan hingga tahunan seringkali membuat keluarga merasa lelah secara fisik dan mental. Perawat mengamati fenomena ini sebagai hambatan dalam keberlanjutan latihan di rumah. Perawat mengamati adanya titik jenuh keluarga pada proses perawatan jangka panjang yang memerlukan kesabaran ekstra.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Keluarga itu capek... kok nggak sembuh-sembuh? Jadi keluarga juga harus bisa menerima." (P.C.T)

Keterangan Perawat Stroke Center

"Kalau pasien stroke itu capek keluarganya... Kadang keluarga juga sudah stres, 'ini kok nggak sembuh-sembuh?'. Jadi keluarga juga harus bisa menerima (kondisinya)." (P.C.T)

Keterangan Perawat Ruang Gardenia

"Keluarga itu kadang ada yang sangat antusias, tapi ada yang 'ya sudah pasrah'. Padahal peran keluarga itu nomor satu untuk motivasi pasiennya sendiri." (P.G.H)

4. Tema 4: Kontinuitas Perawatan Pasca Rawat Inap

Tema ini membahas kepatuhan keluarga dalam melanjutkan rehabilitasi di rumah dan kontrol rutin.

4.1 Sub-tema 4.1: Kepatuhan Kontrol Rawat Jalan.

Perawat mengamati bahwa mayoritas keluarga pasien stroke memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi untuk kontrol ulang, terutama pada satu minggu pertama setelah pulang. Hal ini didorong oleh kesadaran bahwa stroke memerlukan penanganan yang berkelanjutan (continue).

Keterangan Perawat Stroke Center

"Pasien stroke kebanyakan datang (kontrol) sih. Soalnya apa? Karena stroke ya, kebanyakan stroke kan harus berlanjut, continue perawatannya." (P.C.M)

"Kalau dari ranap (rawat inap) ke rawat jalannya, biasanya satu minggu setelah pulang... Pasien yang dijadwalkan kontrol setelah pulang pasti datang kembali, ya harus patuh." (P.C.T)

4.2 Hambatan Administratif dan Logistik dalam Kontrol

Meskipun ada niat untuk patuh, perawat mencatat adanya kendala eksternal seperti sistem rujukan BPJS atau kondisi finansial yang terkadang membuat keluarga tidak bisa membawa pasien kembali tepat waktu.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Ya nggak datang biasanya pasti ada terjadi sesuatu. Misalnya rujukan BPJS-nya nggak bisa ke sini, atau pasien meninggal, atau ada halangan lainnya." (P.C.T.)

Biasanya nanti kalau misalnya nggak bisa datang hari ini, pasien keluarganya akan mendaftar ulang kapan bisanya. Begitu." (P.C.M)

4.3 Peran Keluarga sebagai Pelaksana Rehabilitasi Mandiri

Perawat menekankan bahwa rumah sakit hanya memberikan dasar-dasar latihan, namun keberhasilan jangka panjang sangat bergantung pada apakah keluarga mau mempraktikkan latihan tersebut secara rutin di rumah.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Biasanya dianjurkan untuk kontrol rutin, terus minum obat rutin. Dianjurkan fisioterapi di rumah, dijemur di rumah. Kayak gitu." (P.C.T)

Keterangan Perawat Ruang Gardenia

"Harapannya biar mereka juga kualitas hidupnya pasca stroke itu lebih baik... dan patuh minum obat, kontrol rutin biar tidak stroke rekuren." (P.G.H)

4.4 Pentingnya Fisioterapi Berkelanjutan.

Perawat menekankan bahwa pemulihan motorik sangat bergantung pada kerajinan keluarga membawa pasien fisioterapi dan melatihnya di rumah.

Keterangan Perawat Stroke Center

"Dianjurkan fisioterapi di rumah. Dijemur di rumah. Kalau pasien stroke kalau tidak miring kanan miring kiri kan nanti bisa dekubitus... kontraktur juga. Jadi harus dirawat benar-benar." (P.C.T)

"Kalau untuk pasien yang tangan dan kakinya lemas ya kita anjurkan untuk tetap rajin fisioterapi, rajin berlatih di rumah. Ya itu (kuncinya)." (P.C.M)

5. Tema 5: Kebutuhan Inovasi Media Edukasi Berbasis Teknologi

Tema ini berisi harapan dan dukungan perawat terhadap pengembangan alat bantu edukasi yang lebih efektif.

5.1 Sub-tema 5.1: Dukungan terhadap Media Video.

Perawat merasa bahwa penjelasan lisan saja tidak cukup karena keluarga sering lupa atau merasa bingung ketika harus mempraktikkan perawatan di rumah. Media video dianggap lebih efektif karena bersifat visual dan dapat diulang-ulang.

Keterangan Perawat SICU

"Saya rasa cukup membantu ya (video tutorial). Karena kan sekarang orang juga lebih cenderung membutuhkan teknologi... bisa belajar dari video." (P.S.R)

Keterangan Perawat Stroke Center

"Kalau yang posisi tidur (posisi baring pasien) sudah ada (gambarnya)... Cuma mungkin kalau itu (gerakan latihan) ke fisioterapi mungkin ya... Tapi kalau kita posisi tidur pasien stroke sudah ada, nanti posisi tangannya yang lemas seperti apa, kakinya seperti apa." (P.C.M.)

5.2 Sub-tema 5.2: Standardisasi Edukasi Sesuai Prosedur RS Bethesda.

Inovasi digital diharapkan tidak hanya sekadar video umum dari YouTube, melainkan materi yang sudah terstandarisasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur perawatan di RS Bethesda Yogyakarta agar tidak membingungkan keluarga.

Keterangan Perawat SICU

Peneliti: "Kalau kelihatan dari YouTube kan tidak tahu ya Bu standarnya. Kalau misalnya diberikan sesuai standar sini, apakah cukup membantu?" Informan: "Cukup membantu... anak-anaknya (keluarga) bisa kasih nonton ini (ke yang menjaga), bisa belajar dari video."

5.3 Sub-tema 5.3: Pemanfaatan Komunikasi Digital.

Perawat melihat adanya peluang untuk mengirimkan materi edukasi secara langsung kepada keluarga melalui WhatsApp agar materi tersebut tetap tersimpan dan dapat diakses kapan saja, bahkan setelah pasien pulang (home care).

Keterangan Perawat SICU

Peneliti: "Kalau suatu saat saya buat video terus habis itu saya berikan kepada pasien melalui WA dari ruangan, itu bisa ya Bu ya?" Informan: "Bisa... apalagi kalau pasien home care, itu ada (komunikasi dua arah)."

B. Pembahasan

Berdasarkan temuan penelitian, perawat menekankan bahwa fase pemulihan motorik pasien stroke tidak berakhir saat pasien meninggalkan rumah sakit, melainkan justru baru dimulai ketika pasien kembali ke lingkungan keluarga. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menegaskan terlihat pemulihan signifikan di 3 sampai 6 bulan pertama berarti saat sudah pulang dari RS dan bersama keluarga (25) . Informan secara konsisten menyatakan bahwa keberhasilan pemulihan fungsi gerak sangat bergantung pada fisioterapi berkelanjutan yang dilakukan secara mandiri di rumah. Penelitian sebelumnya juga menegaskan bahwa pemulihan gerak dapat pulih bila sepulang dari rumah sakit diberikan dua hingga tiga sesi fisioterapi per minggu selama 8 hingga 12 minggu(26).

Perawat memandang bahwa intervensi medis di rumah sakit hanya memberikan stimulasi awal, sementara 'dosis' latihan yang sebenarnya ditentukan

oleh kerajinan keluarga dalam melatih pasien setiap hari. Sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa latihan yang dibantu oleh pengasuh (caregiver) dapat meningkatkan hasil dalam hal fungsi tubuh, aktivitas, dan partisipasi pada penderita stroke (27) . Informan lainnya juga yang menyebutkan bahwa tanpa latihan motorik yang rutin, pasien berisiko tinggi mengalami komplikasi sekunder seperti kontraktur (kekakuan sendi) dan dekubitus, dijelaskan juga oleh penelitian lain bahwa latihan adalah suatu langkah preventive untuk terjadinya dampak sekunder dari stroke (28) Dalam konteks ini, keluarga tidak hanya berperan sebagai pengasuh (caregiver), tetapi juga sebagai 'terapis pendamping' yang memastikan kontinuitas latihan fisik sehingga harapannya adalah program latihannya berbasis keluarga dalam kata lain melibatkan keluarga(29). Fenomena ini menunjukkan bahwa persepsi perawat terhadap keberhasilan rehabilitasi sangat berkaitan dengan efikasi diri keluarga. Jika keluarga memiliki pemahaman yang baik dan kedisiplinan tinggi dalam menerapkan teknik fisioterapi yang telah diajarkan—seperti miring kanan-miring kiri dan latihan gerak sendi—maka kualitas hidup pasien pasca-stroke dapat meningkat secara signifikan dan risiko kecacatan permanen dapat diminimalisir.

Dari pernyataan para informan di atas, terlihat bahwa perawat memandang keluarga bukan sekadar pengasuh pasif, melainkan sebagai "terapis pendamping" yang menentukan nasib fungsional pasien. Istilah "rajin berlatih" yang ditekankan oleh perawat menunjukkan bahwa rehabilitasi motorik memerlukan repetisi yang tinggi yang tidak mungkin dipenuhi hanya melalui kunjungan kontrol ke rumah sakit yang umumnya hanya dilakukan satu minggu sekali.

Perawat mengidentifikasi bahwa hambatan utama dalam fisioterapi berkelanjutan ini adalah munculnya kejenuhan pada keluarga (seperti yang dibahas pada Tema 3). Namun, perawat memberikan solusi dengan memberikan edukasi yang bersifat preventif, yakni mencegah komplikasi sekunder seperti kontraktur (kekakuan sendi permanen) dan atrofi otot. Oleh karena itu, integrasi antara instruksi perawat di bangsal dengan pelaksanaan mandiri oleh keluarga di rumah menjadi jembatan utama dalam discharge planning. Hal ini memperkuat urgensi perlunya media edukasi visual (seperti video tutorial) agar keluarga

memiliki panduan yang akurat dan standar saat melakukan latihan fisik mandiri, sehingga proses fisioterapi tetap berjalan efektif meskipun tanpa pengawasan langsung dari tenaga medis di RS Bethesda.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis terhadap lima tema utama yang muncul dalam penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa:

1. Mayoritas pasien stroke yang dirawat di RS Bethesda merupakan kasus stroke berulang (rekuren). Masih terdapat kendala pada kecepatan keluarga membawa pasien ke RS (onset delay) karena kurangnya pemahaman terhadap gejala awal, yang berdampak pada kondisi klinis saat pasien masuk.
2. Perawat telah menjalankan peran edukator secara aktif sejak fase akut hingga perencanaan pulang. Fokus edukasi meliputi perawatan harian (ADL), pencegahan komplikasi seperti dekubitus melalui mobilisasi miring kanan-kiri, dan manajemen nutrisi.
3. Terdapat beban psikologis yang signifikan pada keluarga pasien. Kelelahan emosional dan ketidakpastian mengenai waktu kesembuhan menjadi hambatan utama yang dapat menurunkan konsistensi keluarga dalam memberikan perawatan jangka panjang di rumah.
4. Pemulihan motorik pasien sangat bergantung pada kerajinan keluarga dalam melanjutkan latihan fisik dan fisioterapi di rumah. Meskipun kepatuhan kontrol cukup baik, kendala administratif (BPJS) dan logistik masih menjadi tantangan bagi keluarga.
5. Perawat sangat mendukung pengembangan media edukasi berbasis video tutorial dan pemanfaatan platform digital (WhatsApp). Inovasi ini dianggap sebagai solusi efektif untuk mengatasi keterbatasan ingatan keluarga dan memberikan panduan standar yang dapat diakses kapan saja.

B. Saran

Peneliti melihat banyak hal yang bisa dioptimalkan bagi berbagai pihak antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta

- a. Rumah Sakit diharapkan dapat memfasilitasi pembuatan video tutorial standar mengenai teknik rehabilitasi stroke (seperti cara menyeka, mobilisasi, dan latihan ROM) yang dapat dibagikan kepada keluarga pasien melalui kode QR atau WhatsApp.
- b. Rumah Sakit diharapkan dapat melakukan Standardisasi Konten dengan memastikan materi edukasi yang diberikan oleh perawat di berbagai unit (SICU, Stroke Center, dan Bangsal) memiliki standar yang seragam agar tidak membingungkan keluarga.

2. Bagi Perawat

- a. Selain memberikan edukasi fisik, perawat perlu lebih peka terhadap tanda-tanda kelelahan (burnout) pada pengasuh keluarga dan memberikan motivasi secara berkala untuk menjaga keberlanjutan rehabilitasi di rumah.
- b. Perawat dapat meningkatkan intensitas edukasi menjelang pasien pulang dengan menggunakan alat bantu visual agar keluarga lebih percaya diri saat melakukan perawatan mandiri.

3. Bagi Keluarga Pasien

- a. Keluarga diharapkan dapat mempertahankan kerajinan dalam melatih pasien secara mandiri di rumah sebagaimana yang telah diajarkan oleh perawat dan fisioterapis guna mencegah komplikasi sekunder seperti kontraktur.
- b. Keluarga disarankan untuk aktif memanfaatkan media digital yang disediakan rumah sakit untuk mengulang kembali materi perawatan yang telah diberikan.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan mengenai efektivitas penggunaan video edukasi terhadap tingkat kemandirian pasien stroke atau tingkat efikasi diri keluarga dalam merawat pasien di rumah.

- b. Perlu dilakukan penelitian dari sudut pandang keluarga untuk menggali lebih dalam hambatan spesifik yang mereka rasakan selama proses rehabilitasi mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

1. Strilciuc S, Grad DA, Radu C, Chira D, Stan A, Ungureanu M, et al. The economic burden of stroke: a systematic review of cost of illness studies. Vol. 14, *Journal of Medicine and Life*. Carol Davila University Press; 2021. p. 606–19.
2. Bucki B, Spitz E, Baumann M. Emotional and social repercussions of stroke on patient-family caregiver dyads: Analysis of diverging attitudes and profiles of the differing dyads. Vol. 14, *PLoS ONE*. Public Library of Science; 2019.
3. Mukundan G, Seidenwurm DJ. Economic and Societal Aspects of Stroke Management. Vol. 28, *Neuroimaging Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 683–9.
4. Tadi P, Lui F. Acute Stroke. [Updated 2023 Aug 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
5. Lee HJ, Lim YC, Lee YS, Kwon S, Lee YJ, Ha IH. Analysis of medical service utilization for post-stroke sequelae in Korea between 2016 and 2018: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2022 Nov 28;12(1):20501.
6. E. Wurzinger H, Abzhandadze T, Rafsten L, Sunnerhagen KS. Dependency in Activities of Daily Living During the First Year After Stroke. *Front Neurol*. 2021 Nov 8;12.
7. Logan A, Freeman J, Kent B, Pooler J, Creanor S, Vickery J, et al. Standing Practice In Rehabilitation Early after Stroke (SPIRES): a functional standing frame programme (prolonged standing and repeated sit to stand) to improve function and quality of life and reduce neuromuscular impairment in people with severe sub-acute stroke—a protocol for a feasibility randomised controlled trial. *Pilot Feasibility Stud*. 2018 Dec 23;4(1):66.
8. Norvang OP, Hokstad A, Taraldsen K, Tan X, Lydersen S, Indredavik B, et al. Time spent lying, sitting, and upright during hospitalization after stroke: a prospective observation study. *BMC Neurol*. 2018 Dec 4;18(1):138.
9. Deng Y, Sang Y, Shang Y, Wu C, Xu X. To explore the application value of nursing staff involved multidisciplinary continuous nursing in stroke patients with limb dysfunction. *BMC Health Serv Res*. 2024 Sep 11;24(1):1051.
10. Gutenbrunner C, Stievano A, Stewart D, Catton H, Nugraha B. Role of nursing in rehabilitation. *J Rehabil Med Clin Commun*. 2021 Jun 14;4:1–2.
11. Pedrosa R, Ferreira Ó, Baixinho CL. Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *J Pers Med*. 2022 Apr 5;12(4):582.
12. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *Stroke*. 2010 Oct;41(10):2402–48.
13. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and Treatment of Stroke: Present Status and Future Perspectives. *Int J Mol Sci*. 2020 Oct 15;21(20):7609.

14. Choudhury MJH, Chowdhury MTI, Nayeem A, Jahan WA. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors of Stroke: A Review Update. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*. 2015 Apr 28;1(1):22–6.
15. Saini NR, Gurvendra AL. Stroke-Related Risk Factors: A Review. *Asian Pacific Journal of Health Sciences*. 2022 Apr 16;9(3):102–7.
16. Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019 May;18(5):459–80.
17. Unnithan AKA, Das JM, Mehta P. Hemorrhagic Stroke. [Updated 2023 May 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
18. Lui FL, Hui C, Suheb MZK, Patti L. Ischemic Stroke. [Updated 2025 Feb 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
19. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Dec;50(12).
20. Bernheisel CR, Schlaudecker JD, Leopold K. Subacute Management of Ischemic Stroke [Internet]. Vol. 84. 2011. Available from: www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician1383
21. Paryono P, Ar Rochmah M, Setyopranoto I, Trisnantoro L. Postacute-Stroke Management Problems in Home Care Service: A Qualitative Single-Centered Study in Yogyakarta, Indonesia. *J Neurosci Rural Pract*. 2022 Jan 14;13:50.
22. Waheed SM, Kudavalli P, Hotwagner D. Deep Vein Thrombosis. [Updated 2023 Jan 19]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
23. Susan Edwards. *Neurological physiotherapy : a problem-solving approach*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, Edinburgh; 2002.
24. Bierman JC, Hazzard CM, Franjoine MR, Stamer M. *Neuro-Developmental Treatment* (PDFDrive.com). New York: Thieme, Stuttgart; 2016.
25. Li S. Stroke Recovery Is a Journey: Prediction and Potentials of Motor Recovery after a Stroke from a Practical Perspective. 2023 Oct 15;13(10):2061.
26. Willcocks D, Soulodre C, Cowan K, Smitko E, Schwarz K, McDowell S, et al. Continual Long-Term Physiotherapy After Stroke: A Health Technology Assessment [Internet]. Vol. 20, Ontario Health Technology Assessment Series. 2020. Available from: <https://hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And->
27. Vloothuis JD, Mulder M, Veerbeek JM, Konijnenbelt M, Visser-Meily JM, Ket JC, et al. Caregiver-mediated exercises for improving outcomes after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Dec 21;2016(12).

28. Gallanagh S, Quinn TJ, Alexander J, Walters MR. Physical Activity in the Prevention and Treatment of Stroke. *ISRN Neurol.* 2011 Oct 1;2011:1–10.
29. Deepradit S, Powwattana A, Lagampan S, Thiangtham W. Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Sci.* 2023 Oct;10(4):446–55.

FORMAT BIODATA PENELITI

A. Identitas Diri

Peneliti 1

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., MPH.
2	Jenis Kelamin	Laki-laki
3	Jabatan Fungsional	-
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	-
5	NIDN	0518088701
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Sleman, 18 Agustus 1987
7	E-mail	drg.nicholas87@gmail.com
9	Nomor Telepon/HP	081904171460
10	Alamat Kantor	Jl. Johar Nurhadi No 6, Yogyakarta
11	Nomor Telepon/Faks	
12	Lulusan yang Telah Dihasilkan	S-1 = ... orang; S-2 = ... orang; S-3 = ... orang
13.	Mata Kuliah yg Diampu	1 – Anatomi – Fisiologi
		2 – Patologi Umum
		3 – Psikologi Kesehatan

Peneliti 2

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Gian Lisuari Adityasiwi,SST.,Ftr.,M.Fis
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	3302274801930001
5	NIDN	0508019301
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Lubuklinggau, 8 Januari 1993
7	E-mail	gian@stikesbethesda.ac.id
9	Nomor Telepon/HP	085726506890

10	Alamat Kantor	Jl. Johar Nurhadi No 6, Yogyakarta
11	Nomor Telepon/Faks	
12	Lulusan yang Telah Dihasilkan	S-1 = ... orang; S-2 = ... orang; S-3 = ... orang
13.	Mata Kuliah yg Diampu	1 – Anatomi – Fisiologi
		2 – Patologi Umum
		3 – Sosiologi – Antropologi
		4 – Filsafat Ilmu
		5 – Religiusitas
		6 – Anatomi Fisiologi Terapan
		7 – Patologi Fungsional
		8 – Assesment dan Diagnosis Fisioterapi
		9 – Ilmu Gerak I
		10 – Fisika Medis dan Sumber Fisis I

B. Riwayat Pendidikan

Peneliti 1

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Gadjah Mada	Universitas Gadjah Mada
Bidang Ilmu	Pendidikan Kedokteran Gigi	Ilmu Kedokteran dan Biomedis Minat Kedokteran Molekuler
Tahun Masuk-Lulus	2005 – 2011	2011 – 2016
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	“Pengaruh Penambahan Kolagen – Karbonat Hidroksiapatit Terhadap Jumlah Sel Osteoblas dan Osteoklas Pada Remodeling Tikus Sprague –Dawley”	“Polimorfisme Gena Sulfonylurea Receptor – 1 (SUR-1) Ekson 33 (p.S1369A) Sebagai Faktor Risiko DM Tipe 2 di Yogyakarta

Peneliti 2

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Poltekkes Surakarta	Universitas Udayana Denpasar
Bidang Ilmu	Fisioterapi	Fisiologi Olahraga Konsentrasi Fisioterapi
Tahun Masuk-Lulus	2010-2014	2018- 2020
Judul Skripsi/Tesis/Disertasi	Perbedaan Pengaruh Aerobic Dance Dan Aqua Zumba Terhadap Penurunan Ketebalan Lemak Pada Perempuan Overweight	Dynamic Neuromuscular Stabilization Lebih Meningkatkan Fleksibilitas Lumbal Daripada Static Stretching Pada Pengrajin Batik Di Giriloyo
Nama Pembimbing/Promotor	Yoga Handita W, SST.FT Marti Rustanti, SKM, SST.FT,MPh	Dr.dr. I Made Krisna Dinata, M. Erg Wahyuddin, SST, M. Sc

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
STIKES BETHESDA YAKKUM
STIKES BETHESDA YAKKUM

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.198/KEPK.02.01/XI/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : GIAN LISUARI ADITYASIWI
Principal In
Investigator

Nama Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakum Yogyakarta
Name of the Institution

Dengan judul:
Title

**"PENGALAMAN KELUARGA PASIEN DALAM MENDAMPINGI PASIEN
STROKE"**

"FAMILY LIVED EXPERIENCE OF STROKE PATIENTS"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards. 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 26 November 2024 sampai dengan tanggal 26 November 2025.

This declaration of ethics applies during the period November 26, 2024 until November 26, 2025.

November 26, 2024
Professor and Chairperson.


Dwi Nugroho Heri Saputro, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.,
P.hD.NS

PANDUAN WAWANCARA (INTERVIEW GUIDE)

I. PROFIL & KARAKTERISTIK KLINIS (Tema 1)

- 1.1 Bagaimana karakteristik pasien stroke yang biasanya dirawat di unit Ibu/Bapak? Apakah lebih banyak kasus serangan pertama atau stroke berulang (rekuren)?
- 1.2 Berdasarkan pengamatan Ibu/Bapak, bagaimana rata-rata waktu kedatangan (onset) pasien ke RS sejak serangan terjadi? Apakah banyak yang masuk dalam golden period?
- 1.3 Bagaimana kondisi kesadaran pasien saat pertama kali diterima di unit ini?

II. INTERVENSI EDUKASI & MOBILISASI (Tema 2 & 4)

- 2.1 Apa saja bentuk edukasi rehabilitasi yang rutin diberikan perawat kepada keluarga selama masa rawat inap?
- 2.2 Bagaimana cara Ibu/Bapak melibatkan keluarga dalam perawatan harian pasien (seperti mandi/seka dan eliminasi)?
- 2.3 Pencegahan Komplikasi: "Bagaimana prosedur edukasi pencegahan komplikasi imobilisasi (seperti miring kanan-kiri atau latihan gerak sendi) yang diajarkan kepada keluarga?
- 2.4 Apa saja poin utama yang ditekankan dalam discharge planning terkait keberlanjutan rehabilitasi di rumah?

III. PSIKOLOGIS & BEBAN PENGASUH (Tema 3)

- 3.1 Menurut pengamatan Ibu/Bapak, bagaimana kesiapan mental keluarga dalam merawat pasien stroke jangka panjang?
- 3.2 Apakah ada pertanyaan dari keluarga yang seringkali sulit dijawab oleh perawat? (Contoh: Kapan pasien bisa sembuh total?)
- 3.3 Bagaimana Ibu/Bapak menyikapi kondisi keluarga yang mulai menunjukkan titik jenuh atau stres (caregiver burden)?

IV. KEBERLANJUTAN REHABILITASI MOTORIK (Tema 4)

- 4.1 Sejauh mana peran keluarga menentukan keberhasilan pemulihan motorik pasien menurut pandangan Ibu/Bapak?

4.2 Bagaimana tingkat kepatuhan keluarga dalam membawa pasien kontrol rutin atau fisioterapi pasca-rawat inap?

4.3 Apa saja hambatan yang membuat keluarga biasanya tidak konsisten melakukan latihan fisik mandiri di rumah?

V. INOVASI & SOLUSI DIGITAL (Tema 5)

5.1 Evaluasi Media: "Bagaimana pendapat Ibu/Bapak mengenai efektivitas media edukasi (leaflet/lisan) yang digunakan saat ini?"

5.2 Dukungan Teknologi: "Bagaimana pandangan Ibu/Bapak jika rumah sakit menyediakan media video tutorial yang dapat diakses keluarga melalui HP untuk panduan di rumah?"

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBJEK

INDEPTH INTERVIEW

Saya, team penelitain STIKES Bethesda yang diketuai oleh drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., MPH. akan melakukan penelitian yang berjudul **“PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PROSES REHABILITASI PASIEN STROKE DI RS BETHESDA YOGYAKARTA: STUDI KUALITATIF DENGAN IN-DEPTH INTERVIEW”**. Penelitian ini disponsori oleh Hibah Dana Penelitian Internal Stikes Bethesda Yakkum Yogyakarta.

Penelitian ini bertujuan untuk memahami perspektif perawat mengenai proses rehabilitasi pasien stroke, hambatan yang dihadapi keluarga, serta kebutuhan akan inovasi media edukasi digital guna meningkatkan kualitas layanan pasca-rawat jalan. Penelitian ini akan dilakukan wawancara mendalam selama 30 – 90 menit.

Tim penelitian akan melakukan *Indepth Interview* terhadap keluarga pasien yang terlibat langsung dalam pendampingan dan layanan kesehatan pada pasien stroke.

A. Kesukarelaan Untuk Ikut Mengikuti Penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa ada paksaan. Bila Anda sudah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri/berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda atau pun sanksi apapun. Bila Anda tidak bersedia untuk berpartisipasi maka tidak akan ada denda/ hukuman.

B. Prosedur Penelitian

Apabila bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk Anda simpan, dan satu untuk untuk tim peneliti. Prosedur selanjutnya adalah:

1. Mohon untuk dibaca secara seksama terkait topik yang akan dibahas untuk melakukan *Indepth Interview*.
2. Menentukan jadwal *Indepth Interview* dengan tim peneliti
3. Pelaksanaan *Indepth Interview*
4. Analisa data oleh tim peneliti
5. Hasil analisa data dan penelitian akan peneliti sampaikan ke subjek penelitian dan pihak institusi yang menaungi.

C. Gambaaran Pertanyaan

Saat melakukan *Indepth Interview* ada beberapa topik utama pertanyaan yang akan kami sampaikan yaitu :

1. Biodata responden meliputi, nama, usia , jenis kelamin, jenis pekerjaan
2. Gambaran proses perawatan pasien di rawat inap / di rawat jalan / di ruang SICU
3. Gambaran edukasi yang telah diberikan
4. Gambaran evaluasi yang telah diberikan
5. Gambaran pasien yang mengalami komplikasi / stroke berulang
6. Gambaran kepatuhan pasien / keluarga pasien dalam perawatan pasca stroke
7. Harapan untuk kemajuan dan kemandirian pasien pasca stroke

D. Manfaat

Manfaat dari penelitian ini adalah mengetahui informasi bagaimana proses keluarga pasien stroke mendapatkan layanan kesehatan dan untuk mengetahui kendala yang dialami keluarga pasien dalam proses pendampingan/perawatan. Selain itu Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai sebuah acuan dalam pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan terhadap kondisi stroke

E. Kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh tim penelitian. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian.

F. Pembiayaan

Semua biaya yang terkait penelitian ini akan ditanggung oleh Hibah Internal Stikes Bethesda Yakkum. Setiap subjek *Indepth Interview* akan mendapatkn uang tunai senilai Rp.70.000, souvenir, dan konsumsi.

G. Informasi Tambahan

Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta. Komite ini membantu untuk memastikan bahwa peserta penelitian ini dilindungi dari bahaya. Jika ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi:

Ketua Penelitian : drg. Nicholas Adi Perdana Susanto, M.Sc., MPH.

No. HP : +6281904171460

Email : drg.nicholas87@gmail.com

LEMBAR PERSETUJUAN (INFORMED CONSENT)

Persetujuan untuk keluarga pasien stroke yang bersedia mengikuti penelitian dengan judul **“PERSEPSI PERAWAT TERHADAP PROSES REHABILITASI PASIEN STROKE DI RS BETHESDA YOGYAKARTA: STUDI KUALITATIF DENGAN IN-DEPTH INTERVIEW”**

Saya telah membaca dan mengerti informasi yang tercantum pada lembar informasi dan telah diberi kesempatan untuk mendiskusikan dan menanyakan hal tersebut. Saya mengerti bahwa saya dapat menolak untuk ikut dalam penelitian ini, Saya sadar bahwa saya dapat mengundurkan diri dari penelitian ini kapan saja saya mau.

Nama :

Usia :

Pekerjaan :

Menyatakan SETUJU/ TIDAK SETUJU* untuk berpartisipasi dalam Penelitian ini.

Yogyakarta,

Tanda tangan Subjek Penelitian	Tanda tangan Saksi	Tandatangan peneliti
()	()	()

*) Coret salah satu