

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAKSANAAN HOME CARE
TERHADAP KEMANDIRIAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PENDERITA STROKE
DI WATAMPONE**

Zaenal¹ Rini Mustamin²

Program Studi S1 Keperawatan Universitas Islam Makassar dan Stikes Nusantara Jaya
Makassar

Email: zaenalnurdinfikuim@gmail.com, riniustamin@gmail.com

ABSTRAK

Tujuan Penelitian mengetahui adanya pengaruh pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* pada kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone. **Metode Penelitian.** Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah metode *Pre-eksperimental* dengan *one group pretest-posttest design* yaitu penelitian yang menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum dan setelah pemberian perlakuan pada subyek. Penelitian ini menggunakan sampling *non-probability* dengan metode *purposive sampling*. **Hasil Penelitian** uji statistik menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) dengan nilai $p=0.005$, sikap (*afektif*) dalam hal *Activity Daily Living* (ADL) dengan nilai $p=0.008$, tindakan/praktek (*psicomotor*) dalam hal *Activity Daily Living* (ADL) dengan nilai $p=0.046$, **Diskusi.** kemampuan Pengetahuan (*Kognitif*) *Activity Daily Living* (ADL) dapat ditingkatkan dengan mengenalkan ke penderita stroke tentang keadaannya, mengenai pengetahuan akan tujuan, alat dan kelengkapan, tata cara memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) agar dapat mempertahankan pemenuhan kebutuhan, memperbaiki kualitas hidupnya. kemampuan sikap (*afektif*) *Activity Daily Living* (ADL) dapat ditingkatkan dengan pendidikan kesehatan dengan memotivasi penderita stroke menyiapkan alat dan kelengkapan untuk memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) agar dapat mempertahankan pemenuhan kebutuhan secara mandiri. peran pendidikan kesehatan merupakan rehabilitasi (*rehabilitation*). **Saran** perawat yang melakukan *home care* hendaknya memberikan pendidikan kesehatan tentang kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada penderita stroke dalam skala lebih luas, berkesinambungan untuk meningkatkan kemandirian penderita stroke.

Kata Kunci: Pendidikan Kesehatan, *Home Care*, *Activity Daily Living* (ADL), Stroke

ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the effect of health education in the implementation of home care on the independence of Activity Daily Living (ADL) of stroke patients in Watampone. Research Methods. The research design used in this study was a pre-experimental method with one group pretest-posttest design, namely research that used one group of subjects, measurements were carried out before and after giving treatment to the subject. This research uses non-probability sampling with purposive sampling method. The results of the statistical test showed that there was an effect of health education on the independence of Activity Daily Living (ADL) with a value of $p=0.005$, attitude (affective) in terms of Activity Daily Living (ADL) with a value of $p=0.008$, action/practice (psicomotor) in terms of activity Daily Living (ADL) with p value = 0.046, Discussion. Knowledge ability (Cognitive) Activity Daily Living (ADL) can be improved by introducing stroke sufferers about their condition, knowledge of goals, tools and equipment, procedures for meeting the needs of Activity Daily Living (ADL) in order to maintain the fulfillment of needs, improve the quality of life. Attitude (affective) ability of Activity Daily Living (ADL) can be improved by health education by motivating stroke patients to prepare tools and equipment to meet the needs of Activity Daily Living (ADL) in order to maintain the fulfillment of their needs independently. The role of health education is rehabilitation. Suggestions for nurses who do home care should provide health education about the independence of Daily Living Activities (ADL) in stroke patients on a wider, sustainable scale to increase the independence of stroke sufferers.

Keywords: Health Education, *Home Care*, Daily Living Activities (ADL), Stroke

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh setiap manusia, hal ini tercermin dari banyaknya jumlah penderita yang datang ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan. Mereka datang dari berbagai golongan yang berbeda, mulai dari golongan ekonomi kelas tinggi hingga ekonomi kelas bawah. Sebagaimana pencaanangan gerakan pembangunan berwawasan kesehatan pada 1 Maret 1999 oleh presiden RI, yang salah satu strateginya adalah pembangunan kesehatan nasional menuju Indonesia Sehat tahun 2010 dan diperkuat oleh perubahan amandemen UUD 1945, TAP MPR No.3 Tahun 2000 dan Tap MPR No. VI Tahun 2002, membuktikan kuatnya kepedulian pemerintah akan arti pentingnya sebuah bangsa yang sehat. Semakin banyaknya pelayanan kesehatan saat ini menyebabkan berbagai pelayanan memberikan service yang lebih memuaskan pelanggan, hal ini menyebabkan tingginya tarif rumah sakit yang tidak mampu ditanggung oleh masyarakat biasa/ kelas menengah ke bawah. Tingginya jumlah pasien yang masuk ke rumah sakit dan kurangnya perawatan yang diberikan pada rumah sakit menyebabkan LOS (*length of stay*/lama tinggal di RS) menjadi semakin panjang sehingga banyak di antara penderita/keluarga merasa keberatan dengan biaya yang harus dibayar untuk biaya perawatan. Hal ini terjadi hampir di semua bangsal perawatan.

Pelayanan keperawatan profesional bertujuan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang holistik (menyeluruh) yang meliputi *bio*, *psiko*, *sosio*, dan *cultural* kepada individu, kelompok dan masyarakat sesuai dengan kebutuhan dasarnya. Pelayanan yang bersifat holistik ini akan lebih lengkap dengan pemberian pelayanan keperawatan lanjutan dirumah dengan *home care*.

Di sisi lain rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitasnya, salah satu caranya dengan melakukan evaluasi terhadap peningkatan *Bed Occupancy Rates*, peningkatan rawat jalan pasca bedah, pemulangan pasien lebih awal, yang merupakan trend untuk peningkatan mutu pelayanan (Setyawati, 2004). Selain itu kasus penyakit terminal yang tidak efektif dan tidak efisien di rawat di Rumah Sakit diharapkan untuk mengikuti perawatan di rumah.

Menurut Depkes RI (2010) mendefinisikan bahwa *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu,

keluarga, di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan/memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit. Layanan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien/keluarga yang direncanakan, dikoordinir, oleh pemberi layanan melalui staff yang diatur berdasarkan perjanjian bersama (Akhmadi. 2019).

Pelayanan keperawatan di rumah merupakan pelayanan keperawatan yang diberikan di tempat tinggal klien dan keluarga, sehingga klien tetap memiliki otonomi untuk memutuskan hal-hal yang terkait dengan masalah kesehatannya. Perawat yang melakukan keperawatan di rumah bertanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk mencegah penyakit dan pemeliharaan kesehatan.

Mengingat hal-hal tersebut diatas, maka *home care* sebagai jembatan antara rumah sakit dan masyarakat dalam sektor kesehatan harus berperan aktif dalam ikut mendukung program pembangunan di masa yang akan datang, namun dengan tidak mengabaikan aspek sosial dan menjaga martabat moral etika sesuai dengan etika ketimuran yang ada dimasyarakat. Berdasarkan pertimbangan yang ada sudah selayaknya terbentuk suatu jasa pelayanan yang bersifat sosial sekaligus ekonomis yaitu dengan adanya jasa pelayanan *home care*. Oleh karena itu jasa pelayanan kesehatan yang bersifat sosial tetapi tetap memperhatikan nilai ekonomis maka perlu disusun dalam suatu perencanaan baik.

Hasil penelitian Rini dan Alin (2018) pada pasien pasca stroke menyatakan mereka membutuhkan program pelayanan *home care* yang dilakukan oleh *home care agency* karena pihak keluarga kurang mampu melaksanakan perawatan dan rehabilitasi pasca stroke secara mandiri di rumah selain juga karena keterbatasan waktu yang ada. Adapun penelitian Megawati (2014) pada pasien yang sedang mengikuti *home care* di rumah sakit, mereka setuju adanya *home care* dengan biaya lebih murah (Akhmadi. 2019)

Di Indonesia, stroke merupakan penyakit nomor tiga yang mematikan setelah jantung dan kanker. Bahkan, menurut survei tahun 2004, stroke merupakan pembunuh no.1 di RS Pemerintah di seluruh penjuru Indonesia. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya

mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus di kasur. Di Sulawesi Selatan stroke urutan 9 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap rumah sakit tahun 2017.

Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Pengaruh pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* terhadap kemandirian *aktiviti daily living* (ADL) penderita stroke di Watampone.

HASIL

Berdasarkan tabel 5.1, menunjukkan bahwa dari 10 jumlah responden: pada variabel umur: responden berusia antara 42 tahun sampai 60 tahun, 6 responden (60%) berusia antara 41-50 tahun, 4 responden (40%) berusia antara 51-60 tahun; variabel status perkawinan responden: 9 responden (90%) kawin, dan 1 responden (10%) cerai; variabel pekerjaan responden: terbanyak

punya bisnis sendiri/tani 5 responden (50%), upahan/karyawan/PNS 3 responden (30%), IRT 2 responden (20%); variabel kepemilikan jaminan kesehatan: sebanyak 10 responden (100%) memiliki jaminan kesehatan; variabel pendapatan sebanyak 5 responden (50%) berpendapatan dibawah UMP (Rp.980.000), 5 responden (50%) berpendapatan diatas UMP; variabel tingkat pendidikan secara berurutan Sekolah lanjutan sebanyak 6 responden (60%) berpendidikan Sekolah Lanjutan, 2 responden (20%) berpendidikan SMP, 1 responden (10%) berpendidikan SD, dan 1 responden (10%) berpendidikan Perguruan Tinggi.

Tabel 5.1: Karakteristik Data Demografi Responden Berdasarkan Umur, Status Perkawinan, Pekerjaan, Jaminan Kesehatan, Pendapatan, Tingkat Pendidikan

Variabel	N	%
Umur:		
41-50	6	60
51-60	4	40
Total	10	100
Status Perkawinan:		
Kawin	9	90
Cerai	1	10
Total	10	100
Pekerjaan Responden:		
Upahan/Karyawan/PNS	3	30
Bisnis Sendiri	5	50
IRT	2	20
Total	10	100
Jaminan Kesehatan:		
Ada	10	100.0
Total	10	100.0
Pendapatan:		
< UMP	5	50.0
≥ UMP	5	50.0
Total	10	100.0
Tingkat Pendidikan:		
SD	1	10.0
SMP	2	20.0
Sekolah Lanjutan	6	60.0
Perguruan Tinggi	1	10.0

Total	10	100.0
-------	----	-------

Sumber: Data primer 2019

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa skor kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori mandiri mengalami peningkatan dari tidak ada orang (0%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%). Dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.002$. Pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (5,50).

Tabel 5.2: Tingkat Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan di Watampone

Tingkat Kemandirian	Pretest		Posttest		p	Mean rank
	n	%	n	%		
Mandiri	0	0	10	100	0.002	5.50
Tergantung	10	100	0	0		
Total	10	100	10	100		

Sumber: Data Primer, November-Desember 2019

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa skor kemandirian Pengetahuan (*Kognitif*) *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori “tahu” mengalami peningkatan dari 8 orang (80%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%). Dengan kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.005$. Pada saat post-tes dengan nilai rata-rata peningkatan pada post-tes (4,50).

Tabel 5.3: Tingkat Kemandirian Kemampuan pengetahuan (*kognitif*) *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan di Watampone

Tingkat Kemandirian	Pretest		Posttest		p	Mean rank
	N	%	N	%		
Tahu	8	80	10	100	0.005	4.50
Kurang Tahu	2	20	0	0		
Total	10	100	10	100		

Sumber: Data Primer, November-Desember 2019

Tabel 5.4, menunjukkan bahwa skor kemampuan sikap (*afektif*) *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori “berespon” mengalami peningkatan dari 7 orang (70%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%). Dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.008$. Pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (4,00),

Tabel 5.4: Tingkat Kemandirian Kemampuan sikap (*Afektif*) *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan di Watampone

Tingkat Kemandirian	Pretest		Posttest		p	Mean rank
	N	%	n	%		
Berespon	7	70	10	100	0.008	4.00
Kurang berespon	3	30	0	0		
Total	10	100	10	100		

Sumber: Data Primer, November-Desember 2009

Tabel 5.4 observasi peneliti skor kemampuan tindakan/praktek (*psicomotor*) dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori “melakukan” mengalami peningkatan dari 4 orang (40%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%). Dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.046$. Pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (2,50).

Tabel 5.5: Tingkat Kemandirian Kemampuan tindakan/praktek (*psicomotor*) *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan di Watampone

Tingkat Kemampuan	Pretest		Posttest		<i>P</i>	Mean rank
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Melakukan	4	30	10	100	0.046	2.50
Tidak Melakukan	6	70	0	0		
Total	10	100	10	100		

Sumber: Data Primer, November-Desember 2019

DISKUSI

Hasil observasi menunjukkan bahwa skor kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori mandiri mengalami peningkatan dari tidak ada orang (0%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%). Dari hasil uji statistik pengujian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian *Activity Daily Living* (ADL), dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.002$, pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (5,50).

Dalam hasil observasi peneliti kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) dapat ditingkatkan dengan mengenalkan ke penderita stroke tentang keadaannya, mengenai pengetahuan akan kondisi dan kemampuannya melalui pendidikan kesehatan yang kemudian menjadikannya pertimbangan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL)nya.

Hal ini menunjukkan bahwa kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) meningkat setelah adanya pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2003) yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok maupun masyarakat untuk melaksanakan perilaku sehat. Secara operasionalnya adalah kegiatan untuk memberikan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Pendidikan kesehatan dapat berperan sebagai pembatasan cacat (*disability limitation*), oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas.

Dari hasil pendidikan kesehatan kepada penderita stroke yang bertujuan meningkatkan kemandirian ADL-nya, peneliti menemukan 5 responden yang pencapaian tingkat kemandirian ADLnya tidak sempurna. Ini

disebabkan oleh proses penyakitnya menurunkan tingkat kemampuan mengingat dan berkomunikasi.

Hal ini sependapat dengan Harsono (2019) yang menyatakan bahwa Stroke dapat menyebabkan kerusakan pada bagian otak yang bertanggung jawab untuk memori, pembelajaran, dan kesadaran juga mengurangi kemampuan untuk membuat rencana, memahami makna, mempelajari tugas baru, atau terlibat dalam kegiatan mental yang kompleks. Dan menurut Paisal (2008) yang menyatakan setidaknya satu dari empat pasien stroke mengalami gangguan bahasa, melibatkan kemampuan untuk berbicara, menulis, dan mengerti bahasa yang diucapkan dan ditulis. Hal ini diakibatkan adanya cedera atas otak bahasa-pusat kontrol (*area Broca*) yang dapat mengganggu komunikasi lisan.

Hasil observasi menunjukkan bahwa skor kemampuan Pengetahuan (*Kogitif*) *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat, namun tidak signifikan. Responden yang termasuk kategori "tahu" mengalami peningkatan dari 2 orang (20%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%), dari hasil uji statistik pengujian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian *Activity Daily Living* (ADL), dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.005$, pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (4,50).

Dalam hasil observasi peneliti kemampuan Pengetahuan (*Kognitif*) *Activity Daily Living* (ADL) dapat ditingkatkan dengan mengenalkan ke penderita stroke tentang keadaannya, mengenai pengetahuan akan tujuan, alat dan kelengkapan, tata cara memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) agar dapat mempertahankan pemenuhan kebutuhan, memperbaiki kualitas hidupnya.

Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2013) yang menyatakan bahwa

pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan Pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi dan atau mengajak orang lain, baik individu, kelompok maupun masyarakat untuk melaksanakan perilaku sehat. Pendidikan kesehatan dapat memberikan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Hasil observasi menunjukkan bahwa skor kemampuan sikap (*afektif*) *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang termasuk kategori “berespon” mengalami peningkatan dari 3 orang (30%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%) dari hasil uji statistik pengujian menunjukkan adanya pengaruh terhadap sikap (*afektif*) dalam hal *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone, dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.008$, pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (4,00).

Dalam hasil observasi peneliti kemampuan sikap (*afektif*) *Activity Daily Living* (ADL) dapat ditingkatkan dengan pendidikan kesehatan dengan memotivasi penderita stroke menyiapkan alat dan kelengkapan untuk memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL) agar dapat mempertahankan pemenuhan kebutuhan secara mandiri.

Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2013) yang menyatakan bahwa pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku individu. Mengacu kepada H.L. Bloom dalam Notoatmojo (2013) yang menyatakan bahwa dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu negara yang sudah maju, Bloom menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor.

Pada penelitian ini, terungkap bahwa pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* berpengaruh positif terhadap tindakan (*psikomotor*) dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone.

Hasil observasi peneliti kemampuan tindakan/praktek (*psikomotor*) dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL) sesudah pendidikan kesehatan menunjukkan kecenderungan meningkat. Responden yang

termasuk kategori “melakukan” mengalami peningkatan dari 6 orang (60%) pada pre-tes menjadi 10 orang (100%), dari hasil uji statistik pengujian menunjukkan ada pengaruh positif terhadap tindakan/praktek (*psikomotor*) dalam hal *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone, dimana kekuatan pengaruhnya didapat dengan nilai $p=0.046$, pada saat post-tes dengan nilai rata-rata yang meningkat pada post-tes (2,50).

Pendidikan kesehatan perlu tetap diberikan untuk membantu pemulihan penderita stroke. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2013) yang mengungkapkan bahwa peran pendidikan kesehatan merupakan rehabilitasi (*rehabilitation*). Pendidikan kesehatan diberikan untuk penderita yang telah sembuh dari suatu penyakit tertentu. Karena kadang-kadang orang menjadi cacat diakibatkan karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Padahal untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu.

Dari hasil observasi peneliti didapatkan ada 2(dua) responden yang dinilai telah mampu melakukan ADL walaupun responden tersebut belum dinilai memiliki kemampuan *kognitif*. Hal ini sependapat dengan Rogers dalam Notoatmojo (2003) yang menyatakan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahapan-tahapan secara berurutan.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis yang telah diuraikan, maka dapat diambil kesimpulan :

1. Terdapat perbedaan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care*.
2. Kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke meningkat setelah pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care*.
3. Pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* berpengaruh positif pada kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone.
4. Pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* berpengaruh positif pada kemampuan *kognitif* dalam kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone.
5. Pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* berpengaruh positif pada kemampuan *afektif* dalam kemandirian

Activity Daily Living (ADL) penderita stroke di Watampone.

6. Pendidikan kesehatan dalam pelaksanaan *home care* berpengaruh positif pada kemampuan *psicomotor* dalam kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke di Watampone.

SARAN

1. Praktisi kesehatan, terutama perawat yang melakukan *home care* hendaknya memberikan pendidikan kesehatan tentang kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pada penderita stroke dalam skala lebih luas, berkesinambungan untuk meningkatkan kemandirian penderita stroke.
2. Diharapkan dapat menambah keyakinan bagi praktisi keperawatan akan keefektifan intervensi keperawatan, terkhusus pendidikan kesehatan sebagai tindakan keperawatan untuk meningkatkan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita Stroke.
3. Bagi penelitian berikutnya, hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi untuk melakukan penelitian sejenis dengan populasi yang lebih luas agar hasilnya dapat digeneralisasikan.
4. Diharapkan kepada peneliti selanjutnya menilai dukungan keluarga terhadap pemberian pendidikan kesehatan dalam meningkatkan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) penderita stroke.

REFERENSI

Akhmadi. 2019. *Mengapa diperlukan home care?* (online). (<http://www.rajawana.com/artikel/kesehatan/342-mengapa-diperlukan-home-care.html>. diakses 18 Oktober 2019).

Al - Qur'an Surat Al Baqarah:265

Al - Qur'an Surat Ar Ruum:39

Ali, Wendra. 1999. *Petunjuk Praktis Rehabilitasi Penderita Stroke. Bagian Neurologi FKUI/RSCM*. UCB Pharma Indonesia. Jakarta.

Ali, MS. 2017. *Arti dan Fungsi Pendidikan*. <http://id.shvoong.com/authors/m.-syamsi> Ali. Diakses 18 Oktober 2019.

Anonym. 2018. *Home Care*. 'Post-Stroke Rehabilitation Fact Sheet', NINDS. NIH Publication No. 08-4846. <http://www.strokebethesda.com/>. Diakses

14 Oktober 2019.

Anonym. 2018. www.homecare@griyakami.com.

Anonym. 2008. *Klinik Spesialis Stroke*. <http://www.klinikspesialisstroke.com/>. Monday, August 31, 2019

Arikunto, S. 1993. *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta : Bumi Akasara.

Arikunto, S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka , Cipta.

Azwar, 1994. *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Sastra Hudayana.

Carpenito, Lynda Juall. 2010. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 8. EGC. Jakarta.

Doenges, M.E., Moorhouse M.F., Geissler A.C. 2013. *Rencana Asuhan Keperawatan*, Edisi 3, EGC, Jakarta.

Dwitagama, 2017. *Teknik Penyuluhan*, diakses tanggal 25 maret 2019, (<http://slideshare.net/dwitagama/teknik-penyuluhan>).

Engram, Barbara. 2018. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Volume 3, EGC, Jakarta.

Gordon, NF. 2010. *Stroke: Panduan Latihan Lengkap*. Terjemahan DR. Sadoso Sumosardjono. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Harsono. 2006. *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Edisi 1. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.

Harsono. 2010. *Kapita Selekta Neurologi*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.

Herawani, et al. 2012. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. EGC. Jakarta.

Hidayat, AAA. 2017. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. ed. 2. Salemba Medika. Jakarta.

Hudak C.M., Gallo B.M. 2016. *Keperawatan Kritis, Pendekatan Holistik*. Edisi VI, Volume II, EGC, Jakarta.

Islam, MS. 2018. *Stroke : Diagnosis dan Penatalaksanaannya*. Lab/SMF Ilmu

- Penyakit Saraf, FK Unair/RSUD Dr. Soetomo, Surabaya.
- Juwono, T. 2016. *Pemeriksaan Klinik Neurologik dalam Praktek*. EGC, Jakarta.
- Kustini. H, 2018. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue terhadap Perilaku Aktif Pencegahan Penyakit Demam Erdarah Dengue pada Ibu-Ibu Warga Minapadi Kelurahan Nusukan Kota Surakarta*. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol 38. 1 No.1, Maret 2008 :36-42 (online) (<http://eprints.ums.ac.id/1026/1/2008v1n1-07.pdf>). diakses 23 Oktober 2009.
- Mansjoer. A. 2010. *Kapita Selekta Kedokteran*. EGC, Jakarta.
- Mardjono M., Sidharta P. 1981. *Neurologi Klinis Dasar*. PT Dian Rakyat, Jakarta.
- Misbach, J. 2019. *Stroke Pembunuh No.3 di Indonesia*. www.medikastore.com/stroke/. Diakses Senin 20 Oktober 2009.
- Mubarak, W, Santoso, B, Rozikin, K, Patonah, S. 2016. *Ilmu Keperawatan Komunitas 2*, CV. Sagung seto, Jakarta.
- Notoatmodjo, S dan Wuryaningsih, E. 2013. *Pendidikan-Promosi dan Perilaku Kesehatan*. FKM-UI. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2017. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi
- Notoatmodjo, S. 2013. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Offset. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2017. *Pomosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. ed 2. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2017. *Ilmu Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2018. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Ed. 1, Salemba Medika, Jakarta.
- Paisal. 2018. *Rehabilitasi Pasca Stroke-Pengobatan Stroke*. <http://www.wartamedika.com/2008/02/rehabilitasi-pasca-stroke-pengobatan.html>. diakses 14 Oktober 2019.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia, 2019. *Laporan Kegiatan Kongres ICN*. (online). (<http://www.inna-pgni.or.id/index.php?name=News&file=print&sid=247>). diakses 14 Oktober 2019.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. 2019 <http://www.inna-pgni.or.id/index.php?name=News&file=print&sid=247>.
- Poltekkes Makassar. 2012. *Modul Pelatihan Petugas Fisioterapi di RS: Pelatihan Penanganan Hemiplegia Pasca Stroke*. (tidak dipublikasikan). Makassar.
- Pratiknya, AW. 2018. *Dasar-dasar metodologi penelitian kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: PT Raja grafindo Persada.
- Price S.A., Wilson L.M. 2015. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* Edisi 4, Buku II, EGC, Jakarta.
- Satyanegara. 2018. *Ilmu Bedah Saraf*, Edisi Ketiga. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Setiadi. 2017. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. edisi 1. Graha Ilmu. Jogjakarta.
- Setiawati, S & Dermawan, C. 2018. *Keperawatan Keluarga*. Trans Info Media. Jakarta.
- Setiawati, S & Dermawan, C. 2018. *Pendidikan Kesehatan*. Trans Info Media. Jakarta.
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Susilo, Hendro. 2010. *Simposium Stroke, Patofisiologi dan Penanganan Stroke*, Suatu Pendekatan Baru Millenium III. Bangkalan.
- Widjaja, Linardi. 2012. *Patofisiologi dan Penatalaksanaan Stroke*. Lab/UPF Ilmu Penyakit Saraf, FK Unair/RSUD Dr. Soetomo, Surabaya.