

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini diarahkan untuk mencari solusi mengatasi permasalahan ketidakmandirian keluarga karena ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah. Hal ini dilakukan karena didasarkan kepada keyakinan bahwa keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah yang dihadapinya melalui pemberian edukasi, bimbingan dan arahan yang tepat dari tenaga Kesehatan, sehingga akan memiliki kemampuan dalam melaksanakan tindakan sederhana yang diperlukan untuk menangani pasien pasca stroke.

Melalui penelitian ini akan ditemukan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif yang efektif untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah. Berdasarkan tujuan tersebut, maka penelitian ini menggunakan metode penelitian dan pengembangan (*Research & Development*) atau disingkat R & D.

Menurut Borg and Gall (1998) dalam Sugiyono (2017:28) metode penelitian *Educational R & D* adalah “...*It is a process used to develop and validate educational product. Product, we mean not only such things as textbooks, instructional films, and computer software, but also methods, such as a methods of teaching, and program, such as a drug education program or a staff development program*”. Penelitian dan pengembangan adalah proses/metode penelitian yang digunakan untuk memvalidasi dan mengembangkan produk. Produk yang dimaksud disini tidak hanya sesuatu berupa benda seperti buku teks, film untuk pembelajaran, dan software komputer tetapi juga metode seperti

mengajar, dan program seperti: program Pendidikan untuk mengatasi penyakit anak dan program pengembangan staff.

Sugiyono (2017:28) menegaskan bahwa metoda penelitian dan pengembangan atau *research and development* (R & D) berfungsi untuk memvalidasi dan mengembangkan produk. Memvalidasi produk, berarti produk itu telah ada dan peneliti hanya menguji efektivitas atau validitas dari produk tersebut. Sedangkan mengembangkan produk mengandung arti yang lebih luas, dapat berupa memperbaharui produk yang telah ada (sehingga menjadi lebih praktis, efektif dan efisien) atau menciptakan produk baru (yang sebelumnya belum pernah ada).

Sesuai dengan batasan metode R&D dari Sugiyono di atas, tujuan penelitian ini diarahkan untuk menghasilkan produk berupa model layanan homecare sebagai salah satu bentuk layanan yang diberikan kepada pasien pasca rawat inap di rumah sakit yang membutuhkan penanganan lanjutan di rumah yang dalam penelitian ini adalah pasien pasca stroke. Model layanan homecare yang dikembangkan akan berbasis pada metode pembelajaran partisipatif yang telah terbukti dari penelitian sebelumnya dapat meningkatkan kemandirian peserta didik/warga belajar dalam mencapai tujuan yang diharapkan. Pengembangan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif merupakan salah satu Upaya untuk menghasilkan model baru layanan homecare yang merupakan hasil perpaduan dengan ilmu Pendidikan masyarakat dengan ilmu keperawatan sehingga dapat menjadi salah satu terobosan dalam meningkatkan kualitas layanan Kesehatan bagi pasien pasca stroke dengan memberdayakan keluarga.

Adapun tahapan dalam penelitian dan pengembangan (R&D) ini secara operasional adalah mengikuti langkah-langkah sebagaimana yang dijelaskan oleh Thiagarajan (1974) dalam Sugiyanto (2017:38) terdiri dari empat tahap pengembangan yang disingkat dengan 4 D. Tahap pertama *Define* (pendefinisian), berisi kegiatan untuk menetapkan produk apa yang akan dikembangkan, beserta spesifikasinya. atau sering disebut sebagai tahap analisis kebutuhan. Tahap kedua

adalah *Design* (perancangan) berisi kegiatan untuk membuat rancangan terhadap produk yang telah ditetapkan, lalu tahap ketiga *Development* (pengembangan), berisi kegiatan membuat rancangan menjadi produk dan menguji validitas produk secara berulang-ulang sampai dihasilkan produk sesuai dengan spesifikasi yang ditetapkan. Terakhir adalah tahap *Dissemination* (diseminasi), berisi kegiatan menyebarluaskan produk yang telah teruji untuk dimanfaatkan orang lain.

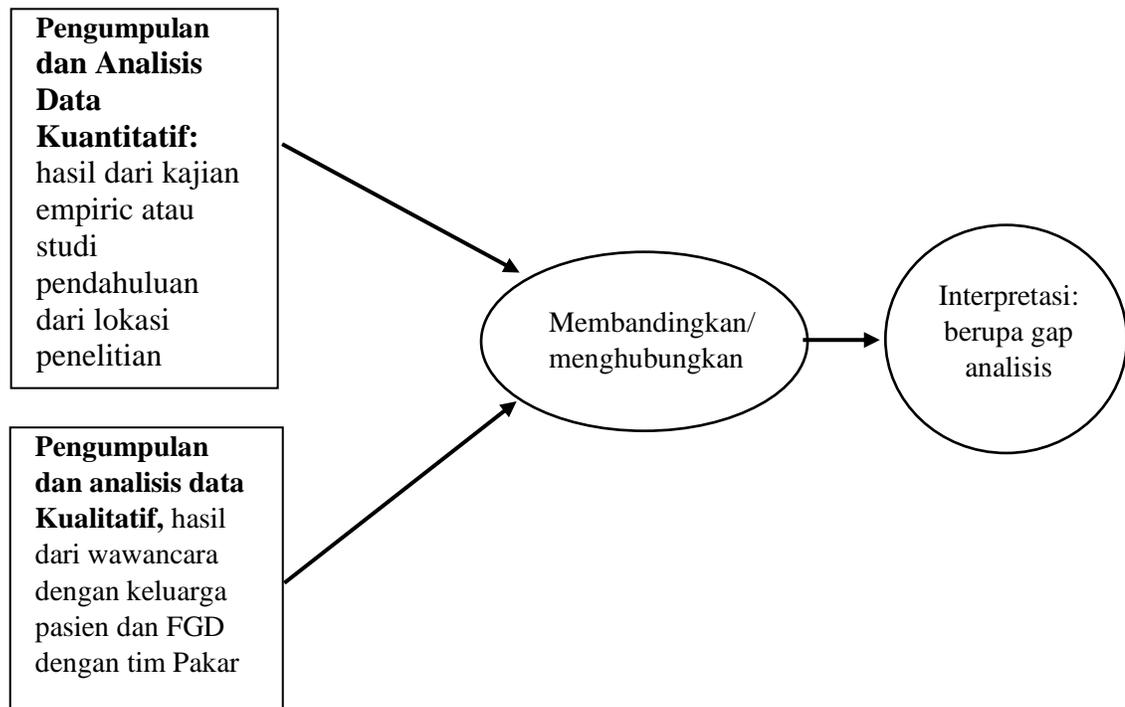
Langkah-langkah tersebut dapat terlihat pada gambar 3.1:



Gambar 3.1 Langkah-langkah penelitian dan pengembangan 4 D
(Thiagarajan, 1974) dalam Sugiyanto, 2017:38)

Sehubungan dengan alur langkah-langkah penelitian R & D pada gambar 3.1 diatas maka untuk memastikan agar penelitian ini dapat menjawab tujuan yang diharapkan akan mempergunakan pendekatan *mix method*. Menurut Creswell (2019:19) pendekatan *Mix method* atau pendekatan metode campuran adalah pendekatan penelitian yang melibatkan penggabungan atau penyatuan penelitian dari data kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif cenderung bersifat *open ended* tanpa respon yang telah ditentukan sedangkan data kuantitatif biasanya mencakup respon *closed ended* seperti yang ditemukan pada kuesioner dan instrument.

Rancangan yang dipergunakan pada pendekatan *mix method* ini adalah paralel konvergen atau *convergent parallel mixed methods*, yaitu bentuk rancangan metode campuran dimana peneliti mengumpulkan atau menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif agar dapat memberikan analisis masalah penelitian secara komprehensif. Peneliti juga mengumpulkan kedua bentuk data pada waktu hampir bersamaan dan kemudian menggabungkan informasi tersebut dalam interpretasi hasil secara keseluruhan (Creswell, 2019:21). Bentuk rancangan *convergent parallel mixed methods* dapat dilihat pada gambar 3.2 di bawah ini (Creswell, 2019:294):



Gambar 3.2: Bentuk rancangan *convergent parallel mixed methods* (Creswell, 2019:294)

Berdasarkan rancangan *convergent parallel mixed methods* di atas, data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah seperti yang terlihat pada tabel 3.1 di bawah ini:

Tabel 3.1: Variabel, Jenis Data, Sub variable, Bentuk Instrumen dan Cara Pengumpulan Data.

| No | Variabel yang Diteliti | Jenis Data | Sub variable | Bentuk Instrumen | Cara Pengumpulan Data |
|----|--|-------------|--|--|-----------------------|
| 1. | Variabel Independen: Model Layanan Homecare berbasis Pembelajaran Partisipatif | Kuantitatif | 1. Pengetahuan keluarga tentang penanganan stroke dan layanan homecare | Kuesioner dengan option benar atau salah | Angket |
| | | | 2. Sikap keluarga tentang penanganan pasca stroke di rumah dan layanan home care | Kuesioner dengan skala <i>likert</i> | Angket |

| No | Variabel yang Diteliti | Jenis Data | Sub variable | Bentuk Instrumen | Cara Pengumpulan Data |
|----|---|-------------|--|--|--|
| | pada pasien Pasca Stroke | | 3. Keterampilan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah yang pada dasarnya merupakan bagian dari tindakan pada layanan homecare, fokus pada upaya pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari | Daftar tilik/ ceklis prosedur tindakan suatu keterampilan | Observasi |
| | | | 4. Pemahaman keluarga tentang komponen model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif, yang terdiri dari: rasional, asumsi, tujuan, sasaran, manfaat, prinsip, strategy, prosedur, kompetensi dan indikator keberhasilan | Kuesioner dengan option Ya atau Tidak | Angket |
| | | | 5. Keterampilan keluarga dalam menerapkan pembelajaran partisipatif | Ceklis prosedur pembelajaran partisipatif | Observasi |
| | | Kualitatif | Komponen model, tdd: rasional, asumsi, tujuan, sasaran, manfaat, prinsip, strategy, prosedur, kompetensi dan indikator keberhasilan. | Kuesioner dengan pertanyaan dan jawaban terbuka | Wawancara terstruktur kepada petugas homecare dan keluarga pasien serta FGD dengan tim Pakar. |
| 2. | Variabel Dependen: Kemandirian keluarga | Kuantitatif | Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas pokok keluarga Kesehatan. | Soal Pertanyaan berbentuk pilihan tunggal, dengan alternatif jawaban: A, B, C, D | Angket |
| | | | Tingkat kemandirian keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah. | | |
| | | Kualitatif | Pengalaman keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah | Kuesioner dengan pertanyaan dan jawaban terbuka | Wawancara terstruktur kepada petugas homecare dan keluarga pasien yang disampaikan dalam bentuk testimoni dari keluarga. |

Sedangkan menurut klasifikasi metode, penelitian ini menggunakan metode Deskriptif kuantitatif dengan desain *Quasi- Experiment without Control Group Design*. Dalam penelitian ini akan diuji hipotesis untuk membuktikan terdapat atau tidaknya peningkatan kemandirian setelah diberikan treatment/perlakuan kepada keluarga pasien berupa pemberian edukasi dengan berbasis pada metode pembelajaran partisipatif yang sudah dikembangkan. Dengan demikian pada penelitian ini akan dilakukan uji coba dengan menggunakan satu variabel bebas yaitu penggunaan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif kemudian diobservasi efeknya pada variabel terikat yaitu kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah.

Fokus dari penelitian ini adalah produk, berupa model layanan homecare yang berbasis pada pembelajaran partisipatif yang didalamnya mengandung aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan bagi keluarga pasien dalam menangani pasien pasca stroke dengan fokus pada pengetahuan dan sikap tentang penanganan pada pasien pasca stroke dan keterampilan dalam pemenuhan aktivitas kebutuhan sehari-hari pasien (*activity daily living*). Pengembangan produk yang dimaksud adalah terutama pada prosedur dan pendekatan edukasi yang membantu keluarga dapat mencapai kemampuan yang diharapkan pada ranah kognitif, psikomotor dan afektif. Sedangkan outputnya berupa penemuan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pasca stroke di rumah yang berdampak pada kemandirian keluarga dan peningkatan perbaikan kondisi (proses penyembuhan) pasien pasca stroke.

Model yang akan dihasilkan melalui penelitian pada prinsipnya merupakan konsep yang dihasilkan pemikiran kemudian divisualisasikan sehingga menjadi kongkrit. Dengan demikian penemuan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pasca stroke di rumah sebagai produk yang akan diperoleh melalui penelitian ini berangkat dari upaya mengumpulkan data secara komprehensif tentang berbagai kemampuan (kognitif, psikomotor dan afektif) termasuk permasalahan awal yang ada pada masing-

masing keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah yang mana hal ini sekaligus akan menggambarkan tingkat kemandirian keluarga pada saat sebelum dilakukan intervensi. Berdasarkan temuan tersebut, maka direncanakan dilakukan pengembangan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif untuk menangani pasien pasca stroke di rumah yang diprediksi dapat menambah pemahaman, meningkatkan keterampilan dan memperbaiki sikap keluarga sehingga akhirnya dapat meningkatkan kemandirian keluarga. Kemudian dikembangkan rumusan model sehingga layak untuk diuji cobakan. Model yang dikembangkan selanjutnya diuji keefektifannya dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah.

Penelitian kuantitatif digunakan terutama pada tahap *define* pada saat melakukan kajian empiris/studi pendahuluan, tahap *design* dan tahap *development* pada saat uji efektivitas model, dan untuk mengukur tingkat pemahaman keluarga akan materi yang diberikan dalam proses edukasi mencakup aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan. Efektivitas model akan diukur dengan melaksanakan *pre-test* sebelum melaksanakan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dan *post-test* setelah melaksanakan model tersebut. Efektivitas model diukur dengan mengukur hasil dari proses edukasi menggunakan model tersebut berupa peningkatan pengetahuan tentang penanganan pasien pascastroke di rumah, sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien pascastroke dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga dimana ketiga aspek tersebut merepresentasikan tingkat kemandirian keluarga.

Sedangkan untuk penelitian kualitatif digunakan pada tahap *define* yaitu pada saat mengidentifikasi kondisi awal dari layanan homecare yang selama ini dilakukan dengan cara wawancara pada petugas homecare. Kemudian pada tahap *design* yaitu dengan melakukan wawancara mendalam dengan keluarga pasien dan petugas homecare dalam menyusun dan merancang draft model serta *Focus Group Discussion* (FGD) dengan tim pakar untuk proses validasi dari model yang dikembangkan.

Metode *mix method* dilakukan sejak tahap *define*, *design* dan tahap

development dengan cara membandingkan dan menghubungkan satu sama lain data hasil penelitian kuantitatif dan kualitatif tersebut untuk selanjutnya dilakukan interpretasi sehingga akan didapatkan finalisasi model konseptual layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien pasca stroke di rumah sebagai output dari penelitian ini. Output penelitian ini kemudian akan *didesiminasikan* pada saat ujian sidang Disertasi dan dipublikasikan pada Jurnal.

Secara garis besar langkah-langkah pada penelitian ini dilakukan melalui empat tahap utama sebagaimana teori R & D yang dikemukakan oleh Thiagarajan (1974) dalam Sugiyanto (2017:38) yaitu: 1) Tahap Define; berisikan tahap eksplorasi studi literatur dan kajian empiric yang diakhiri dengan analisis kebutuhan keluarga mencakup aspek pengetahuan, kemampuan (keterampilan) dan sikap keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah selama ini serta layanan homecare yang pernah diterima oleh keluarga dari tenaga Kesehatan. Hasil kajian dan Analisis data awal ini kemudian menjadi input bagi peneliti dalam menemukan gap dan menyusun kebutuhan edukasi yang dibutuhkan oleh keluarga; 2) Tahap *Design* yaitu dibuat berdasarkan hasil studi eksplorasi dan teori yang relevan dengan strategi pembelajaran partisipatif serta diskusi dan konsultasi dengan para pakar di bidang pendidikan/keperawatan/praktisi yang relevan guna merancang model baru yang akan dikembangkan; 3) Tahap *Development* yakni dengan uji coba terbatas dari model yang dikembangkan untuk dilihat keefektifannya pada peningkatan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah yang diberikan perlakuan berupa penerapan model hipotetik (pada kelompok eksperimen) dilihat dari aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan yang dibandingkan pada kelompok control. Interpretasi atas hasil ujicoba ini dituangkan dalam bentuk model definitif sebagai produk/output dari penelitian ini, sedangkan outcomenya adalah percepatan perbaikan kondisi Kesehatan pasien pasca stroke. Terakhir tahap 4) *Dissemination* yaitu dengan mendesiminasikan model definitif layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada pasien pasca stroke di rumah pada forum sidang hasil penelitian Disertasi dihadapan tim penguji dan promotor. Desiminasi dalam bentuk publikasi

pada jurnal ilmiah dilaksanakan setelah dilakukan perbaikan atas hasil sidang Disertasi.

3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan mulai bulan April s.d November 2023, berlokasi di Kota dan Kabupaten Bandung yang mana untuk *entry point* mendapatkan data keluarga pasien pasca stroke didapatkan dari dua tempat layanan homecare rumah sakit yaitu untuk keluarga pasien pasca stroke di wilayah Kota Bandung berasal dari rumah sakit Al Islam Bandung dan untuk keluarga pasien pasca stroke di wilayah Kabupaten Bandung berasal dari data yang diperoleh dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Alasan pemilihan pada kedua lokasi ini adalah dikarenakan jumlah pasien stroke di kedua RS tersebut cukup tinggi.

Data yang diperoleh dari penanggung jawab homecare RS Al Islam menunjukkan jumlah pasien yang menjalani homecare pada tahun 2022 adalah 1683 orang dan pasien stroke yang menjalani layanan homecare berjumlah 488 orang atau baru sekitar 28,99 %. Sedangkan menurut data dari Profil RSUD Al Ihsan jumlah pasien stroke yang datang berobat ke Instalasi rawat jalan RS Al Ihsan tahun 2022 berjumlah 5.549 orang pasien (pasien baru maupun pasien yang stroke ulang) atau rata-rata 463 orang per bulan dan yang menjalani rawat inap sebanyak 769 orang atau rata-rata 64 orang pasien per bulan, tetapi jumlah pasien yang menggunakan layanan homecare belum diketahui secara pasti. Dengan demikian jumlah prevalensi kasus stroke di Kota dan Kabupaten Bandung yang berasal dari kedua rumah sakit tersebut cukup tinggi dan bisa dipastikan kebutuhan atas layanan homecare juga cukup tinggi.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada pertengahan bulan April sampai dengan pertengahan bulan Mei 2023 dengan menyebarkan kuesioner kepada 60 orang keluarga pasien pasca stroke yang terdiri dari 30 orang keluarga pasien pasca stroke di wilayah Kota Bandung yang mendapatkan pelayanan homecare dari petugas RS Al Islam Bandung dan 30 orang keluarga pasien pasca stroke di wilayah Kabupaten Bandung dari RS Al Ihsan Provinsi Jawa Barat diperoleh gambaran seperti terlihat pada tabel 3.2 dibawah ini:

Tabel 3.2: Gambaran Pengetahuan Keluarga tentang stroke dan Penanganannya di Rumah serta Layanan Home care di Kota dan Kabupaten Bandung

| No. | Aspek yang ditanyakan | Jawaban | | | | Jumlah | |
|-----|---|---------|------|-------|------|--------|-----|
| | | Tahu | | Tidak | | | |
| | | f | % | f | % | f | % |
| 1. | Komplikasi yang sering terjadi pada pasien pascastroke | 60 | 100 | 0 | 0 | 60 | 100 |
| 2. | Perlu/tidaknya pasien pascastroke mendapatkan penanganan di rumah menurut pendapat keluarga. | 60 | 100 | 0 | 0 | 60 | 100 |
| 3. | Dampak fisik dan psikologis yang dirasakan keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah | 51 | 85 | 9 | 15 | 60 | 100 |
| 4. | Kesiapsediaan keluarga untuk melanjutkan penanganan pasien pascastroke di rumah. | 30 | 50 | 30 | 50 | 60 | 100 |
| 5. | Pengetahuan adanya layanan homecare untuk pasien pascastroke di rumah | 47 | 78.3 | 13 | 21.7 | 60 | 100 |
| 6. | Perlu dan pentingnya diadakan layanan homecare untuk pasien pascastroke. | 60 | 100 | 0 | 0 | 60 | 100 |
| 7. | Manfaat dan kepuasan atas layanan homecare yang dilakukan selama ini. | 45 | 75 | 15 | 25 | 60 | 100 |
| 8. | Kesiapan keluarga membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan homecare. | 30 | 50 | 30 | 50 | 60 | 100 |
| 9. | Pentingnya peran dukungan keluarga dalam menangani pasien pascastroke. | 58 | 96.7 | 2 | 3.3 | 60 | 100 |
| 10. | Keterlibatan secara aktif keluarga dalam menangani pasien pascastroke di rumah | 60 | 100 | 0 | 0 | 60 | 100 |

Sumber: hasil Analisa data peneliti

Tabel 3.2 di atas memperlihatkan bahwa pengetahuan responden terkait dengan jenis komplikasi yang sering dialami pasien stroke dan perlunya penanganan lebih lanjut pada pasien pasca stroke di rumah seluruhnya (100 %) sudah mengetahui dengan baik dan benar. Hampir seluruh responden (85 %) merasakan dampak yang dialaminya selama menangani pasien stroke di rumah, seperti: cape, lelah, bosan dan cemas, sehingga sebagian dari mereka menyatakan siap untuk melanjutkan menangani/merawat pasien pasca stroke di rumah dan sebagian lagi menyatakan tidak siap dengan berbagai alasan. Kemudian seluruh

(100 %) responden mengetahui bahwa layanan homecare itu penting dilakukan untuk pasien pasca stroke di rumah. Seluruh (100 %) responden juga mengetahui/menyadari perlunya keterlibatan aktif keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah dan hampir seluruhnya (96,7 %) mengetahui pentingnya peran keluarga dalam mendukung penanganan pasien pasca stroke di rumah.

Sayangnya meskipun responden menganggap penting terhadap layanan homecare bagi pasien pasca stroke di rumah tetapi terdapat sebagian (50 %) dari mereka menyatakan tidak siap untuk membayar biaya tambahan apabila memanfaatkan layanan homecare. Disamping itu masih ada sebagian kecil (21,7 %) dari responden yang tidak mengetahui adanya layanan homecare dan sebagian kecil (25 %) dari yang sudah memanfaatkan layanan homecare selama ini juga tidak mengetahui manfaat layanan homecare serta merasa tidak puas atas jasa layanan homecare yang diterima mereka selama ini.

Hasil studi pendahuluan di atas menunjukkan masih perlu adanya upaya lain untuk membantu keluarga agar lebih mampu menangani pasien pasca stroke di rumah salah satunya dengan meningkatkan kemandirian keluarga dengan cara keluarga diajak untuk lebih berpartisipasi secara aktif mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan sampai dengan evaluasi sehingga pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga lebih meningkat, dimana hal ini pada dasarnya merupakan implementasi dari metode pembelajaran partisipatif.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian ini seluruh keluarga pasien pasca stroke yang berada di wilayah Kota dan Kabupaten Bandung dimana datanya berasal dari dua tempat layanan home care rumah sakit, yaitu rumah sakit Al Islam Bandung dan rumah sakit Al Ihsan Kabupaten Bandung. Jumlah populasi pasien pasca stroke yang menjalani layanan homecare di RS Al Islam tahun 2022 adalah 488 orang sedangkan data jumlah pasien yang menjalani homecare di RS Al Ihsan belum diketahui secara pasti, tetapi berdasarkan jumlah pasien yang menjalani rawat

inap tahun 2022 sebanyak 769 orang dan sebagian kecil (sekitar 25 %) dari pasien stroke yang sudah mendapatkan layanan homecare oleh petugas, sedangkan sisanya sebagian besar pasien masih belum memanfaatkan layanan homecare pasca perawatan di rumah sakit.

Sedangkan sampel pada penelitian ini adalah bagian dari keluarga pasien pasca stroke di wilayah Kota dan Kabupaten Bandung yang datanya berasal dari dua tempat layanan home care rumah sakit, yaitu rumah sakit Al Islam Bandung dan RSUD Al Ihsan Kabupaten Bandung yang terpilih berdasarkan hasil *sampling* dan setiap keluarga akan diwakili oleh seorang dari anggota keluarganya yang memenuhi kriteria sampel. Teknik *sampling* akan menggunakan *purposive sampling*.

Kriteria inklusi keluarga pada penelitian ini adalah:

- 1) Anggota keluarga yang ditugaskan oleh keluarganya untuk menangani dan merawat pasien, tidak dibatasi oleh karena ikatan pernikahan atau keturunan.
- 2) Usia anggota keluarga berkisar antara 21 – 60 tahun.
- 3) Anggota keluarga tinggal serumah dan sehari-hari menangani pasien pasca stroke.
- 4) Anggota keluarga bersedia secara sukarela menjadi subyek dalam penelitian ini.
- 5) Anggota keluarga bisa membaca, menulis, mendengar dan berkomunikasi dengan baik.

Kriteria eksklusi anggota keluarga pada penelitian ini adalah keluarga yang tinggal serumah dengan pasien tetapi:

- 1) Memiliki kendala fisik/jasmani dan rohani untuk menjadi subyek penelitian.
- 2) Tidak diijinkan oleh anggota keluarga lain untuk menjadi subyek penelitian.
- 3) Tidak mampu menggunakan smartphone.

Mengingat penelitian ini menggunakan keluarga pasien sebagai sampel, maka ditetapkan kriteria dari pasien yang mendapatkan perlakuan dari sampel

keluarga tersebut. Adapun kriteria inklusi pasien stroke pada penelitian ini adalah:

- 1) Kondisi pasien stabil
- 2) Pasien sedang menjalani penanganan lebih lanjut di rumah.
- 3) Bersedia secara sukarela berpartisipasi dalam penelitian
- 4) Diizinkan oleh keluarga untuk menjadi subyek penelitian

Sedangkan kriteria eksklusi pasien adalah:

- 1) Pasien yang sudah mengalami serangan stroke lebih dari 3 kali
- 2) Pasien tidak kooperatif untuk mengikuti penelitian

Jumlah sampel akan dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda rata-rata pada 1 kelompok sebelum dan sesudah intervensi dimana pengukuran kedua bergantung pada pengukuran pertama. Hasil perhitungan besar sampel yaitu:

$$n = \left\{ \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})S}{X_1 - X_2} \right\}^2$$

$$n = \left\{ \frac{(1,64 + 1,28)15}{8} \right\}^2$$

$n = 29,98$ atau dibulatkan menjadi 30 orang

Keterangan

n = Besar sampel

Z_{α} = 1,64 (5%)

Z_{β} = 1,28 (10%)

S = Simpangan Baku : 15

$X_1 - X_2$ = Selisih minimal yang dianggap bermakna : 8

3.4 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini terdapat 2 variabel, yaitu:

1. Variabel independen: model hipotetik layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif.

Model ini merupakan model yang akan dikembangkan dengan mengacu pada langkah-langkah pembelajaran partisipatif menurut Sudjana (2001:73) dalam Mundir (2021:31-47) yaitu terdapat 6 langkah operasional yang mesti ditempuh dalam mengembangkan model pembelajaran partisipatif. Keenam tahapan-tahapan itu adalah: (1) pembinaan keakraban; (2) identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan; (3) perumusan tujuan belajar; (4) penyusunan program kegiatan belajar; (5) pelaksanaan kegiatan pembelajaran; dan (6) penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran. Ke enam tersebut secara umum sebenarnya terbagi ke dalam 3 tahap, yaitu:

- a. Tahap Perencanaan pembelajaran, yang mencakup langkah:
 - 1) pembinaan keakraban
 - 2) identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan
 - 3) perumusan tujuan belajar
- b. Tahap pelaksanaan pembelajaran, yang mencakup langkah:
 - 4) Penyusunan program kegiatan belajar, yaitu penetapan tujuan, materi, metoda, media dan rencana evaluasi.
 - 5) Pelaksanaan kegiatan pembelajaran

Rencananya dalam pengembangan model pembelajaran partisipatif ini akan didasari oleh konsep pembelajaran orang dewasa dan akan dilakukan pada:

- a) Pemilihan isi materi pembelajaran, yaitu didasarkan pada hasil wawancara kebutuhan keluarga terkait penanganan pasien stroke di rumah dengan sumber materi mengacu Buku Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Stroke (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013:25-26) atau sumber lain yang relevan dengan topik yang dibutuhkan oleh keluarga.
- b) Pemilihan metoda pembelajaran yaitu metode yang fleksibel sesuai situasi, kondisi dan potensi yang dimiliki oleh keluarga berdasarkan hasil studi pendahuluan (wawancara dan observasi).

- c) Pemilihan media, yaitu akan dilengkapi tayangan video melalui youtube terutama hal-hal yang terkait dengan keterampilan keluarga dalam memberi makan, minum, membersihkan pampers dari bekas pembuangan kotoran BAB/BAK, memandikan, mengganti/melepas baju, perubahan posisi tidur dan Latihan pergerakan sendi. Disamping itu akan dibuatkan grup di media sosial sebagai salah satu cara untuk menyampaikan pesan berupa pertanyaan/keluhan/kesulitan/ hambatan yang dialami oleh keluarga dalam menangani pasien, dalam bentuk group *Whatsapp* (WA) atau grup media sosial lainnya sesuai dengan kemampuan keluarga pasien.
- c. Tahap evaluasi pembelajaran, yaitu langkah 6) penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran.
2. Variabel dependen: tingkat kemandirian keluarga berdasarkan pada aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan.

Variabel ini diukur dengan menggunakan instrumen yang dikembangkan sendiri oleh peneliti dengan merujuk pada literatur yang terkait dengan pedoman pengendalian stroke dari Kementerian Kesehatan, konsep pembelajaran partisipatif, tugas Kesehatan keluarga dan instrumen terstandar untuk menilai level/tingkatan keluarga mandiri yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006 tanggal 21 April 2016, tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas. Menurut ketentuan dalam pedoman tersebut terdapat 7 kriteria untuk melihat tingkat kemandirian keluarga, yaitu: (1) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat; (2) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan; (3) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar, (4) Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran, (5) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan; (6) Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif; dan (7) Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

Merujuk kepada kriteria dari setiap tingkatan Keluarga Mandiri tersebut di dalamnya tampak adanya aspek pengetahuan (kognitif) yang harus diketahui dan dipahami keluarga yaitu dengan keluarga tahu dan mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar. Kemudian pada aspek psikomotor (keterampilan) tampak dari kriteria kemampuan keluarga dalam merawat pasien, memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan, melaksanakan tindakan pencegahan dan promotif. Sedangkan dari aspek sikap tampak dari kriteria menerima kehadiran petugas Kesehatan dan sikap bersedia melakukan upaya promotif dan preventif bagi dirinya dan kepada pasien.

3.5 Instrumen Penelitian

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data Kuantitatif. Data kuantitatif yang dikumpulkan meliputi: kondisi empirik tingkat pengetahuan dalam menangani pasien pasca stroke, sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga sebelum dan sesudah diberikan intervensi model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif.

Instrumen yang dipakai untuk memperoleh data primer adalah: (1) *questionnaire* pengetahuan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah; (2) *questionnaire* sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah, (3) pedoman ceklis observasi untuk mengukur kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga berdasarkan pada beberapa tindakan dasar dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien. Hasil dari pengukuran data melalui instrumen tersebut akan dipakai untuk menentukan keefektifan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif yang diimplementasikan pada keluarga pasien pasca stroke di rumah.

Sumber data terdiri dari sumber data primer dan sumber data sekunder. Data primer berupa data yang diperoleh langsung dari responden dengan wawancara dari bersangkutan, data hasil pengisian *questionnaire* pengetahuan dan sikap serta data hasil observasi langsung kemampuan keluarga oleh peneliti. Wawancara akan dipergunakan jika terdapat hal-hal yang belum terungkap secara lisan dari

questionnaire dan ceklis observasi. Wawancara juga akan dipergunakan pada saat konsultasi dengan para pakar terkait dengan draft model awal yang dikembangkan.

Selain itu terdapat sumber data sekunder merupakan data yang sifatnya melengkapi data primer, yang diperoleh melalui dokumentasi atau berupa laporan dari catatan petugas home care dari dua rumah sakit tempat lokasi penelitian ini dilakukan yaitu rumah sakit Al Islam Bandung dan rumah sakit Al Ihsan Bandung dan data dari riset-riset sebelumnya.

Jenis-jenis instrumen yang dipergunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. *Questionnaire*, dilakukan untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah dan sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah. Instrument pengetahuan dan sikap dibuat dan dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan literatur/kajian Pustaka dan sebelum dipergunakan instrument akan diuji tes validitas dan reliabilitas instrumen terlebih dahulu. Hasil tes validitas instrumen pengetahuan adalah 0,893 – 0,914 dan reliabilitasnya adalah 0,907 sedangkan untuk hasil tes validitas instrumen sikap adalah 0,878 - 0,900 dan reliabilitasnya 0,892 sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua instrument tersebut valid dan reliabel untuk digunakan.
2. *Ceklis Observasi*, dilakukan untuk mengumpulkan data keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga yang difokuskan kepada kemampuan keluarga melaksanakan tindakan dasar dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien, yaitu: memandikan, menggosok gigi, mencuci rambut, mengganti baju, mengganti pampers, memberi makan/minum, merubah posisi dan melakukan Latihan pergerakan sendi serta melatih wicara secara sederhana. Untuk instrumen ini akan menggunakan ceklis observasi dari standar operasional prosedur (SOP) dari masing-masing keterampilan/tindakan tersebut yang sudah baku dan sebelum dipergunakan instrument akan diuji tes validitas dan reliabilitas instrumen terlebih dahulu. Hasil tes validitas instrumen keterampilan adalah 0,885 – 0,903 dan reliabilitas

nya adalah 0,898, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrument keterampilan tersebut valid dan reliabel untuk digunakan.

3. Pedoman wawancara, dilakukan untuk memperoleh informasi atau data yang lebih rinci dan mendalam tentang: 1) kondisi pasien dan keluarga, 2) keluhan/masalah/kesulitan/ hambatan yang sering dirasakan oleh keluarga pada saat menangani pasien selama ini di rumah, 3) keinginan, harapan dan optimisme keluarga dalam menangani pasien pasca stroke, dan 4) meminta masukan/saran dari pakar pada saat konsultasi penyusunan instrumen dan pengembangan model.
4. Studi dokumentasi, yaitu untuk melengkapi data yang bersifat dokumen, riwayat kesehatan pasien, dll. yang diperlukan untuk kelengkapan data penelitian. Untuk itu, kegiatan studi dokumentasi dilakukan pada dua tempat layanan homecare rumah sakit yaitu rumah sakit Al Islam Bandung dan rumah sakit Al Ihsan Bandung.

Untuk lebih jelas dan lengkapnya instrumen yang dipergunakan pada penelitian ini dapat dilihat pada Kisi-kisi instrumen seperti dijelaskan pada tabel 3.3 di bawah ini:

Tabel 3.3: Kisi-kisi Instrumen Penelitian

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|--|--|--|---|
| 1. | Deskripsi Kondisi Awal penanganan pasien pasca stroke di rumah dan layanan homecare. | Pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah dan kondisi layanan homecare saat ini. | 1. Pengetahuan keluarga tentang penanganan stroke dan layanan homecare | 1) Definisi stroke dan homecare 2) Faktor resiko terjadinya stroke 3) Tanda dan Gejala Stroke 4) Penanganan stroke secara primer di rumah (di keluarga/ masyarakat) 5) Penanganan stroke secara sekunder di rumah (di keluarga/ masyarakat) 6) Penanganan pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien stroke oleh keluarga di rumah 7) Tujuan homecare |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|----------|-------------------|--|---|
| | | | | 8) Manfaat homecare |
| | | | | 9) Karakteristik dari layanan homecare |
| | | | | 10) Jenis ketenagaan pada layanan homecare |
| | | | | 11) Persyaratan pasien untuk mendapatkan layanan homecare |
| | | | | 12) Prosedur layanan homecare |
| | | | | 13) Tindakan yang dilakukan pada layanan homecare |
| | | | 2. Sikap keluarga tentang penanganan pasca stroke di rumah dan layanan homecare | 1) Sikap kognitif keluarga tentang penanganan pasca stroke di rumah dan layanan homecare |
| | | | | 2) Sikap Afektif keluarga tentang penanganan pasca stroke di rumah dan layanan homecare |
| | | | | 3) Sikap konatif keluarga tentang penanganan pasca stroke di rumah dan layanan homecare |
| | | | 3. Keterampilan keluarga dalam melaksanakan penanganan pasien pasca stroke di rumah yang merupakan bagian dari tindakan pada layanan homecare, fokus pada upaya pemenuhan kebutuhan sehari-hari. | 1) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri, terdiri dari: a) Memandikan pasien di tempat tidur b) Menggosok gigi pasien di tempat tidur c) Mencuci rambut pasien di tempat tidur |
| | | | | 2) Pemenuhan kebutuhan eliminasi buang air kecil/ buang air besar, yaitu: cara membersihkan genitalia pasien dan selang kateter |
| | | | | 3) Pemenuhan kebutuhan nutrisi: makan dan minum terdiri dari: a) Cara memberi makan/ minum melalui selang NGT b) Cara memberi obat melalui NGT |
| | | | | 4) Pemenuhan pencegahan komplikasi dari tirah baring lama akibat stroke, terdiri dari: |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|---|-------------------|--|---|
| | | | | a) Cara melakukan perubahan posisi tidur pasien b) Cara melakukan Latihan pergerakan otot secara pasif 5) Pemenuhan kebutuhan komunikasi/wicara secara sederhana |
| 2. | Desain konseptual model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif | Komponen Model | 1. Rasionalisasi perlunya model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif 2. Asumsi yang mendasari model homecare berbasis pembelajaran partisipatif 3. Tujuan perlu dikembangkan nya model layanan home care berbasis pembelajaran partisipatif. 4. Prinsip pembelajaran partisipatif dalam melaksanakan model layanan homecare pada pasien pasca stroke di rumah 5. Strategi pembelajaran partisipatif yang digunakan dalam melaksanakan layanan homecare pada pasien pasca stroke di rumah 6. Prosedur/tahapan pembelajaran partisipatif yang harus dilaksanakan | 1) Alasan teoritis perlunya model ini dikembangkan 2) Alasan praktis perlunya model ini dikembangkan. 1) Hal-hal yang menjadi dasar pertimbangan teoritis 2) Hal-hal yang menjadi dasar pertimbangan praktis/ fakta di lapangan. 1) Prinsip kebersamaan diantara warga belajar 2) Prinsip berorientasi pada tujuan dan manfaat. 3) Prinsip penggunaan sumber sarana dan prasarana yang ada 4) Prinsip yang berorientasi dari pengalaman warga belajar 1) Strategi warga belajar sebagai pusat pembelajaran 2) Strategi kebersamaan dan menghargai diantara warga belajar 3) Strategi pemberian penguatan 1) Identifikasi kebutuhan 2) Perumusan tujuan dan perumusan rencana 3) Pelaksanaan pembelajaran |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|--|--|--|--|
| | | | dalam memberikan layanan homecare pada pasien pasca stroke di rumah | 4) Evaluasi pembelajaran |
| | | | 7. Kompetensi yang diperlukan untuk merancang model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif | 1) Pemberian tambahan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan 2) Perlunya kunjungan petugas homecare untuk memastikan ketepatan penanganan yang sudah dilakukan sesuai dengan yang diedukasi. |
| | | | 8. Indikator keberhasilan dari model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien pasca stroke di rumah. | a) Kemampuan keluarga dalam aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan tugas Kesehatan keluarga b) Kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah |
| 3. | Implementasi Model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif | Perencanaan metoda pembelajaran partisipatif | 1. Pembinaan keakraban | 1) Melakukan perkenalan dengan keluarga dan pasien 2) Membina hubungan saling percaya antara petugas dengan keluarga pasien. 3) Menjelaskan maksud dan tujuan kepada keluarga. |
| | | | 2. Identifikasi Kebutuhan, Sumber, dan Kemungkinan Hambatan | 4) Melakukan <i>need assessment</i> kebutuhan belajar dari keluarga terkait dengan penanganan pasien pasca stroke di rumah. 5) Menganalisis pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam menangani pasien pasca stroke. 6) Mengidentifikasi sumber daya, sarana dan prasarana yang dimiliki keluarga dan dapat digunakan untuk mendukung PBM 7) Bersama keluarga menggali potensi hambatan/ kendala yang mungkin timbul. 8) Bersama keluarga membuat rencana antisipasi atas |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|----------|--|--|--|
| | | | | hambatan/kendala yang mungkin timbul selama PBM |
| | | | 3. Perumusan Tujuan Pembelajaran | 9) Merumuskan tujuan PBM untuk setiap topik yang dibutuhkan atas persetujuan keluarga 10) Menetapkan parameter keberhasilan/ketercapaian |
| | | | 4. Penyusunan Program Kegiatan belajar | 11) Menyusun uraian materi pembelajaran sesuai dengan kebutuhan keluarga 12) Menetapkan metode dan strategi PBM yang sesuai dengan kondisi keluarga. 13) Memilih media PBM yang tepat sesuai dengan situasi dan kondisi keluarga. 14) Menetapkan waktu yang dibutuhkan untuk setiap kegiatan PBM sesuai dengan kesepakatan keluarga. 15) Menyepakati rencana yang telah dibuat bersama keluarga dan pasien. |
| | | Pelaksanaan metoda pembelajaran partisipatif | Pelaksanaan Kegiatan Pembelajaran | 16) Kegiatan Pendahuluan: a. Salam dan Perkenalan b. Apersepsi c. Eksplorasi pengetahuan dan pengalaman keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah d. Keluarga mengajak pasien untuk mengikuti kegiatan edukasi yang dilaksanakan. 17) Kegiatan Inti Pembelajaran: a. Keluarga memotivasi pasien untuk terlibat aktif dalam kegiatan edukasi. b. Keluarga memberikan paparan materi kepada pasien dengan memakai metoda dan media yang sesuai dengan kondisi pasien. c. Keluarga dan pasien diberi kesempatan untuk diskusi dibawah bimbingan dari fasilitator. |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|--|--|--|--|
| | | | | <p>d. Keluarga dan pasien secara bersama-sama melakukan keterampilan yang telah disampaikan/dicontohkan dengan pendampingan oleh fasilitator sampai mampu melakukannya sendiri.</p> <p>18) Penutup:</p> <p>a. Keluarga dan pasien diberikan kesempatan untuk menyampaikan perasaan/pengalamannya melaksanakan PBM.</p> <p>b. Keluarga dan pasien bersama-sama menyimpulkan PBM yang telah dilaksanakan.</p> <p>c. Keluarga dan pasien diberikan penguatan dan apresiasi oleh fasilitator.</p> <p>d. Fasilitator mencatat hasil kegiatan PBM.</p> |
| | | Evaluasi/Penilaian Proses, Hasil, dan Pengaruh Kegiatan pembelajaran metoda pembelajaran partisipatif | 5. Penilaian Proses, Hasil, dan Pengaruh Kegiatan Pembelajaran. | <p>19) Bersama keluarga dan pasien menyepakati metode/cara evaluasi yang akan digunakan</p> <p>20) Bersama keluarga dan pasien melaksanakan evaluasi pada akhir setiap kegiatan PBM</p> <p>21) Menilai tingkat kemampuan dan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke</p> <p>22) Mengevaluasi dampak kegiatan pembelajaran partisipatif terhadap kemajuan penyembuhan pasien</p> |
| 4. | Efektifitas model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif dalam menangani pasien pasca | Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan dan tingkat kemandirian dalam menangani pasien pasca stroke di rumah | 1. Kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas Kesehatan pada pasien pasca stroke di rumah | <p>1) Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya</p> <p>2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat</p> <p>3) Keluarga mampu memberikan keperawatan pada anggota keluarganya yang sakit</p> |

| No | Variabel | Aspek yang Dikaji | Indikator/ Deskriptor | Sub Indikator |
|----|-----------------|-------------------|--|---|
| | stroke di rumah | | | 4) Keluarga mampu memodifikasi suasana dirumah |
| | | | | 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada |
| | | | 2. Kemandirian Keluarga dalam menangani Pasien Pasca Stroke di rumah | 6) Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat. |
| | | | | 7) Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan. |
| | | | | 8) Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar. |
| | | | | 9) Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran. |
| | | | | 10) Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan. |
| | | | | 11) Melaksanakan upaya pencegahan dengan aktif. |
| | | | | 12) Melaksanakan upaya promotif secara aktif. |

Sebelum instrumen penelitian ini dipergunakan akan dilakukan terlebih dahulu uji coba instrumen dan hasilnya akan dilakukan tes validitas dan reliabilitas. Meskipun demikian tidak semua instrumen diujicobakan, karena tidak semua instrumen perlu diuji validitas dan reliabilitasnya secara statistik. Pedoman pengukuran tingkat kemandirian tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena instrumennya sudah terstandar, sedangkan untuk pedoman wawancara, observasi, dan dokumentasi uji validitasnya berdasarkan kajian teoritis dan praktis. Selanjutnya Instrumen yang digunakan untuk mengungkap pengetahuan dan sikap keluarga pasien dilakukan uji coba, diukur validitas dan reliabilitasnya secara statistik.

Uji Validitas untuk item pertanyaan pengetahuan digunakan rumus *point biserial* sedangkan Uji validitas item pernyataan digunakan teknik korelasi *item-total product moment* dengan menggunakan rumus (Arikunto, 2002:72):

$$r_{XY} = \frac{n \sum_{i=1}^n X_i Y_i - \left(\sum_{i=1}^n X_i \right) \left(\sum_{i=1}^n Y_i \right)}{\sqrt{\left(n \sum_{i=1}^n X_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n X_i \right)^2 \right) \left(n \sum_{i=1}^n Y_i^2 - \left(\sum_{i=1}^n Y_i \right)^2 \right)}}$$

Keterangan:

r_{XY} = Koefisien korelasi antara variabel X dan variabel Y

X = Item soal yang dicari validitasnya

Y = Skor total yang diperoleh sampel

Hasil tes validitas instrumen pengetahuan adalah 0,893 – 0,914 dan reliabilitasnya adalah 0,907 sedangkan untuk hasil tes validitas instrumen sikap adalah 0,878 - 0,900 dan reliabilitasnya 0,892 sehingga dapat disimpulkan bahwa kedua instrument tersebut valid dan reliabel untuk digunakan. Kemudian hasil tes validitas instrumen keterampilan adalah 0,885 – 0,903 dan reliabilitasnya adalah 0,898, sehingga dapat disimpulkan bahwa instrument keterampilan tersebut valid dan reliabel untuk digunakan.

3.6 Prosedur Penelitian

1. Tahap *Defined*

Pada tahap ini dilaksanakan studi dokumentasi untuk mencari data-data jumlah pasien stroke pada berbagai level dari data stroke di dunia, di Indonesia, Provinsi Jawa Barat, dan di Kota serta Kabupaten Bandung yang datanya diwakili oleh pasien stroke yang berasal dari rumah sakit RS Al Islam dan RS Al Ihsan. Selain itu dilakukan studi Pustaka/studi literatur dengan mencari hasil-hasil penelitian sebelumnya dari berbagai Jurnal Ilmiah dengan menggunakan aplikasi *Publish and Perish*. Selanjutnya dilakukan studi pendahuluan untuk memperoleh data empirik tentang kondisi keluarga pasien pasca stroke, terutama adalah mengeksplorasi pengetahuan, sikap dan keterampilan mereka dalam menangani pasien pasca stroke selama ini di rumah. Kemudian data dikumpulkan dan diurai dalam bentuk deskriptif analisis agar diperoleh gambaran yang menyeluruh tentang bagaimana keluarga melakukan penanganan pasien sesuai dengan apa yang mereka tahu dan bagaimana mereka

menghadapi kesulitan/hambatan tersebut serta pendalaman tentang situasi, kondisi dan potensi yang selama ini digunakan sehingga secara langsung dapat diketahui tingkat kemandirian keluarga tersebut. Seiring dengan itu, dilakukan kajian teori-teori yang terkait dengan strategi pembelajaran partisipatif. Untuk itu, pada kegiatan studi pendahuluan ini, dibagi menjadi tiga langkah, sebagai berikut:

- a. Persiapan, yaitu mempersiapkan berbagai perangkat studi pendahuluan, seperti surat izin kepada rumah sakit Al Islam Kota Bandung dan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat, serta instrumen-instrumen pengumpul data (pedoman wawancara); literatur yang relevan dan informasi-informasi yang diperlukan, seperti kontak person atau identitas keluarga pasien dan pihak-pihak yang terkait.
 - b. Observasi lapangan dan pendalaman, observasi dilakukan untuk melihat langsung keadaan pasien dan keluarga di rumahnya masing-masing.
 - c. Analisis kebutuhan, dilakukan untuk mengidentifikasi kebutuhan strategi pengembangan model pembelajaran partisipatif terutama terkait dengan metoda, materi dan media yang dipergunakan sesuai dengan hasil kajian awal. Dari hasil analisis tersebut diperoleh gambaran metode yang cocok, materi yang sesuai dengan kebutuhan keluarga dan media yang bisa dipakai, sehingga keluarga dan peneliti bisa menetapkan tujuan pembelajaran.
2. Tahap Perancangan (*Design*)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, selanjutnya dilakukan Langkah pembuatan desain dan pengembangan untuk menyusun model desain konseptual tentang model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif. Model konseptual ini dikembangkan dalam konteks pembelajaran orang dewasa dengan asumsi bahwa pembelajaran akan lebih bermakna bila didasarkan atas pengalaman dan kebutuhannya serta dengan asumsi bahwa keluarga memiliki potensi untuk berkembang apabila difasilitasi dan diberi dorongan untuk mengembangkan dirinya. Untuk itu, pengembangan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif yang diterapkan adalah mengacu pada

Langkah-langkah yang dikemukakan oleh Sudjana (2001:73) terdapat 6 langkah operasional yang mesti ditempuh dalam pengembangan model pembelajaran partisipatif. Keenam langkah itu adalah: (1) pembinaan keakraban; (2) identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan; (3) perumusan tujuan belajar; (4) penyusunan program kegiatan belajar; (5) pelaksanaan kegiatan pembelajaran; dan (6) penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran. Keenam Langkah itu terbagi ke dalam 3 tahap pembelajaran partisipatif, yaitu:

- a. Langkah-langkah pada tahap Perencanaan, meliputi:
 - (1) pembinaan keakraban
 - (2) identifikasi kebutuhan, sumber, dan kemungkinan hambatan
 - (3) perumusan tujuan belajar
 - b. Langkah-langkah pada tahap Pelaksanaan, meliputi:
 - (4) penyusunan program kegiatan belajar;
 - (5) pelaksanaan kegiatan pembelajaran;
 - c. Langkah-langkah pada tahap Evaluasi:
 - (6) penilaian proses, hasil dan pengaruh kegiatan pembelajaran.
3. Tahap Pengembangan (*Develop*). Pada tahap ini dilakukan Validasi, ujicoba, dan Revisi Model Konseptual, dengan langkah-langkah sebagai berikut:
- a. Validasi Model Konseptual

Validasi model konseptual dilakukan untuk menilai apakah desain pengembangan layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif yang telah dibuat layak untuk diterapkan, untuk itu perlu dilakukan pengkajian dan diskusi dengan para ahli atau praktisi yang relevan, antara lain pakar Pendidikan Pendidikan masyarakat, pakar keperawatan medikal bedah dan praktisi yang memberikan layanan *homecare*. Validasi yang dilakukan adalah terhadap komponen model yaitu: 1) Rasional, 2) asumsi, 3) tujuan, 4) prinsip, 5) strategi, 6) prosedur, 7) kompetensi dan 8) indikator keberhasilan pelaksanaan model. Validasi usulan model konseptual dilaksanakan dengan

metode *Focus Group Discussion* (FGD), hasilnya ada beberapa masukan/saran untuk memperbaiki usulan model tersebut. Masukan tersebut langsung ditindaklanjuti sehingga menghasilkan model konseptual hasil validasi tim pakar.

b. Uji coba dan Revisi Model Konseptual

Uji coba dilakukan dengan menggunakan draft model konseptual kepada 3 orang responden (uji coba terbatas/ujicoba kesatu). Hasil analisisnya menunjukkan terdapat beberapa temuan yang mengharuskan usulan/draft model konseptual tersebut harus direvisi sesuai dengan temuan/kondisi real pada saat uji coba terbatas tersebut sehingga dilakukan revisi Kembali. Selanjutnya dilakukan uji coba kembali (ujicoba lingkup lebih luas/ujicoba kedua) kepada 6 orang responden yang berbeda. Hasilnya kemudian dilakukan penelaahan terdapat temuan penting untuk kesempurnaan model sehingga dilakukan revisi kembali. Selanjutnya, atas dasar hasil revisi model konseptual yang kedua tersebut didapatkan model hipotetik pengembangan dari penelitian ini untuk diimplementasikan.

c. Tahap implementasi model merupakan kegiatan pengujian model hipotetik yang dilakukan terhadap subjek penelitian dengan menggunakan desain kuasi eksperimen *one group T-test without control group*, yang digambarkan sebagai berikut:



Tahap implementasi ini dilaksanakan untuk mengukur keefektifan model berdasarkan peningkatan tingkat pengetahuan dalam menangani pasien pasca stroke, sikap kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah dan keterampilan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga sebelum dan sesudah diberikan intervensi model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif.

d. Tahap evaluasi, pada penelitian ini dilakukan dengan meminta testimoni

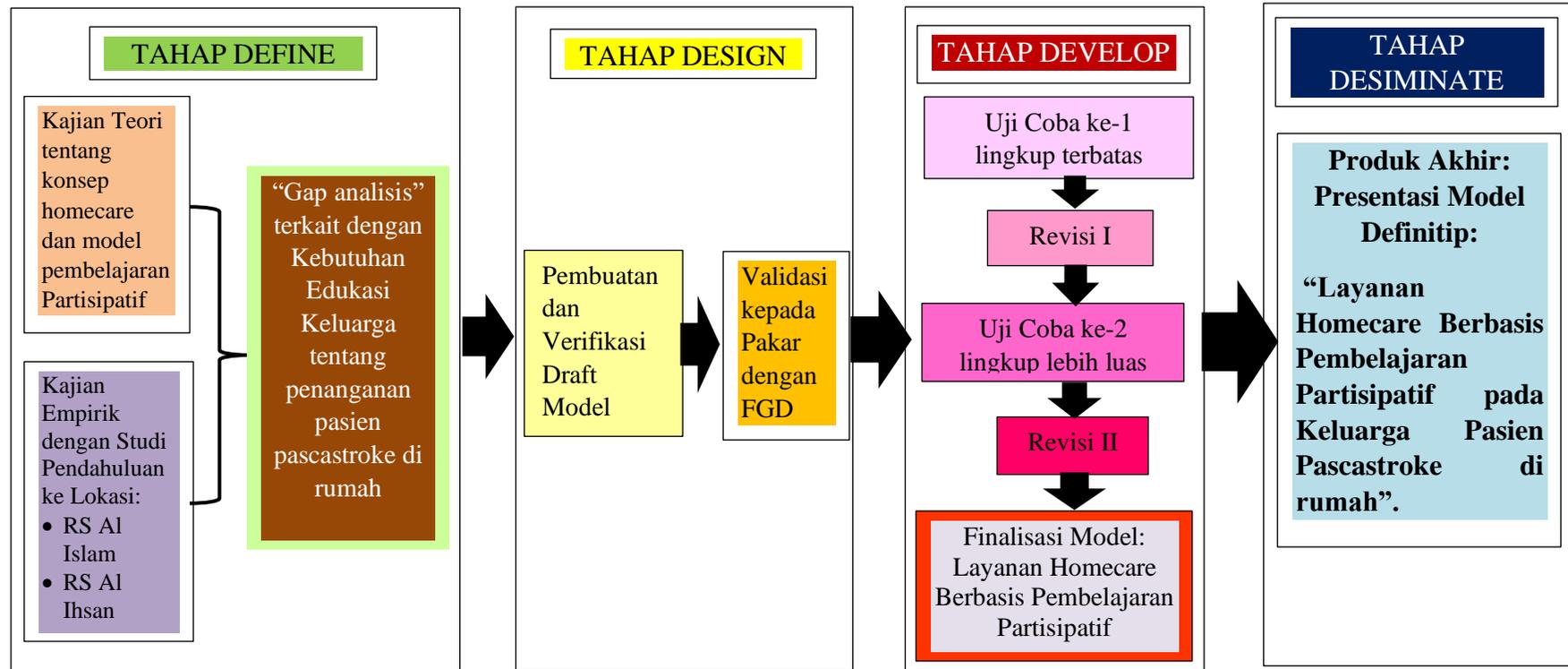
kepada keluarga pasien pasca stroke yang mendapatkan intervensi model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif. Tujuan akhir evaluasi penelitian ini yaitu untuk melihat keefektifan model dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah. Pengukuran keefektifan dari model ini didasarkan pada data qualitative dan quantitative yang berasal responden yang mengikuti uji coba model yaitu sebanyak 9 orang. Pengukuran keefektifannya dilakukan dengan pretest dan post-test dengan menggunakan analisis statistic paired T-test.

4. Tahap Finalisasi Pembuatan Model Definitif atau tahap *Disseminate*

Pada tahap ini akan dibuat rumusan akhir atau tahap pembuatan model definitif layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif bagi pasien pasca stroke di rumah. Model definitif yang dihasilkan dari penelitian ini kemudian disampaikan pada Ujian sidang Disertasi.

Ke empat langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut seperti yang terlihat pada gambar 3.3 di bawah ini:

Langkah-Langkah/Prosedur Penelitian:



Gambar 3.3 Penerapan 4 langkah prosedur penelitian R & D pada Penelitian Pengembangan Model Layanan Homecare Berbasis Pembelajaran Partisipatif pada Keluarga Pasien Pascastroke di Rumah.

3.7 Analisis Data

3.7.1. Analisis Data Kuantitatif

a. Analisis Univariate

Analisis univariate digunakan untuk menggambarkan masing-masing kondisi pengetahuan, sikap dan keterampilan terkait dengan stroke dan penanganannya, layanan homecare dan pembelajaran partisipatif, serta kemandirian keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah, dengan menggunakan rumus prosentase dan tendensi sentral yaitu: nilai rerata, standar deviasi, nilai median, nilai maksimal dan nilai minimal.

Interpretasi untuk hasil dari hasil analisis univariate dengan rumus prosentase menggunakan ketentuan dari Suharsimi Arikunto (2013), yaitu sebagai berikut:

| | |
|-------------|------------------------|
| 100 % | : seluruhnya |
| 76 % - 99 % | : hampir seluruhnya |
| 51 % - 75 % | : sebagian besar |
| 50 % | : setengah/sebagiannya |
| 26 % - 49 % | : hampir setengahnya |
| 1 % - 25 % | : sebagian kecil |
| 0 % | : tidak satu pun |

b. Analisis Bivariate

Analisis bivariate digunakan untuk menguji efektifitas pengembangan model pembelajaran partisipatif berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga dalam menangani pasien pasca stroke di rumah, yang dilakukan pada penelitian adalah uji statistik Paired T-test. Uji statistic ini adalah untuk melihat peningkatan kemandirian keluarga yang dilakukan mengingat dari hasil uji normalitas data menunjukkan data berdistribusi normal oleh karena itu dipergunakan ”analisis statistik parametris”.

Uji analisis statistik tersebut dilakukan untuk menguji Hipotesis

penelitian, dengan kriteria Pengujian:

Ho diterima apabila $P\text{-value} \geq \alpha (0,05)$, Artinya tidak terdapat perbedaan pengaruh antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi berupa penerapan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien pascastroke di rumah.

Ho ditolak apabila $P\text{-value} < \alpha (0,05)$, Artinya terdapat perbedaan perbedaan pengaruh antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi berupa penerapan model layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif pada keluarga pasien pascastroke di rumah.

3.7.2 Analisis Data Kualitatif

Analisis data kualitatif pada penelitian ini akan menggunakan Model Interaktif yang dikemukakan oleh Miles and Huberman (1984) dalam Sugiyono (2022:246) mengemukakan bahwa analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas analisis data, terdiri dari data *reduction*, *data display*, dan *conclusion /verification*, dengan Langkah-langkah sebagai berikut:

1. Reduksi Data (*Data Reduction*).

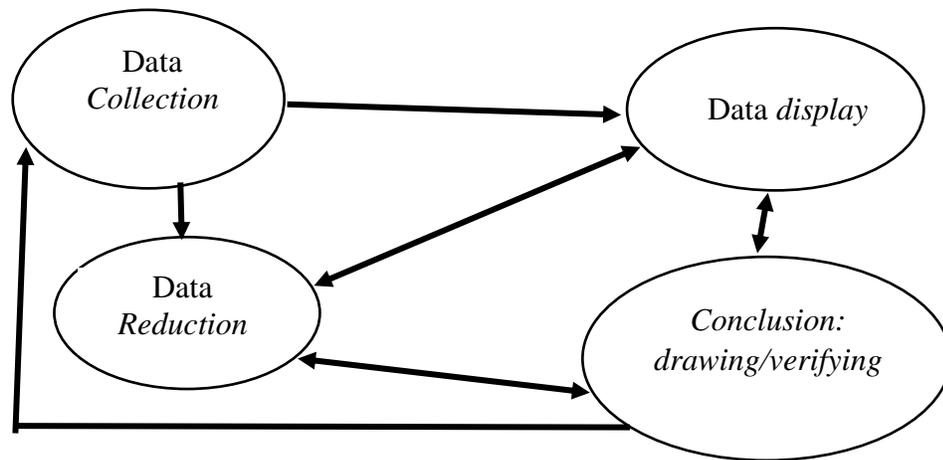
Mengingat data kualitatif yang dikumpulkan akan sangat banyak dan kompleks dari berbagai sumber baik dari pakar, keluarga pasien pasca stroke maupun dari petugas layanan homecare maka seluruh data tersebut akan dilakukan reduksi data dengan cara merangkum, memilih hal-hal pokok, fokus pada hal-hal yang penting, diidentifikasi tema dan polanya. Pada penelitian ini proses reduksi data akan dilakukan dengan cara sebagai berikut:

- a. Mengelompokkan data berdasarkan sumber informasi yaitu: pakar sebanyak 4 orang, keluarga pasien pasca stroke sebanyak 2 orang dan petugas homecare 2 orang.
- b. Memberikan kode pada setiap sumber informasi, yaitu untuk pakar diberikan kode P1, P2, P3, dan P4. Untuk keluarga pasien diberikan kode KP1 dan KP2 kemudian untuk petugas Homecare diberikan kode PH1 dan

PH2.

- c. Merangkum data dari masing-masing sumber informasi. Untuk pakar dirangkum pendapat dari masing-masing pakar terkait dengan 8 komponen dalam penyusunan draft model konseptual layanan home care. Data keluarga pasien merangkum pendapat dari masing-masing keluarga terkait dengan pengalaman yang dirasakan oleh keluarga pasien dalam menerima layanan homecare dan keterlibatan/partisipasi aktif keluarga, sedangkan dari petugas homecare akan dirangkum data terkait dengan 8 komponen dalam penyusunan draft model konseptual layanan home care.
 - d. Memilih hal-hal pokok dan fokus pada apa yang disampaikan dari setiap sumber data dengan fokus pada masukan untuk 8 komponen model yang diajukan kemudian dijadikan masukan untuk perbaikan model konseptual.
 - e. Mengidentifikasi dan menentukan tema dari apa yang sudah disampaikan oleh setiap sumber data. Proses ini berpedoman pada tujuan khusus penelitian khususnya dalam mendesain konseptual model yang dikembangkan yaitu layanan homecare berbasis pembelajaran partisipatif.
 - f. Membuat pola hubungan keterkaitan antara tema satu dengan tema lain dari berbagai sumber data tersebut.
2. Menyajikan Data (*data display*). Penyajian data dalam penelitian ini akan dilakukan secara naratif disertai dengan dan gambaran network (jejaring hubungan) antar sumber data satu dengan yang lainnya.
 3. Membuat kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing and verification*). Berdasarkan proses reduksi dan *data display* dibuat kesimpulan sementara. Pada penelitian ini kesimpulan akhir belum dapat dibuat mengingat proses penelitian baru sampai tahap uji coba model skala luas.

Gambaran Analisis Data Kualitatif dapat dilihat pada gambar 3.4 dibawah ini:



Gambar 3.4: Hubungan Komponen dalam Analisis Data Kualitatif Menurut Model Interaktif (Miles and Huberman, 1984 dalam Sugiyono, 2022:247)