

LAMPIRAN 5

SKALA PENELITIAN



FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
Kampus Terpadu, Jl. Kaliurang KM 14,5 Sleman Jogjakarta

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan segala kerendahan hati, saya meminta bantuan Anda untuk membantu penelitian saya dengan mengisi angket yang saya berikan. Angket ini BUKAN TES, sehingga tidak ada jawaban yang benar atau salah maupun jawaban yang baik dan buruk. Saya mengharapkan kejujuran dan keterbukaan dari Anda dalam mengisi angket ini sesuai dengan keadaan Anda yang sebenarnya, dan bukan sebagaimana mestinya. Jawaban dari Anda semuanya bersifat rahasia dan sepenuhnya menjadi tanggungjawab peneliti. Oleh karena itu, Anda diperbolehkan mencantumkan nama samaran atau inisial.

Atas kesediaan Anda meluangkan waktu dan tenaga untuk mengisi angket ini, saya mengucapkan terima kasih. Semoga bermanfaat bagi kita semua. Aamiin.

Hormat Saya

Husnul Khatimah

Identitas Diri

- Nama (Inisial) :
- Usia :
- Jenis Kelamin :
- Agama :
- Suku bangsa :
- Domisili :
- Status pernikahan : Belum Menikah Menikah
Cerai
- Pendidikan terakhir : SD SMP
SMA
Lainnya, sebutkan:
- Pekerjaan : PNS Pegawai Swasta
Wirausaha
Lainnya, sebutkan:
- Penghasilan per bulan :
- Hubungan kekeluargaan dengan pasien :
- Pasangan (suami/istri)
- Orangtua
- Anak
- Saudara kandung (kakak/adik)

Lainnya, sebutkan:

Lama waktu sudah merawat pasien :

Lama waktu pasien sudah mengalami stroke :

Apakah pasien peserta asuransi kesehatan BPJS :

Iya

Tidak

Bersamaan dengan pernyataan ini, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan jawaban yang saya berikan sesuai dengan keadaan saya yang sebenarnya.

Responden

(_____)
tanda tangan

SKALA 1

Petunjuk Pengisian:

Berikut ini terdapat beberapa pernyataan dengan 4 (empat) alternatif pilihan jawaban. Bacalah masing-masing pernyataan tersebut dengan seksama dan pilihlah salah satu dari 4 (empat) alternatif jawaban berikut yang **paling menggambarkan kondisi Anda**.

Berilah tanda centang (✓) pada kolom;

STS	jika pernyataan tersebut Sangat Tidak Sesuai dengan kondisi Anda;
TS	jika pernyataan tersebut Tidak Sesuai dengan kondisi Anda;
S	jika pernyataan tersebut Sesuai dengan kondisi Anda;
SS	jika pernyataan tersebut Sangat Sesuai dengan kondisi Anda;

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Keluarga mengadakan acara keluarga tanpa melibatkan saya				
2.	Saya mengurus kebutuhan pasien <i>stroke</i> sendirian				
3.	Keluarga mengajak saya untuk turut hadir dalam acara kumpul keluarga				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
4.	Keluarga mengabaikan perasaan saya				
5.	Menurut keluarga, perawatan pasien <i>stroke</i> merupakan sepenuhnya tanggungjawab saya				
6.	Keluarga bersedia bergantian menjaga dan merawat pasien <i>stroke</i>				
7.	Keluarga saya tidak mengucapkan terimakasih ketika saya membantu merawat pasien <i>stroke</i>				
8.	Keluarga menanyakan perkembangan kondisi pasien <i>stroke</i>				
9.	Saya dilibatkan dalam mempersiapkan acara kumpul keluarga				
10.	Keluarga membantu saya untuk memandikan, menggantikan baju, menyuapi makan dan lain-lain pada pasien <i>stroke</i>				
11.	Keluarga jarang mengunjungi saya dan pasien <i>stroke</i>				
12.	Hanya saya yang menemani pasien <i>stroke</i> menjalani kontrol rutin				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
13.	Keluarga memberikan informasi mengenai makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh pasien <i>stroke</i>				
14.	Keluarga memberi bantuan dana untuk biaya pengobatan pasien <i>stroke</i>				
15.	Keluarga mendengarkan keluhan saya				
16.	Keluarga bersenda gurau bersama saya				
17.	Keluarga jarang mengajak saya berbincang				
18.	Keluarga bersedia meminjamkan sejumlah uang untuk biaya pengobatan pasien <i>stroke</i>				
19.	Keluarga memberikan tanggapan yang kurang berkenan di hati saya saat saya berkeluh kesah				
20.	Keluarga menguatkan saya ketika saya merasa lelah				
21.	Keluarga memberikan informasi terkait perawatan pasien <i>stroke</i>				

SKALA 2

Petunjuk Pengisian:

Berikut ini terdapat beberapa pertanyaan dengan 5 (lima) alternatif pilihan jawaban. Bacalah masing-masing pernyataan tersebut dengan seksama dan pilihlah salah satu dari 5 (lima) alternatif jawaban berikut yang **paling menggambarkan kondisi Anda**.

Berilah tanda centang (✓) pada kolom;

TP	jika Anda Tidak Pernah mengalami kondisi tersebut;
JR	jika Anda Jarang mengalami kondisi tersebut;
KD	jika Anda Kadang-kadang mengalami kondisi tersebut;
SR	jika Anda Sering mengalami kondisi tersebut;
SL	jika Anda Selalu mengalami kondisi tersebut;

No.	Pertanyaan	TP	JR	KD	SR	SL
1.	Apakah Anda merasa bahwa kerabat Anda meminta bantuan lebih daripada yang ia butuhkan?					
2.	Apakah Anda merasa bahwa waktu yang digunakan untuk merawat kerabat membuat Anda tidak memiliki waktu yang cukup bagi diri sendiri?					

No.	Pertanyaan	TP	JR	KD	SR	SL
3.	Apakah Anda merasa tertekan karena di satu sisi Anda harus merawat kerabat dan di sisi lain Anda memiliki tanggung jawab pada keluarga dan pekerjaan?					
4.	Apakah Anda merasa malu terhadap perilaku kerabat Anda?					
5.	Apakah Anda merasa marah saat berdekatan dengan kerabat Anda?					
6.	Apakah Anda merasa bahwa keberadaan kerabat Anda memberi pengaruh buruk pada hubungan Anda dengan anggota keluarga yang lain atau dengan teman?					
7.	Apakah Anda merasa takut atau khawatir dengan masa depan kerabat Anda?					
8.	Apakah Anda merasa bahwa kerabat Anda bergantung pada Anda?					
9.	Apakah Anda merasa tegang saat berdekatan dengan kerabat Anda?					
10.	Apakah Anda merasa bahwa kesehatan Anda memburuk karena keterlibatan Anda dalam merawat kerabat?					

No.	Pertanyaan	TP	JR	KD	SR	SL
11.	Apakah Anda merasa kurang memiliki privasi (ruang untuk diri sendiri) karena harus merawat kerabat Anda?					
12.	Apakah Anda merasa bahwa kehidupan sosial Anda memburuk karena harus merawat kerabat Anda?					
13.	Apakah Anda merasa tidak nyaman karena kehilangan teman, dikarenakan Anda harus merawat kerabat Anda?					
14.	Apakah Anda merasa bahwa kerabat Anda berharap jika Anda merawat mereka, seolah-olah Anda adalah satu-satunya tempat bergantung?					
15.	Apakah Anda merasa sudah tidak sanggup lagi untuk membiayai perawatan kerabat Anda?					
16.	Apakah Anda merasa kehilangan kontrol terhadap diri Anda, sejak kerabat Anda mengalami sakit?					
17.	Apakah Anda berharap untuk dapat mengalihkan tugas perawatan kerabat Anda kepada orang lain?					

No.	Pertanyaan	TP	JR	KD	SR	SL
18.	Apakah Anda merasa tidak yakin terhadap apa yang Anda lakukan terhadap kerabat Anda?					
19.	Apakah Anda merasa bahwa seharusnya Anda melakukan lebih dari apa yang sudah Anda lakukan kepada kerabat Anda?					
20.	Secara umum, seberapa sering Anda merasa terbebani dalam merawat kerabat Anda?					

"Mohon diteliti kembali agar tidak ada nomor yang terlewat"

Terimakasih atas bantuan Anda 😊