

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

RIZQI AYU WULANDARI

NIM P17240223044



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan
menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program
Studi Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang**

**RIZQI AYU WULANDARI
NIM P17240223044**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KAB. TRENGGALEK
2025**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rizqi Ayu Wulandari

NIM : P17240223044

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar - benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, 25 April 2025

Pembimbing

Yang Membuat Pernyataan



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP : 91981111201901201



Rizqi Ayu Wulandari
NIM : P17240223044

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rizqi Ayu Wulandari (P17240223044) dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek ”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 25 April 2025

Pembimbing



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP : 19811111201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Rizqi Ayu Wulandari (P17240223044) dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 8 Mei 2025

Dewan Penguji,

Ketua Penguji



Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706201901201

Anggota Penguji



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep
NIP. 19811111201901201

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

CURRICULUM VITAE

Nama : Rizqi Ayu Wulandari
Tempat, tanggal lahir : Trenggalek, 29 Maret 2004
Agama : Islam
Alamat : RT/RW 01/01 Dsn. Krajan Ds. Watuagung
Kec.Dongko Kab. Trenggalek
Prov. Jawa Timur
Email : rizqiayuwulandari29@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. 2010 – 2011 : TK Dharma Wanita 3
2. 2011 – 2017 : SD Negeri 1 Watuagung
3. 2017 – 2020 : SMP Negeri 2 Dongko
4. 2020 – 2022 : SMA Negeri 1 Dongko
5. 2022 – 2025 : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. 2020 – 2022 : Sekretaris Dewan Ambalan SMAN 1 Dongko
2. 2020 – 2021 : Anggota FORPIS PMI Kabupaten Trenggalek
3. 2022 – 2024 : Sekretaris UKM Olahraga Prodi D3 Keperawatan Kampus
Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang
4. 2022 – 2024 : Anggota UKM KSR Prodi D3 Keperawatan Kampus
Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang
5. 2023 – 2026 : Wakil Ketua KSR PMI Kabupaten Trenggalek

MOTTO

“Allah tidak pernah memberi cobaan melebihi kemampuan hambanya. Jadilah kuat dan yakin, bahwa kamu mampu menghadapinya”

PERSEMBAHAN

Yang utama dari segalanya ...

Sembah sujud dan puji syukur ke hadirat Allah SWT. Tuhan semesta alam yang telah mencurahkan kasih dan sayang-Nya. Atas limpahan rahmat serta hidayahNya langkah kecil ini mampu merajut asa demi asa hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Tidak lupa, sholawat serta salam senantiasa terlimpahkan pada Baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Bapak dan Ibu, sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada Bapak (Slamet Prihatin) dan Ibu (Ikah Utami) yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, ridho dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selebar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Bapak dan Ibu bahagia, karena kusadar selama ini belum bisa berbuat lebih. Sekali lagi, terima kasih Bapak dan Ibu yang selalu membuatku termotivasi dan selalu memberikan kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku serta selalu meridhoiku melakukan hal yang lebih baik.

Terima kasih saya ucapkan kepada Dosen Pembimbing Ibu Dewi Wulandari, S.Kep., Ns., M.Kep dan Dosen Penguji Ibu Elok Yulidaningsih, S.Kep., Ns., M.Kep yang selama ini telah tulus dan ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Kepada seluruh Bapak/Ibu Dosen Polkesma Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Terimakasih atas ilmu yang telah kalian berikan, semoga ilmu yang sudah saya dapatkan dapat bermanfaat bagi semua orang. Aamiin...

Teruntuk teman-teman yang selalu mensupport saya dan seluruh teman seperjuangan seangkatan terimakasih sudah menemani dan membantu saya dalam keadaan susah maupun senang, dan menyediakan telinga untuk mendengarkan keluh kesah saya hingga memberi motivasi dan dorongan untuk lebih baik kedepannya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat Rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek” sesuai waktu yang ditentukan.

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dan memfasilitasi kesempatan dan memfasilitasi untuk melaksanakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku kepala jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek. yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
4. Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah

memberikan bimbingan, pengarahan, dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

5. Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep., selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan bimbingannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D-3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
7. Responden yang telah berkenan memberikan segenap waktu dan tenaganya untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti khususnya dan masyarakat pada umumnya

Trenggalek, Mei 2025

Penulis

ABSTRAK

Rizqi Ayu Wulandari (2025). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah, Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Stroke adalah gangguan fungsional otak yang dapat menimbulkan kematian akibat dari gangguan peredaran darah di otak. Penderita membutuhkan perawatan dari keluarga untuk membantu proses pemulihannya. Pengetahuan keluarga yang kurang dapat menyebabkan dampak buruk seperti kondisi pasien menjadi parah dan terjadinya stroke berulang. Cara untuk meningkatkan pengetahuan keluarga yaitu dengan diberikan pendidikan kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Desain penelitian yang digunakan yaitu deskriptif kuantitatif dengan metode *pre experiment design*, menggunakan pendekatan *one group pre-test – post-test design*. Sampel yang digunakan berjumlah 19 responden dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Pengolahan data menggunakan SPSS dan *Wilcoxon*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (53%) memiliki pengetahuan cukup sebelum dilakukan intervensi dan seluruh responden (100%) memiliki pengetahuan baik sesudah dilakukan intervensi. Hasil uji *Wilcoxon* menunjukkan p value 0,001 ($>0,05$) maka H_a diterima artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Pada penelitian ini karakteristik usia dan pendidikan terakhir berpengaruh pada tingkat pengetahuan.

Kata Kunci : Pendidikan kesehatan, Pengetahuan keluarga, Perawatan Pasien Stroke

ABSTRACT

Rizqi Ayu Wulandari (2025). *The Effect of Health Education on Family Knowledge about Post-Stroke Patient Care in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek*. Scientific Paper, Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek, Jurusan Keperawatan ; Poltekkes Kemenkes Malang. Supervisor : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

Stroke is a functional brain disorder that can cause death due to impaired blood circulation in the brain. Patients need care from their families to help with the recovery process. Lack of family knowledge can cause adverse effects, such as the patient's condition becoming severe and recurrent strokes. One way to improve family knowledge is by providing health education. The purpose of this study was to determine the effect of health education on family knowledge about post-stroke patient care in the Stroke Unit of Dr. Soedomo Hospital, Trenggalek. The research design used was descriptive quantitative with the pre-experiment design method, using the one-group pre-test-post-test design approach. The sample was 19 respondents with a purposive sampling technique. The instrument used was a questionnaire. Data were analysed using SPSS and Wilcoxon. The results showed that most respondents (53%) had sufficient knowledge before the intervention, and all respondents (100%) had good knowledge after the intervention. The results of the Wilcoxon test showed a p-value of 0.001 (> 0.05), so H_a was accepted, meaning that health education had an effect on family knowledge. Based on the results of the study. It was concluded that health education affected family knowledge about post-stroke patient care in the Stroke Unit Room of Dr. Soedomo Hospital. In this study, age characteristics and education also affected the level of knowledge.

Keywords: Family Knowledge, Health Education, Stroke Patient Care.

DAFTAR ISI

SAMPUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
CURICULUM VITAE	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II	8
TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan	8
2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan.....	8
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	10

2.1.3 Metode Pendidikan Kesehatan	10
2.1.4 Proses Pendidikan Kesehatan	12
2.1.5 Sasaran Pendidikan Kesehatan	12
2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan	13
2.2 Konsep Pengetahuan.....	15
2.2.1 Pengertian Pengetahuan.....	15
2.2.2 Tingkat Pengetahuan	15
2.2.3 Cara Memperoleh Pengetahuan.....	17
2.2.4 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	19
2.2.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan	21
2.3 Konsep Dasar Stroke	21
2.3.1 Definisi Stroke	21
2.3.2 Klasifikasi Stroke.....	22
2.3.3 Etiologi	24
2.3.4 Faktor Resiko.....	26
2.3.5 Manifestasi Klinis.....	28
2.3.6 Patofisiologi.....	32
2.3.7 Pemeriksaan Penunjang.....	39
2.3.8 Komplikasi.....	40
2.3.9 Penatalaksanaan	41
2.4 Konsep Keluarga	43
2.4.1 Definisi Keluarga.....	43
2.4.2 Fungsi Keluarga.....	44
2.4.3 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan.....	45
2.5 Perawatan Pasien Pasca Stroke.....	46
2.6 Kerangka Konseptual.....	51
2.7 Hipotesis	53
BAB III.....	54
METODE PENELITIAN	54
3.1 Desain Penelitian.....	54
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	55
3.2.1 Lokasi.....	55

3.2.2 Waktu Penelitian.....	55
3.3 Populasi, Sampel Penelitian, dan Teknik Sampling.....	55
3.3.1 Populasi.....	55
3.3.2 Sample Penelitian	56
3.2.3 Teknik Sampling.....	58
3.4 Identifikasi Variabel Penelitian.....	58
3.5 Definisi operasional	60
3.6 Pengumpulan Data	61
3.6.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	61
3.6.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	62
3.7 Kerangka Kerja.....	65
3.8 Pengolahan dan Analisa Data.....	66
3.8.1 Cara Pengolahan Data.....	66
3.8.2 Analisa Data.....	67
3.9 Etika Penelitian	70
3.9.1 Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	70
3.9.2 Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>).....	70
3.9.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	71
BAB IV	72
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	72
4.1 Hasil Penelitian.....	72
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.....	72
4.1.2 Data Umum.....	74
4.1.3 Data Khusus.....	79
4.2 Pembahasan	81
4.2.1 Karakteristik keluarga yang merawat pasien stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.....	82
4.2.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek	85
4.3 Keterbatasan Penelitian	87
BAB V.....	89

KESIMPULAN DAN SARAN	89
5.1 Kesimpulan.....	89
5.2 Saran	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent	95
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Pasca Stroke di Rumah	96
Lampiran 3 Leaflet Perawatan Pasca Stroke di Rumah	107
Lampiran 4 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan Keluarga	108
Lampiran 5 Kuesioner Pengetahuan Keluarga	109
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian	114
Lampiran 7 Surat Keterangan Melakukan Penelitian	116
Lampiran 8 Data Umum Responden	117
Lampiran 9 Tabulasi Data Pengetahuan (<i>Pre-test & Post-test</i>)	118
Lampiran 10 Hasil Output SPSS	121
Lampiran 11 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah	123

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	One Group Pra-post Test Design,	55
Tabel 3.2	Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.....	60
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia di Ruang Unit Stroke	73
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin usia di Ruang Unit Stroke	74
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan usia di Ruang Unit Stroke	74
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir usia di Ruang Unit Stroke.....	75
Tabel 4.5	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan hubungan dengan pasien usia di Ruang Unit Stroke.....	75
Tabel 4.6	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman merawat anggota keluarga stroke usia di Ruang Unit Stroke	76
Tabel 4.7	Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke usia di Ruang Unit Stroke	77
Tabel 4.8	Distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan sumber informasi yang didapat usia di Ruang Unit Stroke	77
Tabel 4.9	Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (Pre-test) usia di Ruang Unit Stroke	78
Tabel 4.10	Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (Post-test) usia di Ruang Unit Stroke Hasil Uji Wilcoxon Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah	79
Tabel 4.11	Dilakukan Pendidikan Kesehatan usia di Ruang Unit Stroke.....	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Skema Patofisiologi Stroke.....	34
Gambar 2	Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek	52
Gambar 3	Kerangka Kerja Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.....	65

DAFTAR ISTILAH

A

Afasia : Bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan

Atropi : Jaringan otot berkurang sehingga tampak lebih kecil

C

Coding : Usaha untuk mengklasifikasikan jawaban para responden

D

Disatria : Bicara pelo/cadel

Discard Planning : Instruksi individual yang diberikan kepada pasien saat mereka pindah dari rumah sakit ke rumah

E

Editing : Memeriksa dan meneliti kembali data yang telah dikumpulkan

Emboli : Pembuluh darah tersumbat oleh zat asing (gumpalan darah)

H

Hemiparesis : Otot lemah atau kelumpuhan parsial pada satu sisi tubuh

Hemoragik : Jenis stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah pada suatu area otak

Hemiparesis : Penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah

I

Intraserebral : Kondisi darurat ketika pembuluh darah yang pecah menyebabkan pendarahan di dalam otak.

K

Karotis : Dua pembuluh darah arteri di leher yang menyalurkan pasokan darah ke otak

M

Malnutrisi : Kekurangan/ketidakseimbangan nutrisi dalam tubuh.

Miksoma atrium : Tumor jinak (non kanker) yang dimulai dari lapisan jantung (endocardium).

Mobilisasi : Kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas

O

Overt behavior : Suatu respon dalam bentuk tindakan yang dapat dengan mudah dilihat oleh orang lain

P

Paralisis : Lumpuh karena gangguan pada saraf

Personal Hygine : Cara perawatan diri manusia

S

Scoring : Pemberian skor terhadap hasil penelitian

Selfcare : Tindakan manajemen kesehatan secara individual

Space Occupying Lesion : Generalisasi adanya lesi pada ruang intracranial khususnya yang mengenai otal

Subarachnoid : Pendarahan pada ruang antara otak dan jaringan yang menutup otak

V

Vertebralis : Rangkaian tulang belakang

Vertigo : Rasa pusing yang menimbulkan sensasi palsu bahwa seseorang tahu lingkungan sekitarnya berputar atau bergerak

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
AHA	: American Heart Association
CT Scan	: Computerized Tomografi Scanning
CVA	: Cerebral Vaskuler Accident
ECG	: Elektro Kardiogram
EEG	: Elektro Encephalografi
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
NGT	: Nasofaringeal Tube
ROM	: Range Of Motion
TIA	: Transien Iskemik Attack
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang banyak mengancam jiwa masyarakat Indonesia bahkan dunia. Menurut WHO (2016) stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal atau global selama lebih dari 24 jam, sehingga dapat menimbulkan kematian akibat dari gangguan peredaran darah di otak (Yuswantoro, *et al.*, 2022). Perawatan pasien stroke dimulai saat pasien berada di rumah sakit sampai pasien dinyatakan stabil dan bisa pulang ke rumah. Selama perawatan di rumah keluarga sangat berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri, meminimalkan kecacatan, serta mencegah terjadinya stroke ulang (Ariya, 2021). Perawatan pasien pasca stroke di rumah oleh keluarga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya seperti tingkat pengetahuan keluarga (Ernawati, *et al.*, 2021). Berdasarkan pengamatan peneliti saat melakukan praktik klinik di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek masih banyak keluarga pasien yang kebingungan saat merawat pasien stroke seperti belum tahu mengenai makanan yang seharusnya dikonsumsi, masih bingung terkait merawat kebersihan diri pasien, kurang perhatian dalam membantu pasien untuk mobilisasi, dan sebagainya. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian oleh Nugroho (2019) yang menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien stroke dalam kategori kurang sebanyak 31

responden (52,5%). Penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati (2020) juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga pada pasien stroke di rumah ada pada kategori cukup sebanyak 31,5% dan kurang sebanyak 68,5%. Sedangkan, tingkat pengetahuan keluarga yang kurang dalam merawat pasien stroke dapat menyebabkan dampak buruk seperti kondisi pasien menjadi parah dan meningkatnya resiko stroke berulang.

Menurut WHO (2023) setiap tahunnya, 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dan 5 juta lainnya mengalami cacat permanen (WHO, 2023). Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Sedangkan berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) pada 2023, angka prevalensi stroke di Indonesia mencapai 8,3 % (Yaputra, 2024). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur >15 tahun diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Berdasarkan data penelitian epidemiologi kasus stroke di Jawa Timur pada tahun 2021 yaitu 12,4%, berdasarkan orang, tempat dan waktu (Ayu & Putri, 2023). Sementara itu, dalam Arum (2023) berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek tercatat bahwa penderita stroke tahun 2018 sebesar 3.771 jiwa dengan jumlah penduduk 693.104 jiwa (Arum, 2023). Sedangkan, data di RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tahun 2021 sebanyak 929 jiwa menderita stroke, sedangkan kasus stroke di Ruang Unit Stroke pada tahun 2022 sebanyak 1.014 jiwa dengan rata-rata perbulan sebanyak 83 orang (Pratiwi, 2024).

Setelah menjalani rawat inap, sebagian besar pasien post stroke harus menjalani perawatan lanjutan untuk memulihkan kemampuan fisik dan fungsionalnya. Menurut Zeng, *et al.*, (2014) untuk memberikan perawatan yang optimal bagi pasien pasca stroke, pengetahuan tentang penatalaksanaan stroke di rumah sangat penting, karena pengetahuan keluarga berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke. Menurut penelitian Yaslina *et al.*, (2019) dalam (Nurhidayah, 2024) masih rendahnya nilai rata-rata kemampuan perawatan pasca stroke disebabkan oleh pengetahuan keluarga yang masih rendah atau keluarga belum mengetahui apa itu stroke, tanda gejala dan hal-hal lainnya yang belum mereka ketahui. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Azali *et al.*, (2021) faktor yang mempengaruhi kurangnya pengetahuan keluarga adalah faktor usia dan pendidikan, namun pendidikan berpengaruh paling dominan terhadap pengetahuan keluarga dalam perawatan penderita stroke. Sedangkan menurut Zaini (2023) berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menyatakan bahwa terdapat banyak faktor lain yang mempengaruhi kurangnya pengetahuan perawatan pasien stroke seperti, faktor perilaku, faktor sosial, dan faktor ekonomi. Hasil penelitian oleh Rosmary & Handayani (2020) menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga tentang faktor risiko stroke masih kurang dan pengetahuan dipengaruhi oleh kurangnya sumber informasi yang diterima oleh keluarga tentang stroke. Pengetahuan yang kurang menyebabkan keluarga pasien tidak berobat pada saat serangan terjadi, menyebabkan depresi, dan kondisi pasien menjadi serius, seperti serangan lagi, kelumpuhan atau bahkan kematian. Oleh karena itu, keluarga harus mempunyai pengetahuan yang

cukup tentang penyakit stroke dan perawatannya, sehingga dapat mendukung dalam pemberian perawatan kepada pasien pasca stroke agar mampu meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke agar terhindar dari kelumpuhan dan serangan stroke berulang (Kustiawan, 2016 dalam Bo'leng & Tepal, 2016)

Ada beberapa cara untuk meningkatkan pengetahuan, salah satunya yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan ini dapat dilakukan dengan cara memberikan penyuluhan secara lisan ataupun dengan media seperti leaflet baik secara individu maupun kelompok dengan harapan dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga menderita stroke. Semakin baik pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam merawat pasien, akan mempercepat proses pemulihan dan mencegah stroke berulang. Maka dari itu, tenaga kesehatan khususnya perawat yang memiliki peran sebagai edukator perlu meningkatkan pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien stroke di rumah sebagai upaya promotif dan preventif seperti memberikan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan terhadap keluarga untuk membantu keluarga dalam merawat pasien stroke dengan baik. Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka masalah yang dapat dirumuskan oleh peneliti adalah sebagai berikut :

“Bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi karakteristik keluarga pasien stroke.
- 2) Mengidentifikasi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke.
- 3) Melakukan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke
- 4) Mengidentifikasi pengetahuan keluarga setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke.
- 5) Menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke dalam mempercepat pemulihan atau mencegah adanya stroke berulang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan salah satu sarana atau wahana untuk menambah pengetahuan dan juga keterampilan penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah sesuai dengan teori dan praktik tentang penelitian/riset yang diterima selama masa perkuliahan. Selain itu, penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

2) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan bagi petugas kesehatan di Rumah Sakit terutama kepada perawat agar bisa meningkatkan upaya promotif dan preventif seperti memberikan pendidikan kesehatan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

3) Bagi Institusi Pendidikan D-III Keperawatan Trenggalek

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi, masukan sejumlah data dan juga menambah informasi mengenai pengaruh

pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

4) Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke.

5) Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan variabel yang berbeda. Sehingga, dengan penelitian ini dapat menurunkan angka kecacatan ataupun kejadian stroke berulang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok maupun masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Pendidikan kesehatan mempunyai peran yang penting dalam mewujudkan manusia yang sehat. Menurut Kriswanto (2012) “Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri maupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang memengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengikat diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran”. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku hidup sehat yang didasari atas kesadaran diri baik itu di dalam individu, kelompok maupun masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Secara konsep pendidikan kesehatan merupakan upaya memengaruhi/mengajak orang lain (individu, kelompok, dan

masyarakat) agar berperilaku hidup sehat. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan / meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2014). Konsep dasar pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik, lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri (*self direction*), aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru. Pendidikan kesehatan dilakukan untuk membantu individu mengontrol kesehatannya secara mandiri dengan mempengaruhi, memungkinkan dan menguatkan keputusan atau tindakan sesuai dengan nilai dan tujuan yang mereka rencanakan (Sharma, 2021).

Kesimpulan dari beberapa definisi di atas yaitu pendidikan kesehatan merupakan proses perubahan perilaku hidup sehat yang didasari atas kesadaran diri baik itu dari dalam individu manusia, kelompok ataupun masyarakat dalam skala yang lebih besar untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan secara sistematis maupun periodik (Aji *et al.*, 2023).

2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan. Pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan antara lain (Aji *et al.*, 2023) :

- 1) Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- 2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan mental maupun sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- 3) Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan (WHO, 2016).

2.1.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan yaitu: individu, kelompok atau keluarga, dan masyarakat. Menurut Mubarak dan Chayatin (2009) dalam (Aji *et al.*, 2023) macam-macam metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan berupa :

1) Metode pendidikan individual

Metode pendidikan individual dalam pendidikan kesehatan digunakan untuk membina perilaku baru serta membina perilaku individu yang mulai tertarik pada perubahan perilaku sebagai proses inovasi. Metode pendidikan individual yang biasa digunakan adalah bimbingan dan penyuluhan, konsultasi pribadi, serta wawancara.

2) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

3) Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa digunakan pada sasaran yang bersifat massal yang bersifat umum dan tidak membedakan sasaran dari umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan massa tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perubahan perilaku, namun mungkin hanya mungkin sampai tahap sadar (*awareness*). Beberapa bentuk metode pendidikan massa adalah ceramah umum, pidato, simulasi, artikel di majalah, film cerita dan papan reklame.

2.1.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Proses pendidikan kesehatan di lihat sebagai sistem, proses belajar dalam kegiatannya menyangkut aspek masukan, proses, dan keluaran yang dijabarkan Notoadmojo (1997) sebagai berikut :

- 1) Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat yang menjadi sasaran didik.
- 2) Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar
- 3) Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.1.5 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo. S (2003), sasaran di bagi dalam 3 kelompok:

- 1) Sasaran primer

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan kesehatan. Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA, anak sekolah untuk kesehatan remaja dll.

- 2) Sasaran sekunder

Ditujukan kepada para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dll. Disebut sasaran sekunder, karena dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini diharapkan untuk selanjutnya kelompok

ini akan memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat disekitarnya.

3) Sasaran tersier

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan. Dengan keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (*sasaran sekunder*) dan juga kepada masyarakat umum (*sasaran primer*).

2.1.6 Media Pendidikan Kesehatan

Media Pendidikan Kesehatan Menurut Machfoedz & Suryani (2013) yang dimaksud media pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah alat bantu pendidikan (Asniar *et al.*, 2020). Berdasarkan fungsinya sebagai penyaluran pesan-pesan kesehatan (media) dibagi menjadi 3, yakni:

1) Media Cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain :

- a) Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.
- b) Leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan melalui lembaran yang dilipat.
- c) Flyer (selebaran) adalah seperti leaflet tetapi, tidak dalam bentuk lipatan.

d) Flip chart (lembar balik) adalah penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik seperti dalam bentuk buku.

e) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan.

2) Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan seperti :

a) Televisi adalah penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, forum diskusi, diskusi masalah kesehatan dan sebagainya.

b) Radio adalah penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui radio dalam bentuk obrolan, ceramah dan sebagainya.

c) Video adalah penyampain informasi atau pesan kesehatan dapat melalui video.

d) Slide juga dapat digunakan menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

3) Media Papan (Bill board)

Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus atau taksi).

2.2 Konsep Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan tersebut sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Karena dalam penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Darsini *et al.*, 2019)

2.2.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda. Secara garis besar terdapat 6 tingkatan pengetahuan (Notoatmodjo, 2018), yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu atau *know* merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti

menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, menyatakan. Contoh tahapan ini antara lain : menyebutkan definisi pengetahuan, menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tanda dan gejala suatu penyakit.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menginterpretasikan materi secara benar dan menjelaskan tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah faham tentang pelajaran atau materi yang telah diberikan dapat menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan objek atau sesuatu yang telah dipelajarinya tersebut. Contohnya dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumentasi bagi seorang perawat.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata atau sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau pengguna metode, teknik, dan prinsip dalam konteks maupun situasi lain. Misalnya, melakukan *assembling* (merakit) dokumentasi keperawatan atau melakukan kegiatan pelayanan.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menguraikan atau menjabarkan suatu objek atau materi ke dalam komponen- komponen yang masih ada kaitannya satu dengan yang lain. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti dapat menggambarkan (membuat bagan),

memisahkan dan mengelompokkan, membedakan atau membandingkan

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan yang dimiliki oleh seseorang dalam mengaitkan berbagai elemen atau unsur pengetahuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru, seperti dapat menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. Contohnya membuat desain *form survei* kesehatan masyarakat.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek atau materi yang ada. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang telah ada. Evaluasi dapat digambarkan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang sangat diperlukan untuk membuat alternatif keputusan.

2.2.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Kerlinger dalam Wibowo (2014) mengutarakan empat cara untuk memperoleh pengetahuan :

- 1) Metode keteguhan (*Method of tenacity*), yaitu berpegang teguh pada pendapat yang sudah diyakini kebenarannya sejak lama.
- 2) Metode otoritas (*Method of authority*), yaitu merujuk pada pernyataan para ahli atau yang memiliki otoritas.
- 3) Metode Intuisi (*Method of intuition*), yaitu berdasarkan keyakinan

yang kebenarannya dianggap terbukti dengan sendirinya atau tidak perlu pembuktian lagi.

- 4) Metode Ilmiah (*Method of science*), yaitu berdasarkan kaidah keilmuan, sehingga walaupun dilakukan oleh orang yang berbeda-beda namun dapat menghasilkan kesimpulan yang sama.

Sedangkan Notoatmodjo dalam N. A. Imas Masturoh (2018 : 4) membagi ke dalam 2 bagian besar cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu :

- 1) Cara Non Ilmiah atau Tradisional

Cara yang biasa dilakukan oleh manusia saat sebelum ditemukan cara dengan metode ilmiah. Cara ini dilakukan oleh manusia pada zaman dulu kala dalam rangka memecahkan masalah termasuk dalam menemukan teori atau pengetahuan baru. Cara-cara tersebut yaitu melalui: cara coba salah (*trial and error*), secara kebetulan, cara kekuasaan atau otoritas, pengalaman pribadi, cara akal sehat, kebenaran melalui wahyu, kebenaran secara intuitif, melalui jalan pikiran, induksi dan deduksi.

- 2) Cara Ilmiah atau Modern

Cara ilmiah ini dilakukan melalui cara-cara yang sistematis, logis dan ilmiah dalam bentuk metode penelitian. Penelitian dilaksanakan melalui uji coba terlebih dahulu sehingga instrumen yang digunakan valid dan reliabel dan hasil penelitiannya dapat digeneralisasikan pada populasi. Kebenaran atau pengetahuan yang diperoleh betul-betul dapat dipertanggungjawabkan karena telah melalui serangkaian

proses yang ilmiah.

2.2.4 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1) Faktor Internal

a) Usia

Usia dapat mempengaruhi pola pikir dan daya tangkap seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula pola pikir dan daya tangkapnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik dan meningkat.

b) Intelegensi

Intelegensi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk belajar dan berfikir secara abstrak guna menyesuaikan diri secara mental dalam situasi baru. Intelegensi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil dari proses belajar seseorang. Sehingga perbedaan intelegensi seseorang akan berpengaruh pula terhadap tingkat pengetahuan.

c) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu.

d) Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang

tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

2) Faktor Eksternal

a) Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam maupun di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan dapat menentukan mudah atau tidaknya seseorang memahami pengetahuan yang diperoleh. Umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah orang tersebut menerima informasi.

b) Media Massa (Sumber Informasi)

Media massa digunakan sebagai sarana komunikasi dengan berbagai bentuk seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain yang memiliki pengaruh besar terhadap pembentukan kepercayaan dan opini seseorang. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan nonformal maupun formal dapat memberikan pengaruh terhadap peningkatan ataupun perubahan pengetahuan

c) Pekerjaan

Umumnya semua bidang pekerjaan memerlukan adanya hubungan sosial yang baik agar dapat menjadikan seseorang memperoleh pengetahuan dan pengalaman baik secara langsung maupun tidak langsung

d) Sosial Budaya

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh sosial budaya. Suatu kebudayaan dapat diperoleh dari hubungan seseorang dengan orang lain. Dalam hubungan ini, seseorang mengalami suatu proses pembelajaran dan memperoleh pengetahuan.

e) Lingkungan

Pengaruh pertama bagi seseorang adalah lingkungan. Seseorang dapat mempelajari hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompok dalam lingkungannya. Dalam lingkungan, seseorang akan memperoleh pengalaman yang berpengaruh pada cara berpikirnya.

2.2.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut (Setiadi, 2007) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- 1) Tingkat pengetahuan baik bila skor 76%-100%
- 2) Tingkat pengetahuan cukup bila skor 56%-75%
- 3) Tingkat pengetahuan kurang bila skor <56%

2.3 Konsep Dasar Stroke

2.3.1 Definisi Stroke

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang pesat berupa defisit neurologis fokal atau global, yang dapat menjadi parah dan

berlangsung selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular. Stroke terjadi karena otak tidak mendapat suplai darah yang membawa oksigen sehingga sel-sel mati (Evianti, 2023).

Menurut WHO (2016) *Cerebro Vaskuler Accident (CVA)* atau stroke adalah gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal atau global selama lebih dari 24 jam, sehingga dapat menimbulkan kematian akibat dari gangguan peredaran darah di otak (Yuswantoro, *et al.*, 2022).

Cerebro Vaskuler Accident (CVA) atau stroke adalah pecahnya pembuluh darah otak secara mendadak dengan akibat penurunan fungsi neurologis (Awan H, 2015). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak pecah atau mengalami penyumbatan. Akibatnya, sebagian otak tidak mendapatkan suplai oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaring.

2.3.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke menurut (Hariyanto, Awan., Sulistyowati, 2015) dibagi menjadi 2 yaitu :

1) Stroke ditinjau berdasarkan patologi dan gejala klinik

a) Stroke Hemoragik

Pecahnya pembuluh darah otak pada subarakhnoid dan intraserebral, yang pada umumnya serangan lebih banyak terjadi ketika aktivitas. Meskipun beberapa kejadian terjadi pada saat

istirahat dan biasanya disertai dengan kesadaran pasien yang menurun.

b) *Stroke Non-Hemoragik*

Stroke yang dapat disebabkan obstruksi total atau sebagian karena iskemik, trombosis, emboli, atau penyempitan lumen arteri.

- (1) Pada stroke iskemik terjadi penurunan suplai darah ke jaringan otak. Serangan pada umumnya tidak terjadi saat istirahat atau baru bangun tidur. Pasien tidak mengalami perdarahan tetapi timbul edema sekunder.
- (2) Trombosis penyumbatan dan terganggunya aliran darah ke otak karena adanya bekuan atau gumpalan yang menyebabkan terjadinya iskemik.
- (3) Emboli yang dapat berasal dari udara, tumor, lemak dan bakteri yang ada pada saluran darah sehingga menimbulkan konklusi atau penyumbatan pembuluh darah otak
- (4) Penyempitan lumen arteri : bisa terjadi karena infeksi, spasme, atau karena kompresi massa dari luar.

2) Stroke berdasarkan perjalanan penyakit

a) TIA (Transien Iskemic Attack)

Serangan sepintas mendadak yang menyebabkan gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam dan gejalanya hilang dengan spontan kurang dari 24 jam.

b) Stroke Involusi

Kondisi stroke yang terjadi dalam perkembangannya mulai dari ringan lama-kelamaan memburuk yang prosesnya berjalan dalam beberapa jam sampai beberapa hari.

c) Stroke Komplet

Kondisi stroke yang terjadi karena gangguan neurologi yang sudah menetap dan permanen. Pada umumnya diawali karena Transien Iskemik Attack yang berulang.

2.3.3 Etiologi

Menurut (Muttaqin, 2008) Penyebab stroke iskemik terdiri dari :

1) *Thrombosis Cerebral*

Thrombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi, sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis diri penurunan tekanan darah yang dapat mengakibatkan iskemia serebral. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis pada otak :

a) *Arteriosklerosis*

Arteriosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah.

b) *Hyperkoagulasi*

Darah yang bertambah kental yang akan menyebabkan viskositas / hematokrit meningkat, sehingga dapat melambatkan aliran darah serebral.

c) *Arteritis* (radang pada arteri)

Arteritis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada arteri – arteri terbesar pada tubuh dan cabang – cabang utamanya (aorta) yang menghantarkan darah kaya oksigen dari jantung ke seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan menyempitnya atau pelebaran abnormal dari arteri – arteri tersebut, menyebabkan hilangnya nadi di lengan, tungkai, dan daerah – daerah lainnya.

2) Emboli

Dapat terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Biasanya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Keadaan – keadaan yang dapat menimbulkan emboli adalah:

- a) Penyakit jantung reumatik
- b) Infark miokard
- c) Fibrilasi dan keadaan aritmia : dapat membentuk gumpalan – gumpalan kecil yang dapat menyebabkan emboli cerebri.
- d) Endokarditis : menyebabkan gangguan pada endokardium.

2.3.4 Faktor Resiko

Ada sejumlah faktor resiko yang dapat memicu terjadinya stroke. Menurut University Of Pittsburgh Medical Center (2003) dan AHA (2007) dalam (Tunik, *et al* 2022 : 2-4), ada dua jenis faktor resiko yang dapat diubah/dikontrol dan faktor resiko yang tidak dapat dikontrol.

1) Faktor resiko stroke yang tidak dapat diubah

a) Usia

Stroke dapat menyerang segala usia, tetapi semakin tua usia seseorang maka semakin besar kemungkinan orang tersebut terkena stroke.

b) Jenis Kelamin

Laki-laki dua kali lebih beresiko daripada perempuan, tetapi jumlah perempuan yang meninggal akibat stroke lebih banyak.

c) Riwayat Keluarga

Keluarga dengan anggota keluarga pernah mengalami stroke beresiko lebih besar daripada keluarga tanpa riwayat stroke.

d) Ras

Ras Afrika-Amerika mempunyai resiko yang lebih tinggi mengalami kematian dan kecacatan akibat stroke dibandingkan dengan ras kulit putih.

2) Faktor resiko stroke yang dapat diubah

a) Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah tinggi merupakan faktor resiko utama penyebab stroke.

b) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan rusaknya pembuluh darah dan peningkatan plak pada dinding pembuluh darah yang dapat menghambat sirkulasi darah. Nikotin dari rokok dapat meningkatkan tekanan darah.

c) Diabetes Melitus

Penyakit diabetes mellitus dapat mempercepat timbulnya plak pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan resiko terjadinya stroke iskemik.

d) Obesitas

Obesitas dapat meningkatkan resiko stroke, tekanan darah tinggi, tingginya kolesterol jahat dan diabetes.

e) Penyakit pada Arteri Carotis dan Arteri Lainnya

Rusaknya pembuluh darah carotis akibat lemak menimbulkan plak pada dinding arteri sehingga menghalangi aliran darah di arteri.

f) Kurangnya Aktivitas Fisik

Latihan penting untuk mengontrol faktor resiko stroke seperti berat badan, tekanan darah, kolesterol dan diabetes.

g) Alkohol, Narkoba dan Penggunaan Obat-obatan

Minum alkohol dapat mengakibatkan peningkatan tekanan darah. Selain itu, minum 3 gelas kopi sehari dapat meningkatkan tekanan darah dan resiko stroke. Penggunaan obat-obatan seperti kokain dan amphetamine merupakan resiko terbesar terjadinya stroke pada dewasa muda.

h) Hiperkolesterol dan Lemak

Kolesterol dalam tubuh dapat menyebabkan arteroklerosis pada pembuluh darah otak dan terbentuknya lemak, sehingga aliran darah menuju ke otak menjadi lambat dan terganggu.

2.3.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Oktavianus, 2014) manifestasi klinis stroke tanda dan gejala yang sering muncul yaitu:

1) TIA (Tansient Ischemick Attack)

Timbul hanya sebentar selama beberapa menit sampai beberapa jam dan hilang sendiri dengan atau tanpa pengobatan. Serangan bisa muncul lagi dalam wujud yang sama, memperberat atau menetap.

2) RIND (Reversible Ischemick Neurologic Difisit)

Gejala timbul lebih dari 24 jam

3) Progessing stroke atau stroke inevaluation

Gejala makin lama makin berat (progessif) disebabkan gangguan aliran darah makin lama makin berat.

4) Sudah menetap atau permanen

Menurut (Tarwoto, 2013) manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi mana yang terkena, rata – rata serangan, ukuran lesi dan adanya *sirkulasi kolateral*. Berikut gejala klinis stroke iskemik :

1) Kelumpuhan wajah atau anggota wajah sebelah (*hemiparesis*) atau hemiplagia (*paralisis*) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat *kontralateral* artinya jika terjadi

kerusakan pada *hemisfer* kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot velunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan *ekstensi* maupun *fleksi*.

2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

3) Penurunan Kesadaran (*Konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma*)

Terjadi akibat pendarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

4) *Afasia* (Kesulitan dalam berbicara)

Afasia merupakan defisit pada kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Pembagian afasia ada 3 bagian yaitu:

a) *Afasia* motorik sensorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika pada area *broca*, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan melalui bicara.

b) *Afasia* Sensorik

Afasia ini terjadi karena kerusakan pada area *wernicke*, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran, tetapi pasien mampu

mengungkapkan pembicaraan, sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung (*koheren*).

c) *Afasia Global*

Afasia ini terjadi akibat kerusakan yang luas pada otak, sehingga afasia jenis ini merupakan afasia paling berat. Pada afasia global pasien akan kesulitan, bahkan tidak mampu membaca, menulis, serta memahami perkataan orang lain.

5) *Disartia* (Bicara cedal atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. *Disartia* terjadi karena kerusakan *nervus kranial* sehingga terjadi kelemahan dari otot, bibir, lidah dan laring. Klien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

6) Gangguan penglihatan, *diplopia*

Kehilangan penglihatan atau juga pandangan pasien menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada *lobus temporal* dan parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks *oksipital*. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

7) *Disfagia*

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan *nervus kranial IX*. Selama menelan bolus di dorong oleh lidah dan *glotis* menutup kemudian makanan masuk ke *esofagus*.

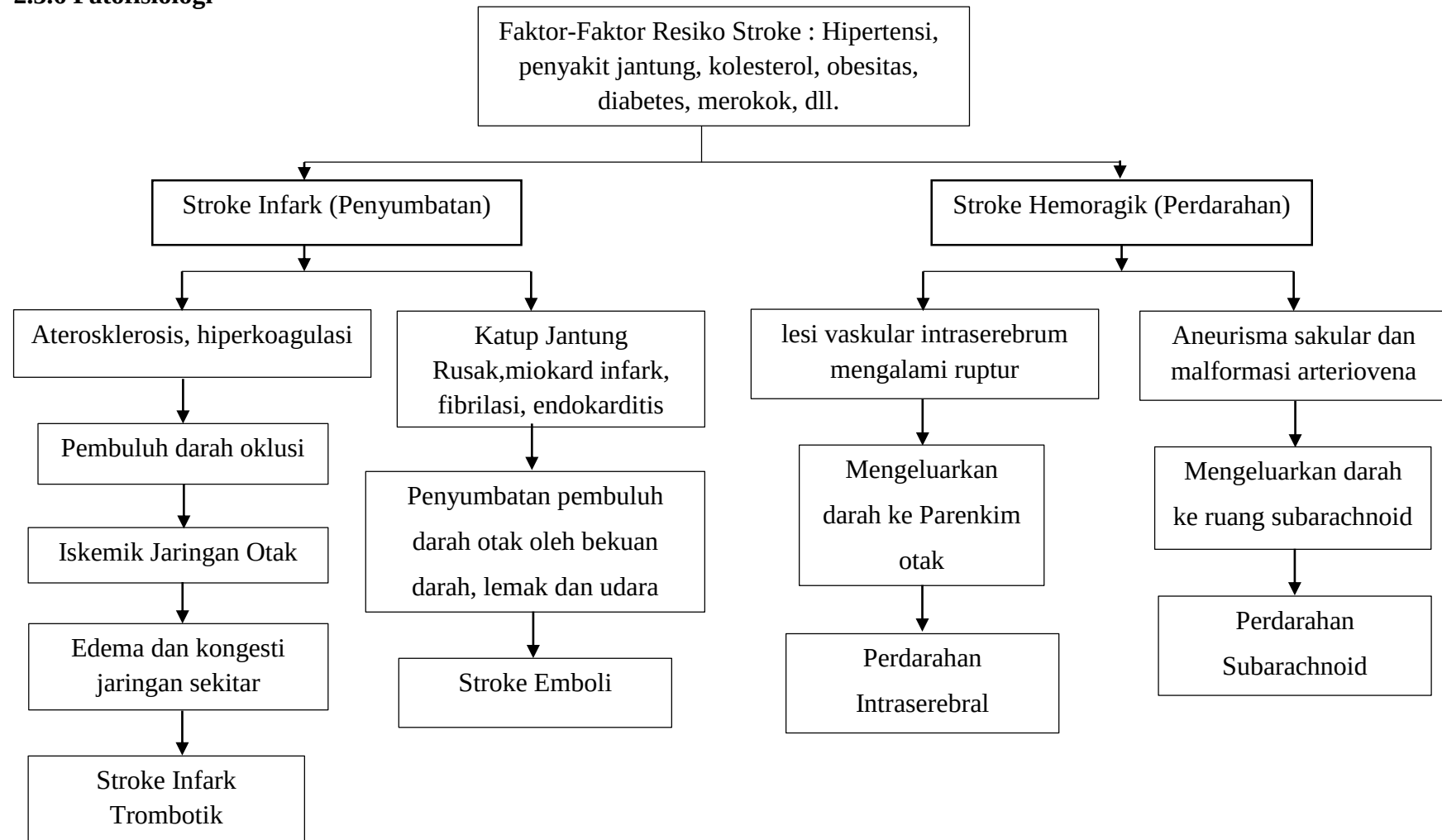
8) *Inkontinensia*

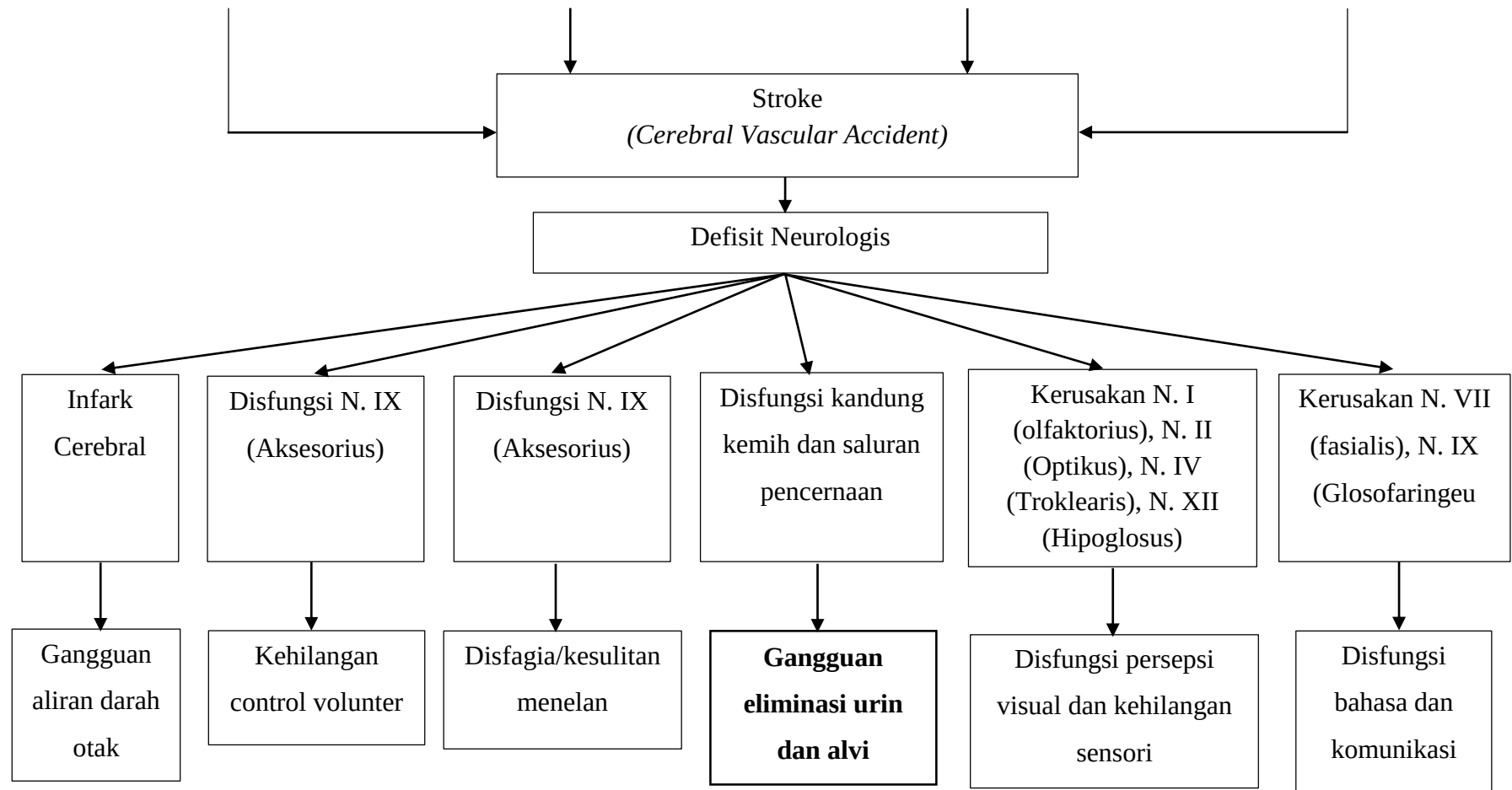
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

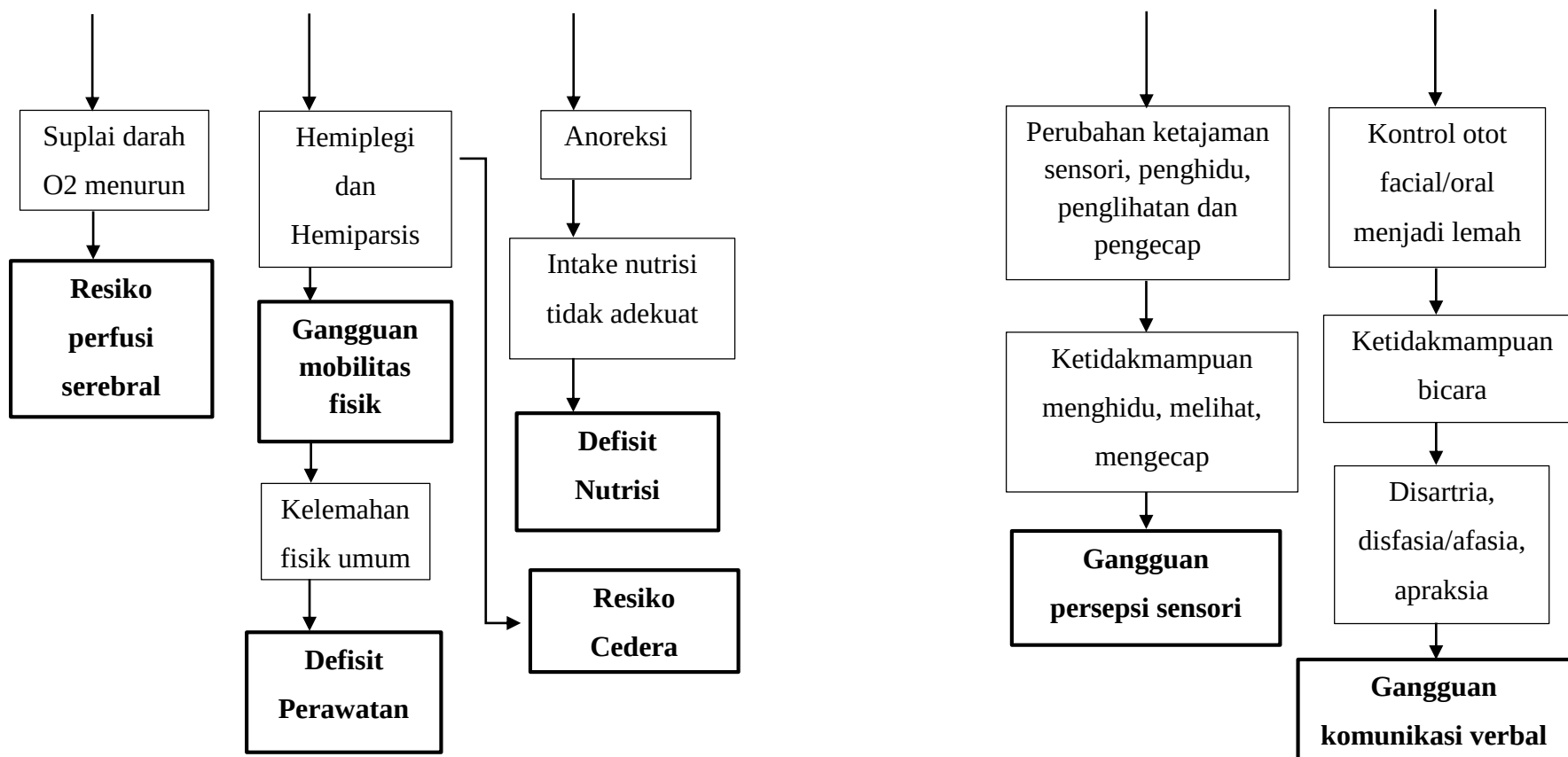
9) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

Hal ini terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial, edema.

2.3.6 Patofisiologi







Gambar 1 Skema Patofisiologi Stroke
 Sumber : (Price, Sylvia A., & Wilson, 2015)

URAIAN

Faktor-faktor resiko penyebab stroke di antaranya adalah hipertensi, penyakit jantung, kolesterol, obesitas, diabetes, merokok, alkohol, dll. Klasifikasi stroke berdasarkan kategori yang menyebabkan stroke adalah iskemia-infark dan perdarahan intrakranium. Penyakit serebrovaskular iskemik dibagi menjadi dua kategori besar yaitu oklusi trombotik dan oklusi embolik. Iskemia serebrum disebabkan oleh berkurangnya aliran darah yang berlangsung selama beberapa detik sampai beberapa menit, apabila melebihi beberapa menit, maka terjadi infark jaringan otak. Sedangkan untuk perdarahan intrakranium dapat terjadi di jaringan otak itu sendiri (ruang parenkim), ruang subaraknoid. Sebagian besar perdarahan intraserebrum berkaitan dengan hipertensi. Perdarahan subaraknoid biasanya terjadi akibat aneurisma sakular atau yang lebih jarang suatu malformasi arteriovenal, hubungan abnormal antara arteri dan vena, biasanya di otak atau tulang belakang.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulus Willisi. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke arah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarai otak. Patologinya dapat berupa

keadaan penyakit pada pembuluh itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh atau peradangan, berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, gangguan aliran darah akibat bekuan embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium, rupture vascular di dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

Stroke iskemik terjadi akibat obstruksi atau bekuan yang terbentuk didalam suatu pembuluh otak. Pada trombus vaskular distal, bekuan dapat terlepas, atau mungkin terbentuk di dalam suatu organ seperti jantung, dan kemudian dibawa melalui sistem arteri ke otak sebagai suatu embolus. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer, termasuk aterosklerosis arteritis, keadaan hiperkoagulasi, dan penyakit jantung struktural. Namun, trombosis yang menjadi penyulit aterosklerosis merupakan penyebab pada sebagian besar kasus stroke trombotik, dan embolus dari pembuluh besar atau jantung merupakan penyebab tersering stroke embolik. Sumbatan aliran di arteria karotis interna sering merupakan penyebab stroke pada orang berusia lanjut, yang sering mengalami pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan atau stenosis. Penyebab lain stroke iskemik adalah vasospasme, yang sering merupakan respons vaskular reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara lapisan araknoid dan piamater meningen. Sebagian besar stroke iskemik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh besar di leher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri, dan cedera

pada pembuluh-pembuluh ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala. Dengan demikian, pada pasien dengan stroke iskemik disertai gambaran klinis berupa nyeri kepala perlu dilakukan uji diagnostik yang dapat mendeteksi cedera seperti aneurisma disekans di pembuluh leher dan batang otak. Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subaraknoid (PSA) adalah aneurisma sakular dan malformasi arteriovena (MAV). Mekanisme lain pada stroke hemoragik adalah pemakaian kokain atau amfetamin, karena zat-zat ini dapat menyebabkan hipertensi berat dan perdarahan intraserebrum atau subaraknoid. Perdarahan dapat dengan cepat menimbulkan gejala neurologik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik. Mekanisme terjadinya iskemia tersebut ada dua: (1) tekanan pada pembuluh darah akibat ekstrasvasasi darah ke dalam tengkorak yang volumenya tetap dan (2) vasospasme reaktif pembuluh-pembuluh darah yang terpajan ke darah bebas di dalam ruang antara lapisan araknoid dan pia mater meningen. Biasanya stroke hemoragik secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran. Namun, apabila perdarahan berlangsung lambat, pasien kemungkinan besar mengalami nyeri kepala hebat, yang merupakan skenario khas perdarahan

subaraknoid (PSA). Tindakan pencegahan utama untuk perdarahan otak adalah mencegah cedera kepala dan mengendalikan tekanan darah.

Kita perlu mengetahui bahwa stroke adalah suatu kedaruratan medis, karena intervensi dini dapat menghentikan bahkan memulihkan kerusakan pada neuron akibat gangguan perfusi. Tanda utama stroke adalah munculnya secara mendadak satu atau lebih defisit neurologic fokal. Diantaranya infark serebral yang menyebabkan metabolisme dalam otak terganggu dan penurunan suplai darah dan oksigen ke otak menurun sehingga muncul masalah resiko perfusi serebral tidak efektif

Terjadinya disfungsi N.XI (Aksesoris) pada daerah ekstremitas yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter atau kelemahan otot-otot tubuh sehingga menimbulkan hemiplegi dan hemiparesis akibat lesi pada sisi otak yang berlawanan dan menyebabkan kelumpuhan pada sisi tubuh tersebut, baik kelemahan pada wajah, lengan ataupun kaki. Kelemahan pada ekstermitas dapat menyebabkan terjadinya resiko cedera pada pasien. Jika terjadi kelemahan fisik secara total akan menimbulkan masalah defisit perawatan diri, karena tidak mampu lagi melaksanakan ADL (Activity of Daily Living). Kelemahan kontrol fasial/wajah yang disebabkan oleh rusaknya N. VII (Fasialis), N. IX (Glosfaringeus) dapat berakibat pada disfungsi komunikasi dan bahasa, disfasia/afasia, disartria (kehilangan kemampuan berbicara) sehingga muncul masalah gangguan komunikasi verbal. Kerusakan neurologis juga bisa terjadi pada N. I (Olvaktorius), N. II (Optkus), N.IV (Troklearis), N.XII (Hipoglosus) berpengaruh terhadap perubahan

ketajaman sensori pada penciuman, penglihatan ataupun pengecap mengakibatkan gangguan persepsi sensori.

Penurunan fungsi N.X (Vagus), N.IX (Glossofaringeus) pada saluran pencernaan atas dapat mengakibatkan kesulitan dalam menelan atau disfagia sehingga menimbulkan anoreksia yang menyebabkan intake makanan atau nutrisi tidak adekuat sehingga muncul masalah defisit nutrisi. Pada saluran pencernaan bawah mengalami gangguan eliminasi alvi dan terjadi disfungsi pada kandung kemih akibat kelemahan otot stringer sehingga menimbulkan masalah gangguan eliminasi urine.

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Hariyanto & Sulistyowati, 2015) pemeriksaan penunjang pada pasien stroke, yaitu :

- 1) MRI (*Magnetic Resonance imaging*) menunjukkan daerah yang mengalami infark dan hemoragik.
- 2) CT Scan (*Computerized Tomografi Scanning*): mengetahui area infark, edema, hematoma, dan struktur otak
- 3) EEG (*Elektro Encephalografi*): mengidentifikasi masalah berdasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 4) *Angiografi Serebral*: mendiagnosis penyebab stroke, obstruksi arteri, menunjukkan titik oklusi atau rupture.
- 5) ECG (*Elektro Kardiogram*): mengetahui kelainan jantung yang menjadi penyebab stroke.

- 6) Pemeriksaan darah lengkap: Hb, leukosit, trombosit, LED, dan eritrosit.

2.3.8 Komplikasi

Komplikasi CVA menurut (Tarwoto, 2013) meliputi :

1) Fase Akut

a) Hipoksia serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat terhambatnya aliran darah otak. Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya.

b) Edema Serebri

Edema serebri merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

c) Peningkatan *Tekanan Intrakranial* (TIA)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai dengan adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan

intracranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

d) Aspirasi

Pasien CVA dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentan terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya reflek batuk dan menelan.

2) Komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut

a) Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi seperti pneumonia, decubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urin dan bowel.

b) Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak.

c) Nyeri kepala kronis seperti migrane, nyeri kepala tension, nyeri kepala cluster.

d) Malnutrisi, karena intake yang adekuat.

2.3.9 Penatalaksanaan

Menurut (Tarwoto, 2013), penatalaksanaan stroke di rumah sakit terbagi atas :

1) Penatalaksanaan Umum

a) Pada fase akut (Golden Periode selama 3 jam)

(1) Terapi Oksigen, pasien stroke iskemik dan hemoragik mengalami gangguan aliran darah ke otak. Sehingga kebutuhan oksigen sangat penting untuk mengurangi hipoksia

dan juga untuk mempertahankan metabolisme otak. Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator, merupakan tindakan yang dapat dilakukan sesuai hasil pemeriksaan analisa gas darah atau oksimetri.

(2) Penatalaksanaan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)

Peningkatan intra kranial biasanya disebabkan karena edema serebri, oleh karena itu pengurangan edema penting dilakukan misalnya dengan pemberian manitol, kontrol atau pengendalian tekanan darah.

(3) Monitor fungsi pernapasan: Analisa Gas Darah.

(4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.

(5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.

(6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.

(7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.

(8) Cegah emboli paru dan tromboflebitis dengan antikoagulan.

(9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik nervus cranial dan reflex.

b) Pada fase rehabilitasi

(1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.

(2) Program manajemen bladder dan power.

(3) Mempertimbangkan keseimbangan tubuh.

- (4) Rentang gerak sendi (ROM).
- (5) Pertahankan integritas kulit.
- (6) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- (7) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari.
- (8) Persiapan pasien pulang.

2) Penatalaksanaan Kolaboratif

Fisioterapi, lumpuh seluruhnya sangat jarang seorang fisioterapi akan membantu anda mengatasi kegiatan menyangkut otot yang kecil sekalipun, anda juga akan dilibatkan dalam program peregangan untuk otot-otot.

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah sekelompok dua orang atau lebih yang hidup bersama secara emosional dekat satu sama lain, tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, dan tidak mempunyai batasan keanggotaan (Friedman *et al.*, 2010). Keluarga adalah sekelompok orang yang tinggal serumah dan terhubung melalui perkawinan, darah, atau adopsi (Kesuma *et al.*, 2023). Menurut Renteng and Simak (2021), keluarga adalah sekelompok orang yang hidup bersama melalui perkawinan, adopsi, atau kelahiran dan yang berinteraksi dan saling bergantung serta berkontribusi terhadap status kesehatan anggota keluarga dan masyarakat.” Penulis berpendapat bahwa keluarga adalah sekelompok makhluk hidup yang saling mendukung, memperlakukan

satu sama lain dengan penuh hormat, dan ikut serta dalam perkembangan emosi, fisik, mental, dan sosial satu sama lain (Harwijayanti *et al.*, 2022).

2.4.2 Fungsi Keluarga

Friedman *et al.*, (2010) dalam (Harwijayanti *et al.*, 2022), mengartikan kemampuan sebagai apa yang dilakukan keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada bagaimana keluarga mencapai seluruh tujuannya. Berikut unsur-unsur umum keluarga seperti yang dikemukakan oleh Friedman :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif adalah Fungsi keluarga berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang memberikan kasih sayang, rasa aman, dan dukungan psikososial kepada anggotanya.. Fungsi afektif berhasil ketika orang hidup dalam keluarga yang bahagia. Citra diri yang positif, perasaan penting dan memiliki, serta kasih sayang semuanya dipupuk oleh anggota keluarga. Kemampuan penuh perasaan merupakan sumber energi penentu kebahagiaan keluarga. Fungsi afektif yang tidak terpenuhi menimbulkan permasalahan dalam keluarga.

2) Fungsi Sosialisasi

Merupakan fungsi yang membantu individu dalam menjalankan perannya dalam lingkungan sosial dan memberikan kontribusi dalam proses perkembangan individu.

3) Fungsi Reproduksi

Merupakan Fungsi menjaga kelangsungan keluarga serta kelangsungan keturunan.

4) Fungsi Ekonomi

Merupakan kemampuan memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan menumbuhkan keterampilan individu untuk meningkatkan pendapatan.

5) Fungsi Perawatan/Pemeliharaan Kesehatan

Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan adalah fungsi yang dapat digunakan untuk menjaga kesehatan dan produktivitas anggota keluarga tetap tinggi. Kemampuan keluarga untuk memberikan asuhan keperawatan atau pemeliharaan.

2.4.3 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan yaitu (Harwijayanti *et al.*, 2022) :

- 1) Keluarga mengenali masalah kesehatan yang ada dalam keluarga.
- 2) Keluarga dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat dalam menangani masalah kesehatan keluarga.
- 3) Keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami permasalahan kesehatan.
- 4) Keluarga dapat memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarganya.
- 5) Keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di sekitarnya dalam membantu kesehatan anggota keluarganya.

2.5 Perawatan Pasien Pasca Stroke

Setelah terjadinya stroke, pasien cenderung merasa cemas dan mengalami ketergantungan yang sangat besar terhadap orang lain, terutama pada keluarannya sebagai orang terdekat dari penderita stroke. Selama perawatan di rumah keluarga sangat berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri, meminimalkan kecacatan, serta mencegah terjadinya stroke ulang. Oleh sebab itu, keluarga sangat perlu untuk memahami dan mengetahui perawatan pasien pasca stroke di rumah.

Kemungkinan masalah kesehatan yang dialami pasien pasca stroke di rumah antara lain kelumpuhan, kelemahan separuh badan atau *hemiparese*, gangguan sensibilitas atau pasien mengalami rasa kebas atau *baal*, gangguan keseimbangan duduk atau berdiri, gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi, gangguan menelan, gangguan penglihatan, gangguan buang air kecil atau inkontinensia, gangguan buang air besar atau konstipasi, kesulitan menggunakan pakaian, gangguan memori atau daya ingat, perubahan kepribadian atau emosi (Ariya, 2021). Berikut beberapa prinsip dalam merawat pasien pasca stroke di rumah.

1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi

- a) Membantu pasien duduk lebih tegak saat makan agar tidak tersedak
- b) Jika pasien mengalami gangguan menelan lebih baik menggunakan selang NGT (dari hidung ke lambung)
- c) Menghindari makanan tinggi lemak, tinggi garam, makanan keras / alot dan memperbanyak makanan tinggi serat

- d) Ahli gizi akan memberikan saran mengenai konsistensi makanan dan minuman yang sesuai.
- e) Letakkan piring pada alas anti slip atau piring cekung, untuk mencegah tumpah

2) Mengingatkan jadwal kontrol dan minum obat

- a) Berikan dukungan dan perhatian seperti mengantar pasien untuk kontrol ke klinik atau Rumah Sakit.
- b) Bantulah pasien untuk mengingatkan jadwal minum obat dan mengambilkan obat yang tepat.
- c) Lakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin sekali seminggu.

3) Membantu melakukan terapi bicara (Denslow, 2023)

- a) Julurkan lidah sejauh mungkin dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali. Kemudian tahan selama 2 detik dan ulangi.
- b) Julurkan lidah ke sudut kanan mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan tahan selama 2 detik. Kemudian, julurkan lidah ke sudut kiri mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan ulangi.
- c) Julurkan lidah ke arah hidung dan tahan selama 2 detik, lalu julurkan lidah ke arah dagu dan tahan selama 2 detik, dan ulangi.
- d) Berlatih tersenyum di depan cermin selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- e) Berlatih mengerutkan bibir selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- f) Berlatih mengucapkan huruf vokal “A, I, U, E, O”, apabila kesulitan mengucapkan huruf “R” latih dengan mengucapkan “RA, RI, RU, RE, RO”

- g) Apabila pasien sudah mulai bisa bicara, lakukan terapi membaca dengan suara lantang dan keras.
 - h) Keluarga mengucapkan suatu kata, lalu minta pasien menebak berapa suku kata pada kata tersebut. Kemudian berumpun balik benar/salah, jika salah perbaiki.
 - i) Melakukan permainan kata seperti scrabble atau TTS.
- 4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak.
- a) Merubah posisi pasien seperti miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam
 - b) Posisikan pasien tidur dengan kepala lebih tinggi atau *head-up* 30 derajat dengan bantal, untuk memperlancar sirkulasi darah ke otak dan saturasi oksigen.
 - c) Gerakkan semua sendi di tungkai yang lemah secara lembut dan perlahan (lurus dan menekuk) 5-7 kali. Tahanlah sendi di setiap posisi selama sekitar 30 detik dan ulangi setiap 4 jam. Hal ini dilakukan untuk mencegah kekakuan sendi dan melatih otot yang kaku.
 - d) Topang tungkai atau lengan yang lemah dengan bantal dan jangan menarik lengan yang lemah.
 - e) Meningkatkan mobilisasi secara perlahan dan bertahap dengan latihan duduk di tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, berjalan ke kursi, duduk di kursi dan berjalan di tempat yang rata.
 - f) Topang lengan yang lemah dengan lengan yang normal saat berjalan, agar lengan yang lemah tidak terkulai ke bawah.

5) Menciptakan lingkungan yang aman

- a) Sediakan kamar tidur dekat dengan kamar mandi / WC agar mudah terjangkau
- b) Sediakan pegangan di kamar mandi
- c) Sediakan alas kaki yang nyaman dan anti slip, yang memudahkan pasien leluasa berjalan
- d) Sediakan perabot yang mudah untuk dipegang, seperti gelas yang ada pegangan
- e) Sediakan alat bantu berpindah / berjalan untuk pasien, seperti kursi roda dan tongkat
- f) Dekatkan barang-barang yang sering digunakan pasien agar mudah dijangkau seperti telephone, buku, dll.
- g) Menciptakan sistem panggilan di rumah seperti bel khusus yang dapat dibunyikan pasien.

6) Membantu dalam kebersihan diri (*Personal hygiene*)

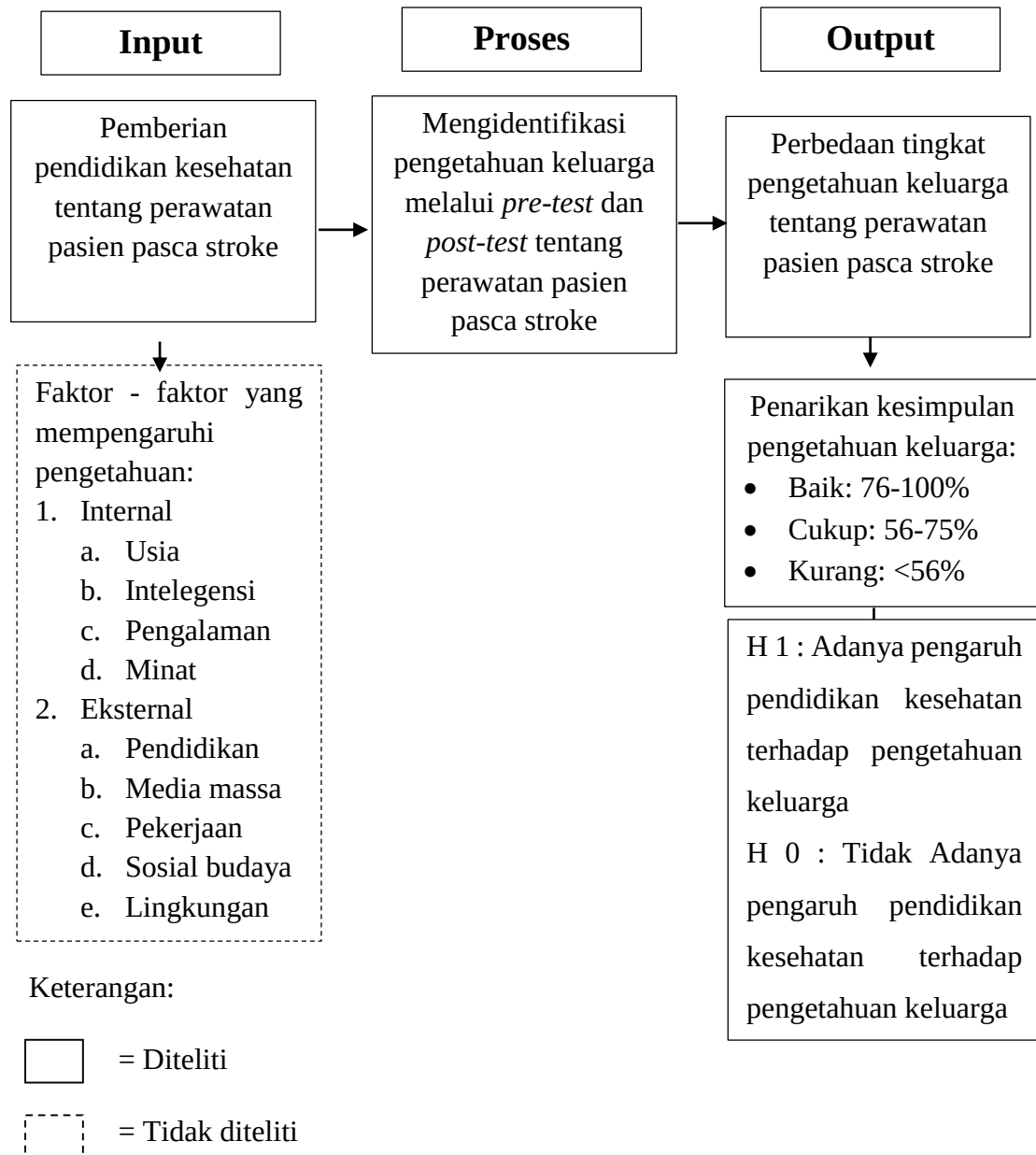
- a) Bersihkan tubuh pasien dengan air hangat, waslap dan sabun, paling tidak 1-2 kali sehari.
- b) Periksa apakah ada abrasi, lepuh atau kemerahan di kulit yang tidak hilang ketika ditekan (tanda awal *Decubitus*).
- c) Ganti seprei yang kotor atau basah, dan bantu pasien dalam mengganti pakaiannya.
- d) Jaga kelembaban kulit pasien dengan menggunakan *body lotion* atau bedak.

- e) Pasien yang mengalami gangguan menelan sebaiknya dibantu untuk membersihkan mulutnya menggunakan sikat lembut yang lembab atau kapas yang diberi cairan pembersih mulut.
 - f) Gunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien, jika diperlukan.
 - g) Pasien yang memakai popok, apabila popok sudah basah atau tercemar kotoran harus segera diganti.
 - h) Pasien yang memakai selang kateter, yang merawat pasien perlu memahami cara membersihkan kateter. Dianjurkan mengganti kateter temporer setiap 1 minggu disertai irigasi kandung kemih dengan antiseptik.
 - i) Bantu pasien untuk BAB dan BAK seperti memegangi pasien ke kamar mandi/WC. Pasien perlu BAB secara teratur minimal 2-3 hari sekali. Cara memperlancar BAB yaitu sarankan pasien untuk minum yang cukup (min.2L sehari), banyak konsumsi serat dan aktivitas fisik. Pelunak tinja seperti obat supositoria dan enema dapat digunakan untuk sembelit yang terjadi sekali-kali.
- 7) Memberikan dukungan emosional
- a) Pada pasien stroke sangat memerlukan adanya dukungan keluarga untuk membantu pasien guna menstabilkan emosinya, kecemasan dan menumbuhkan rasa percaya diri serta motivasi. Jadi, selalu temani pasien dalam menjalankan aktivitasnya dan jangan biarkan pasien kesepian.

- b) Bantu pasien untuk melatih otaknya dengan mengajak pasien berbincang-bincang dan memberikan informasi mengenai hari,waktu dan mengingat nama-nama orang yang ada disekitarnya.

2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah uraian tentang hubungan antar variable-variabel yang terkait dengan masalah penelitian yang dibangun berdasarkan teori / kerangka pikir atau hasil studi sebelumnya sebagai pedoman penelitian. Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan diteliti, untuk mendeskripsikan secara jelas variabel yang dipengaruhi (*variabel dependent*) dan variable pengaruh (*variabel independent*). Kerangka konsep sebaiknya dibuat dalam bentuk skema atau diagram, sehingga memudahkan untuk melihat hubungan antar variabel dan analisis datanya (Supardi & Rustika, 2013 : 44)



Gambar 2 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr.Soedomo Trenggalek

2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan dari penelitian. Menurut La Biondo-Wood dan Haber (2002) hipotesis adalah suatu pertanyaan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian. Setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan (Nursalam, 2017 : 50).

Berdasarkan teori dalam tinjauan pustaka dan kerangka konseptual di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut :

- 1) H₁ : Adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.
- 2) H₀ : Tidak Adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

BAB III

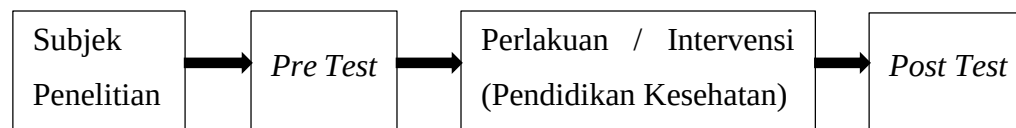
METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara mengetahui sesuatu untuk menemukan, mengembangkan, atau menguji kebenaran secara sistematis, logis dan empiris menggunakan metode ilmiah (Supardi & Rustika, 2013).

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2007 : 127). Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif, yakni metode penelitian yang ditunjukkan untuk menggambarkan fenomena yang ada secara objektif, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2016).

Rancangan penelitian yang akan digunakan pada penelitian ini adalah eksperimen dengan metode *Pre Experiment Design* yaitu suatu rancangan penelitian yang digunakan untuk mencari hubungan sebab akibat dengan adanya keterlibatan penelitian dalam melakukan manipulasi terhadap variabel bebas. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *One Group Pra – Post test Design* yaitu penelitian yang mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi setelah intervensi (Nursalam, 2017). Bentuk rancangannya adalah sebagai berikut :



Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-test
K	O	1	O1
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

3. 1 Tabel One Group Pra-post Test Design

Ket :

K = Keluarga pasien stroke

O = Intervensi pendidikan kesehatan metode penyuluhan

1 = Penilaian awal atau pre-test sebelum intervensi

O1 = Penilaian akhir atau post-test setelah intervensi

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

3.3 Populasi, Sampel Penelitian, dan Teknik Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek/objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009 : 80).

Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang merawat

pasien stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, yang berjumlah 83 orang (Rata-rata dalam satu bulan, register Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo, 2022 dalam Pratiwi, 2024).

3.3.2 Sample Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2008).

Penetapan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan Rumus Slovin. Rumus Slovin adalah salah satu teori penarikan sampel yang paling populer untuk penelitian kuantitatif. Rumus Slovin biasa digunakan untuk pengambilan jumlah sampel yang harus representatif agar hasil penelitian dapat digeneralisasikan dan perhitungannya pun tidak memerlukan tabel jumlah sampel (Sugiono 2008 dalam Patarianto, 2015). Adapun rumus yang digunakan dalam mencari jumlah sampel penelitian yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

Keterangan:

n : perkiraan besar sampel

N : perkiraan besar populasi

e : persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir.

Dalam rumus Slovin ada ketentuan sebagai berikut :

Nilai e = 0,1 (10%) untuk populasi dalam jumlah besar.

Nilai e = 0,2 (20%) untuk populasi dalam jumlah kecil

Penentuan besar sampel pada penelitian ini diestimasi dengan rumus slovin sebagai berikut :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1+N(e)^2} \\
 &= \frac{83}{1+83(0,2)^2} \\
 &= \frac{83}{4,32} \\
 &= 19,23 \\
 &= 19
 \end{aligned}$$

Menentukan sampel penelitian dalam keperawatan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan (Hidayat, 2008 : 60).

1) Kriteria inklusi

Kriteria Inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat penelitian (Hidayat, 2008).

Kriteria Inklusi pada penelitian ini adalah:

- a) Salah satu keluarga bersedia menjadi responden
- b) Salah satu keluarga yang terlibat langsung dalam perawatan pasien stroke di rumah sakit
- c) Salah satu keluarga hadir pada saat penelitian
- d) Salah satu keluarga mampu membaca dan menulis
- e) Salah satu keluarga tidak mengalami gangguan penglihatan atau pendengaran

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Hidayat, 2008).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Keluarga yang tidak memberikan perawatan pada pasien stroke
- b) Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan stroke komplikasi
- c) Keluarga dengan pasien stroke dalam keadaan kritis/berada dalam ruang HCU

3.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara yang di tempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *Purposive Sampling*. *Purposive Sampling* merupakan teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/ masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2017 : 174-175).

3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel penelitian diartikan sebagai perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2017 : 177). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dependen dan independen.

- 1) Variabel *independen* (variabel bebas) dalam penelitian ini adalah

pendidikan kesehatan sedangkan

- 2) Variabel *dependen* (variabel terikat) dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan.

3.5 Definisi operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, sehingga definisi operasional ini merupakan suatu informasi ilmiah yang akan membantu peneliti lain yang akan menggunakan variabel yang sama (Setiadi, 2007 : 165).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Definisi Operasional Variabel independen : Pendidikan Kesehatan	Memberikan informasi kesehatan kepada keluarga pasien stroke tentang perawatan pasien stroke dengan cara penyuluhan	Prosedur pendidikan kesehatan menggunakan metode : penyuluhan	-	-	-
2.	Variabel dependen : Tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke	Kemampuan keluarga dalam menjawab soal kuisioner dari peneliti tentang perawatan pasien stroke.	Parameter pengukuran tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke meliputi : 1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi 2) Mengingat jadwal kontrol dan minum obat 3) Membantu melakukan terapi bicara 4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak 5) Menciptakan lingkungan yang aman 6) Membantu dalam kebersihan diri (<i>Personal hygiene</i>) 7) Memberikan dukungan emosional	Kuisioner	Ordinal	• Pengetahuan Baik : 76% - 100% • Pengetahuan Cukup : 56% - 75% • Pengetahuan Kurang : < 56% (Nursalam, 2015)

3. 2 Definisi Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Bahan atau Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk pengambilan data adalah kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya (Sugiyono, 2009:142).

Kuesioner yang diberikan adalah kuesioner mengenai pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah berupa *pre-test* yang diberikan sebelum melakukan pendidikan kesehatan dan *post-test* yang diberikan setelah melakukan pendidikan kesehatan. Jumlah pernyataan pada kuesioner sebanyak 20 item, dan isi pernyataan kuesioner sebelum dan sesudah sama. Kuesioner dalam penelitian ini diperoleh dari penelitian sebelumnya yaitu Watung (2016) dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke Di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga”. Kuesioner asli berbahasa Indonesia yang terdiri dari 20 pertanyaan yang sudah dimodifikasi dan sudah teruji validitas.

Kuesioner yang digunakan bersifat pertanyaan atau tertutup dimana dalam pertanyaan tersebut disediakan jawaban “benar” atau “salah” . Adapun penilaian kuesioner yang digunakan menggunakan metode menurut skala Gutman. Apabila responden menjawab pertanyaan dengan tepat maka nilainya 1 dan bila pertanyaannya tidak tepat maka akan mendapat nilai 0 (Sugiyono, 2017:96). Skala pengukuran

menggunakan skala ordinal, yaitu skala berjenjang atau tingkatan yang bertingkat : kurang, cukup, baik untuk variabel dependen tingkat pengetahuan keluarga (Hidayat, 2008:89).

3.6.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017 : 191). Dalam penelitian ini prosedur yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

1) Prosedur administrasi

Prosedur administrasi ini dimulai dengan mendapatkan izin dari Ketua Progam Studi D-III Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek dengan Nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/67/2025 dan mendapatkan 4 surat yaitu Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek, Koordinator Pendidikan, Kepala Ruang Unit Stroke, dan bagi peneliti. Dimana isi dari surat tersebut yaitu tentang persetujuan untuk dilakukan penelitian oleh peneliti. Kemudian peneliti menyerahkan surat permohonan penelitian tersebut ke Koordinator Pendidikan Rumah Sakit untuk mendapatkan surat balasan. Setelah persyaratan dipenuhi surat dibuat dan diterima yang mana surat ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke, Ketua Progam Studi D-III Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek dan bagi peneliti dengan surat 000.9/79/406.010.001/18.00/2025. Pembayaran sebagai administrasi pendaftaran penelitian dilakukan. Setelah pembayaran dilakukan, surat yang ditujukan kepada Kepala Ruang Unit Stroke diberikan

dengan membawa Proposal Karya Tulis Ilmiah. Peneliti dinyatakan boleh melakukan penelitian dilahan penelitian yang diambil.

2) Tahap pelaksanaan

Kepala ruang unit Stroke mengarahkan waktu untuk melakukan penelitian. Proses pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 7 - 22 Maret 2025 yang dimulai dari peneliti mencari responden yang akan diteliti. Selanjutnya peneliti mendatangi keluarga pasien dan menyampaikan maksud kedatangan serta meminta kesediaannya menjadi responden. Selanjutnya peneliti menyampaikan maksud dan menyampaikan kuesioner dengan menjelaskan bagaimana cara pengisiannya. Kuesioner pertama atau *pre-test* diberikan terlebih dahulu dan setelah kuisisioner sudah terisi peneliti memberikan pendidikan kesehatan secara individu di tempat khusus yang biasa digunakan oleh perawat ruangan untuk melakukan *Discard planning*. Kemudian peneliti memberikan kuesioner kedua yaitu *post-test* dan setelah selesai diisi oleh responden, peneliti kemudian mengecek apakah kuesioner telah diisi sesuai dengan petunjuk yang benar.

3) Tahap terminasi, setelah semua kuesioner terkumpul dan dianggap benar, peneliti melakukan pengumpulan dan pengolahan data. Diperoleh data yang terdiri dari (Sugiono, 2017) :

a) Data Primer

Data primer diperoleh secara langsung dari sumbernya dan jawaban atas pertanyaan yang disediakan melalui pengisian kuesioner oleh responden tentang pengetahuan keluarga tentang

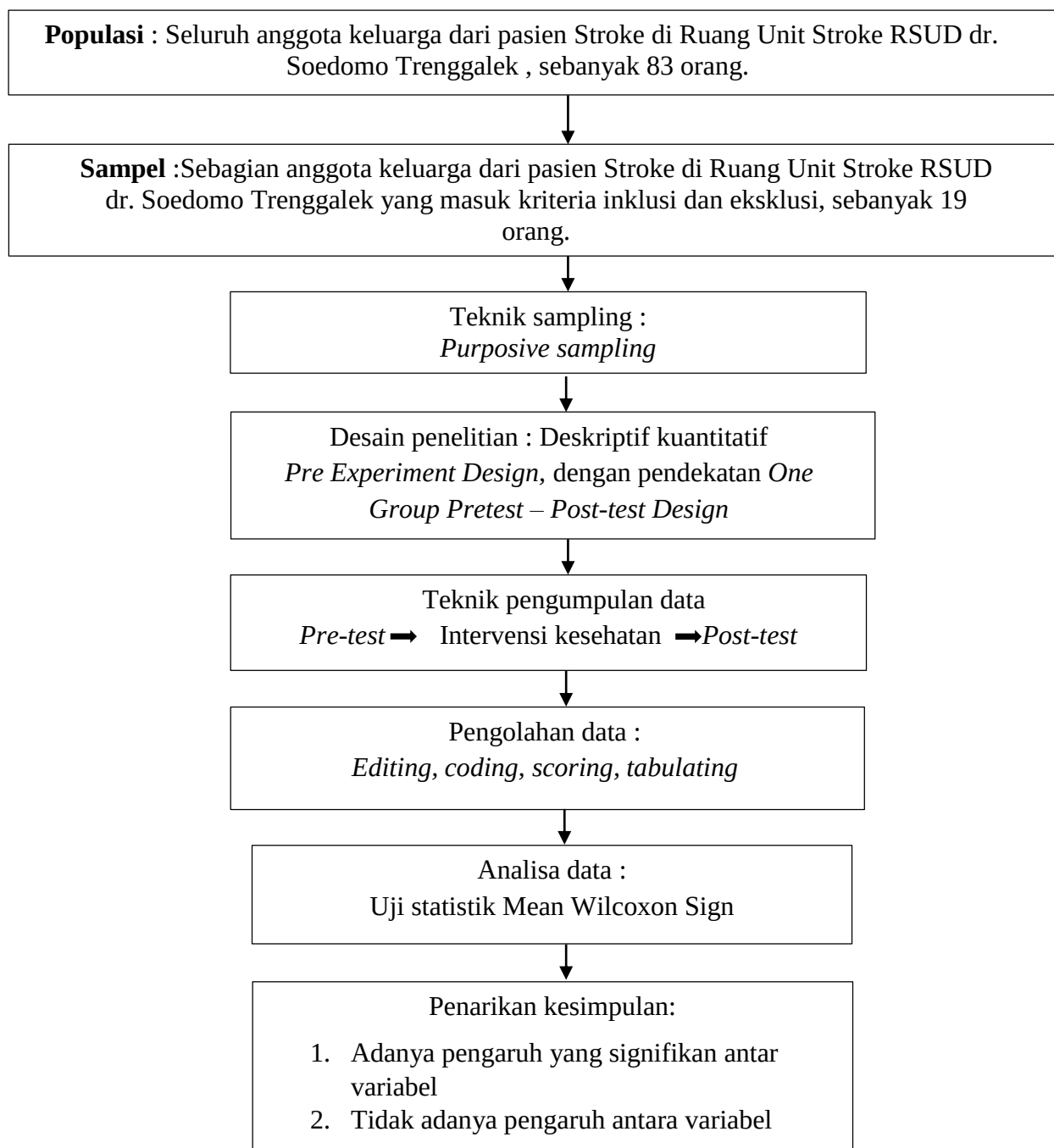
perawatan pasien pasca stroke yang baik dan benar.

b) Data Sekunder

Data sekunder yaitu sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen. Peneliti memperoleh data ini dari instansi tentang yaitu data rekam medis pasien stroke seperti diagnosa penyakit pasien di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.7 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang ditulis dalam bentuk kerangka atau alur penelitian (Hidayat, 2003:58).



Gambar 3 Kerangka Kerja Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

3.8 Pengolahan dan Analisa Data

3.8.1 Cara Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007 : 188).

1) *Editing*

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah selesai ini dilakukan terhadap:

- a) Kelengkapan jawaban, apakah tiap pertanyaan sudah ada jawabannya, meskipun jawaban hanya berupa tidak tahu atau tidak mau menjawab.
- b) Keterbacaan tulisan, tulisan yang tidak terbaca akan mempersulit pengolahan data atau berakibat pengolahan data salah membaca.
- c) Relevansi jawaban, bila ada jawaban yang kurang atau tidak relevan maka editor harus menolaknya.

2) *Coding*

Coding adalah mengklasifikasi jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

3) *Scoring*

Scoring yaitu menentukan skor/nilai untuk setiap item pertanyaan dan

tentukan nilai terendah dan tertinggi.

4) *Entry Data*

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data. Memasukan data, boleh dengan cara manual atau melalui pengolahan komputer.

3.8.2 Analisa Data

Analisa data merupakan bagian terpenting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti yang mengungkap fenomena (Nursalam, 2017:197). Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

1) Analisa univariat

Dilakukan terhadap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi presentasi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke di rumah dan pengetahuan keluarga sesudah dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke menggunakan komputer program SPSS Versi 20 (*statistic package and social sciences*).

a) Tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke

Rumus yang digunakan:

$$P = \frac{SP}{SM} \times 100 \%$$

Keterangan:

P : prosentase

SP : skor yang diperoleh

SM : skor maksimal

Kemudian hasilnya dimasukkan ke dalam kriteria standar penilaian dan dikategorikan baik, cukup, kurang dengan ketentuan sebagai berikut :

(1) Jika pengetahuan Baik : 76 – 100%

(2) Jika pengetahuan Cukup : 56 - 75%

(3) Jika pengetahuan Kurang : $\leq 56\%$

(Setiadi, 2007:307)

b) Karakteristik keluarga

(1) Analisa tingkat pengetahuan responden:

$$\frac{\text{Jumlah responden (menurut tingkat pengetahuan)}}{\text{Total responden}} \times 100$$

(2) Analisa tingkat pendidikan responden

$$\frac{\text{Jumlah responden (menurut tingkat pendidikan)}}{\text{Total responden}} \times 100$$

(3) Analisa usia responden

$$\frac{\text{Jumlah responden (menurut usia)}}{\text{Total responden}} \times 100$$

Kemudian hasil pengolahan data tersebut diinterpretasikan dengan menggunakan skala kuantitatif :

1) 0 % = Tidak seorangpun dari responden

- 2) 1 % - 25 % = Sangat sedikit dari responden
- 3) 26 % - 49 % = Sebagian kecil dari responden
- 4) 50 % = Setengah dari responden
- 5) 51 % - 75 % = Sebagian besar dari responden
- 6) 76 % - 99 % = Hampir seluruh dari responden
- 7) 100 % = Seluruh responden

(Arikunto, 2008 : 246)

2) Analisa Bivariat

Analisa bivariate adalah teknik analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2018). Analisa bivariate dilakukan untuk melihat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah. Uji yang digunakan adalah uji *Wilcoxon* (Watung, 2016). Tingkat kemaknaan sebesar 0,05 ($\alpha = 5\%$) dan confidence interval sebesar 95% dengan interpretasinya, yaitu :

- a) Jika $p \text{ value} < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- b) Jika $p \text{ value} > 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.9 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut menurut Hidayat (2008 : 82-83).

3.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

3.9.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur

dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3.9.3 Kerahasiaan (Confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang dilakukan pada tanggal 7 – 22 Maret 2025 dengan jumlah responden 19 keluarga dari pasien stroke.

Adapun data yang disajikan terdiri atas dua bagian yaitu data umum dan data khusus. Data umum berkaitan dengan karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, pengalaman merawat pasien, pengalaman mendapat informasi dan sumber informasi. Sedangkan data khusus berkaitan dengan distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sebelum dan setelah dilakukan intervensi tentang perawatan pasien pasca stroke, serta pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

4.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini meliputi penjabaran mengenai karakteristik responden dan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Dari penelitian yang dilaksanakan kemudian diolah dan didapatkan hasil sebagai berikut :

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 7 - 22 Maret 2025 di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo

Trenggalek”. Peneliti melakukan pengambilan data pada 19 responden di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. RSUD dr. Soedomo merupakan rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Trenggalek dengan type C yang berlokasi di Jalan Dr. Sutomo No. 2 Trenggalek. RSUD dr. Soedomo Trenggalek juga merupakan rumah sakit rujukan di Kabupaten Trenggalek. RSUD dr. Soedomo Trenggalek merupakan unsur penunjang dari penyelenggaraan Pemerintah Daerah Kabupaten Trenggalek di bidang pelayanan kesehatan yang mempunyai tugas pokok melaksanakan penyusunan dan penyelenggaraan kebijakan daerah di bidang pelayanan kesehatan. Ruang Unit Stroke merupakan salah satu ruang rawat inap yang ada di RSUD dr. Soedomo Trenggalek untuk penatalaksanaan terhadap pasien stroke dengan pendekatan pelayanan paripurna dan terpadu. Ruang Unit Stroke merupakan ruangan yang mengatasi semua gangguan neurologis, termasuk gangguan serebral (Stroke). Gangguan neurologis merupakan penyakit pada sistem syaraf pusat dan sistem syaraf perifer. Unit ini akan memberikan perawatan yang paripurna dengan keunggulan kecepatan pelayanan, kelengkapan fasilitas dan petugas yang terlatih guna meminimalkan kecacatan akibat stroke.

Terdapat 15 perawat ahli stroke, 1 farmasi, 3 ahli gizi dietisien, 3 fisioterapis, 2 dokter ahli syaraf di ruang Unit Stroke. Kapasitas tempat tidur yang ada di ruang Unit Stroke adalah 22 tempat tidur, yaitu ruang HCU dengan kapasitas 2 tempat tidur, ruang kelas 1 dengan kapasitas 6 tempat tidur, ruang kelas 2 dengan kapasitas 2 tempat tidur, ruang kelas

3 dengan kapasitas 12 tempat tidur. Selain ruang perawatan, juga terdapat ruang administrasi, ruang perawat, ruang obat, ruang konsultasi dokter, ruang gymnasium, serta 13 kamar mandi. Responden dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang berada di ruang Unit Stroke maupun di luar ruangan, yang mana keluarga tinggal satu rumah, merawat serta mengawasi perkembangan pasien di rumah selama masa rehabilitasi atau pemulihan pasca rawat inap dari Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

4.1.2 Data Umum

Pada bagian ini peneliti akan menyajikan hasil penelitian melalui kuesioner yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, pengalaman merawat pasien dan sumber informasi.

1) Karakteristik berdasarkan usia

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan usia di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 1 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia di Ruang Unit Stroke

No.	Usia (tahun)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	20-30 tahun	6	32%
2	31-59 tahun	12	63%
3	> 60 tahun	1	5%
Total		19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.1 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia dapat diketahui bahwa 12 dari 19 responden, sebagian besar dari responden (63%) berusia 31-59 tahun.

2) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan jenis kelamin di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 2 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang Unit Stroke

No.	Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Laki – laki	6	32%
2	Perempuan	13	68%
	Total	19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.1 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin dapat diketahui bahwa 13 dari 19 responden, sebagian besar dari responden (68%) berjenis kelamin perempuan.

3) Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan pekerjaan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 3 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Unit Stroke

No.	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Ibu Rumah Tangga	9	47%
2	Wiraswasta	7	37%
3	Buruh	1	5%
4	Belum bekerja	1	5%
5	PNS	1	5%
	Total	19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.3 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan dapat diketahui bahwa 9 dari 19 responden, sebagian kecil responden (47%) berperan sebagai ibu rumah tangga.

4) Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan pendidikan terakhir di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 4 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir di Ruang Unit Stroke

No.	Pendidikan terakhir	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	SD/ sederajat	5	26%
2	SMP/ sederajat	4	21%
3	SMA/ sederajat	8	42%
4	S1/ sederajat	2	11%
Total		19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.4 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir dapat diketahui bahwa 8 dari 19 responden, sebagian kecil dari responden (42%) berpendidikan SMA/ sederajat.

5) Karakteristik responden berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien stroke

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 5 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan hubungan dengan pasien di Ruang Unit Stroke

No.	Hubungan keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Suami	1	5%
2	Istri	4	21%
3	Anak	11	58%
4	Lain-lain	3	16%
Total		19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.5 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien dapat diketahui bahwa 11 dari 19 responden, sebagian besar dari responden (42%) memiliki hubungan keluarga sebagai anak pasien.

6) Karakteristik responden berdasarkan pengalaman merawat anggota keluarga stroke

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan pengalaman merawat anggota keluarga stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 6 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman merawat anggota keluarga stroke di Ruang Unit Stroke

No.	Pengalaman merawat	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Ya	1	5%
2	Tidak	18	95%
	Total	19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.6 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman merawat anggota keluarga stroke dapat diketahui bahwa 18 dari 19 responden, sebagian besar dari responden (95%) tidak memiliki pengalaman merawat anggota keluarga stroke.

7) Karakteristik responden berdasarkan lama merawat pasien stroke

Tabel 4.7 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan lama merawat anggota keluarga stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 7 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama merawat anggota keluarga stroke di Ruang Unit Stroke

No.	Lama merawat	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	>1 tahun	-	0%

2	1-2 tahun	1	5%
3	>2 tahun	-	0%
Total		1	5%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.7 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama merawat anggota keluarga stroke dapat diketahui bahwa 1 dari 19 responden, sedikit dari responden (5%) memiliki pengalaman merawat anggota keluarga stroke selama 1-2 tahun.

8) Karakteristik responden berdasarkan pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke

Tabel 4.8 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan pengalaman mendapat informasi tentang merawat anggota keluarga stroke di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 8 Distrtribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke di Ruang Unit Stroke

No.	Pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Ya	1	5%
2	Tidak	18	95%
Total		19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.8 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke dapat diketahui bahwa 18 dari 19 responden, sebagian besar dari responden (95%) tidak memiliki pengalaman mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke.

9) Karakteristik responden berdasarkan sumber informasi yang didapatkan

Tabel 4.9 Distribusi frekuensi keluarga yang merawat pasien stroke berdasarkan sumber informasi yang didapatkan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 9 Distrtribusi frekuensi karakteristik berdasarkan sumber informasi yang didapat di Ruang Unit Stroke

No.	Sumber Informasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Media Informasi	-	0%
2	Teman/tetangga	-	0%
3	Petugas kesehatan	1	5%
	Total	1	5%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.9 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan sumber informasi yang didapatkan tentang perawatan pasien stroke dapat diketahui bahwa 1 dari 19 responden, sangat sedikit dari responden (5%) mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke dari petugas kesehatan.

4.1.3 Data Khusus

Data khusus ini menyajikan frekuensi pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke sebelum dan setelah dilakukan intervensi, serta pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke.

1) Analisa Univariat

a) Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Pre-test*)

Tabel 4.10 Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Pre-test*) di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 10 Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Pre-test*) di Ruang Unit Stroke

No.	Pengetahuan keluarga (<i>Pre-test</i>)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Baik	5	26%
2	Cukup	10	53%
3	Kurang	4	21%
	Total	19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.10 distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke (*Pre-test*) di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dapat diketahui bahwa sebagian besar dari responden (53%) memiliki pengetahuan cukup sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan.

b) Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Post-test*)

Tabel 4.11 Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Post-test*) di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 7 - 22 Maret 2025.

Tabel 4. 11 Distribusi frekuensi pengetahuan keluarga sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan (*Post-test*) di Ruang Unit Stroke

No.	Pengetahuan keluarga (<i>Post-test</i>)	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1	Baik	19	100%
2	Cukup	-	-
3	Kurang	-	-
	Total	19	100%

Sumber: Kuesioner 2025

Berdasarkan tabel 4.11 menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke (*Post-test*) di Ruang Unit Stroke RSUD

dr. Soedomo Trenggalek dapat diketahui bahwa seluruh responden (100%) memiliki pengetahuan baik sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan.

2) Analisa Bivariat

Tabel 4.12 Hasil Uji Wilcoxon Pengetahuan Responden Sebelum Dan Setelah Dilakukan Pendidikan Kesehatan di Ruang Unit Stroke

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post-test - Pre-test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	18 ^b	9.50	171.00
	Ties	1 ^c		
	Total	19		
	Z			-3.730 ^b
	Asymp. Sig. (2-tailed)			<,001
a. Post-test < Pre-test				
b. Post-test > Pre-test				
c. Post-test = Pre-test				

Berdasarkan tabel 4.12 menunjukkan bahwa ada 18 responden yang mengalami peningkatan pengetahuan dan 1 responden tidak memiliki perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke yang dibuktikan dengan nilai $p = 0,001$.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan jumlah responden sebanyak 19 keluarga dari penderita stroke, berikut ini

merupakan pembahasan berdasarkan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian yang telah diuraikan sebagai berikut :

4.2.1 Karakteristik keluarga yang merawat pasien stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa karakteristik keluarga di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dari 19 responden didapatkan data sebagian besar dari responden 63% berusia 31-59 tahun, sebagian besar dari responden 68% berjenis kelamin perempuan, sebagian kecil dari responden 47% berperan sebagai ibu rumah tangga, sebagian kecil dari responden 42% berpendidikan terakhir SMA/ sederajat, sebagian besar dari responden 58% memiliki hubungan keluarga sebagai anak dari pasien, sebagian besar dari responden 95% tidak memiliki pengalaman merawat anggota keluarga stroke, sedikit dari responden 5% mempunyai pengalaman merawat pasien stroke selama 1-2 tahun, sebagian besar dari responden 95% responden tidak pernah mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke dan sangat sedikit dari responden 5% responden mendapat informasi dari perawat/petugas kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2018) pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal seperti usia, intelegensi, minat dan pengalaman, sedangkan faktor eksternal seperti pendidikan, media masa, pekerjaan, sosial budaya dan lingkungan. Semakin matang usia seseorang maka semakin banyak pengetahuan atau informasi yang dimiliki. Menurut

Hanifah & Sulistyorini, 2019 dalam (Kartiningsih, 2023) usia seseorang mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir, sehingga semakin bertambahnya usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan seseorang, semakin berpendidikan seseorang maka semakin berkualitas individu tersebut, semakin luas cakupan informasi, maka semakin baik pengetahuan yang dimiliki. Semakin tinggi pendidikan individu, akan lebih mudah dan lebih baik individu tersebut menyerap, mengolah, menerapkan informasi atau ide-ide baru yang didapat (Azali *et al.*, 2021).

Menurut Lestari, 2011 dalam (Pratiwi, 2024) menyebutkan bahwa apapun jenis pekerjaan yang dimiliki responden tidak membawa dampak pada pengetahuan seseorang. Menurut Suwaryono (2017) bahwa untuk saat ini belum terdapat sumber yang memberikan pengaruh positif antara jenis kelamin terhadap perbedaan keterampilan responden. Menurut Khoirini & Esmianti (2020) pengalaman melakukan resusitasi *hands only* berhubungan dengan pengetahuan, dengan pernah melakukan suatu kegiatan maka akan terekam dalam ingatan mengenai apa dan bagaimana cara kegiatan tersebut dilakukan. Selain pengalaman, pengetahuan juga dipengaruhi oleh informasi. Menurut Khoirini & Esmianti (2020) pengetahuan berhubungan dengan informasi karena responden yang telah terpapar informasi, pengetahuannya lebih tinggi daripada yang belum mendapatkan informasi. Sumber informasi mempengaruhi pengetahuan penerima informasi, tetapi tergantung minat untuk mencari informasi dari berbagai sumber baik majalah, buku kesehatan, leaflet,

mengikuti perkumpulan dan penyukuhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan (Azrul, 1999 dalam Pratiwi, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa pengetahuan keluarga dipengaruhi oleh karakteristik usia dan pendidikan terakhir, karena sebagian besar responden berusia 31-59 tahun dan sebagian kecil dari responden berpendidikan SMA. Hal ini terjadi karena semakin bertambahnya usia dan tingginya pendidikan seseorang akan berpengaruh pada daya tangkap dan pola pikirnya terhadap informasi yang didapat. Sedangkan karakteristik jenis kelamin dan pekerjaan belum bisa dijadikan tolak ukur dalam pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke tanpa adanya faktor lainnya seperti pengalaman merawat anggota keluarga yang stroke dan pengalaman mendapatkan informasi. Namun, pada penelitian ini didapatkan hasil pengetahuan keluarga sebelum dilakukan pendidikan kesehatan (*Pre-test*) dalam kategori cukup. Hal ini mungkin terjadi karena sebagian besar keluarga tidak memiliki pengalaman merawat pasien stroke dan tidak pernah mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke. Hanya ada sedikit dari responden yang pernah mendapat informasi tentang perawatan pasien stroke dari petugas kesehatan dan mempunyai pengalaman merawat anggota keluarga dengan stroke selama 1-2 tahun.

4.2.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Hasil penelitian terhadap 19 responden didapatkan data sebelum dilakukan pendidikan kesehatan diketahui bahwa sebagian kecil dari responden (26%) memiliki pengetahuan kurang, sebagian besar dari responden (53%) memiliki pengetahuan cukup dan sangat sedikit dari responden (21%) memiliki pengetahuan baik, sedangkan setelah dilakukan pendidikan kesehatan didapatkan hasil tidak ada responden yang memiliki pengetahuan kurang, tidak ada responden memiliki pengetahuan cukup dan seluruh responden (100%) responden memiliki pengetahuan baik. Berdasarkan hasil uji wilcoxon, terdapat 18 responden mengalami peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dan terdapat 1 responden yang memiliki tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tidak mengalami perubahan.

Berdasarkan hasil uji Wilxocon yang dilakukan terhadap 19 responden yang diberikan pendidikan kesehatan, didapatkan hasil $p = 0,001$ dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p < \alpha$ yang berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima, maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bakri *et al.*, (2020) yang menyatakan

bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke di rumah terhadap tingkat pengetahuan keluarga yang dibuktikan dengan hasil pada uji statistic dengan nilai $p < 0,001$.

Menurut Zeng, *et al.*, (2014) untuk memberikan perawatan yang optimal bagi pasien pasca stroke, pengetahuan tentang penatalaksanaan stroke di rumah sangat penting, karena pengetahuan keluarga berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien pasca stroke. Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri (Darsini *et al.*, 2019). Pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dari tidak tahu menjadi tahu terhadap suatu objek (Rachmawati, 2019). Pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan / meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Notoatmodjo, 2014).

Berdasarkan hasil analisa perbandingan *pre-test* dan *post-test* yang telah dilakukan, diketahui bahwa pengetahuan keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar responden (53%) memiliki pengetahuan cukup, sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan oleh peneliti diperoleh hasil yaitu seluruh responden (100%) memiliki pengetahuan baik. Perubahan pengetahuan yang terjadi menunjukan bahwa pendidikan kesehatan terbukti meningkatkan

pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Oleh karena itu pendidikan kesehatan atau *Discard planning* sangat penting agar pengetahuan keluarga meningkat dan mampu merawat pasien stroke di rumah dengan baik dan benar, sehingga mempercepat proses pemulihan pasien dan mengurangi resiko stroke berulang. Pendidikan kesehatan tersebut dilakukan dengan menggunakan metode pendidikan individu atau konsultasi pribadi dengan media *leaflet*, sehingga responden akan lebih mudah dalam memahami materi yang disampaikan dan dapat menyimpan *leaflet* sebagai sumber informasi yang bisa dibaca kapanpun dan dimanapun.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pada pengalaman langsung peneliti dalam proses penelitian ini, ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa faktor agar lebih diperhatikan bagi peneliti-peneliti yang akan datang dalam lebih menyempurnakan penelitiannya, karena penelitian ini sendiri tentu memiliki kekurangan yang perlu terus diperbaiki dalam penelitian-penelitian kedepannya. Beberapa keterbatasan dalam penelitian tersebut, antara lain :

- 1) Ada sekitar 5 responden yang menolak menjadi partisipan dengan alasan yang berbeda-beda, sehingga proses pengumpulan data memakan waktu lama.
- 2) Responden yaitu keluarga pasien stroke yang merasa mempunyai tanggung jawab terhadap pasien menjadi tidak tega meninggalkan pasien terlalu lama

sendiri menyebabkan responden terburu-buru dalam mengisi kuesioner sehingga terkadang jawaban yang diberikan tidak sepenuhnya sesuai dengan pendapat responden atau terkesan sembarangan dalam menjawab setiap pertanyaan.

- 3) Responden mengeluhkan pertanyaan pada *pre-test* dan *post-test* terlalu banyak, sehingga responden cenderung malas untuk menyimak kembali dengan teliti pertanyaan pada *post-test*, karena pertanyaan pada *pre-test* dan *post-test* sama. Hal itu menyebabkan, jawaban yang diperoleh kurang mewakili pendapat dari responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke yang telah dilakukan di ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Karakteristik usia dan pendidikan terakhir berpengaruh terhadap pengetahuan, sedangkan karakteristik jenis kelamin dan pekerjaan tidak dapat menjadi tolak ukur dalam pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca tanpa adanya faktor lainnya seperti pengalaman merawat anggota keluarga yang stroke dan pengalaman mendapatkan informasi.
- 2) Pengetahuan keluarga sebelum dilakukan intervensi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke berada pada kategori cukup (53%).
- 3) Pendidikan kesehatan telah diberikan kepada seluruh responden tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Pengetahuan keluarga sesudah dilakukan intervensi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien pasca stroke pada kategori baik (100%).
- 5) Ada pengaruh pendidikan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, yang dibuktikan menggunakan uji *Wilcoxon* dengan hasil nilai p value 0,001 ($<0,05$).

5.2 Saran

Dari hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke di ruang unit stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, maka peneliti ingin memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1) Bagi Peneliti

Dari penelitian yang telah dilakukan diketahui bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke. Hal ini menjadi motivasi bagi peneliti agar memberikan edukasi atau pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien stroke agar keluarga dapat merawat pasien stroke dengan baik dan benar, sehingga diharapkan dapat mempercepat proses pemulihan dan mencegah stroke berulang.

2) Bagi RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Dengan penelitian ini diharapkan menjadi masukan untuk Rumah Sakit, sehingga perawat lebih menerapkan *Discharge planning* pada keluarga mengenai perawatan pasien pasca stroke sehingga pengetahuan keluarga semakin bertambah dan menurunkan angka kejadian stroke berulang.

3) Bagi Institusi Pendidikan D-III Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek

Diharapkan hasil peneliti ini dapat dijadikan referensi bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya, sehingga mahasiswa akan mampu mengetahui mengenai Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke.

4) Bagi Responden

Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan pengetahuan keluarga semakin bertambah setelah diberikan pendidikan kesehatan dan mampu menerapkan perawatan pasien pasca stroke di rumah dengan baik, sehingga dapat mempercepat pemulihan pasien pasca stroke dan menurunkan resiko terjadinya serangan ulang stroke.

5) Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian dengan melengkapi karakteristik responden yang belum diteliti, menghubungkan karakteristik responden dengan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke sehingga hasil penelitian lebih akurat dan mendalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Aji, S. P., Nugroho, F. S., & Rahardjo, B. (2023). Promosi dan Pendidikan Kesehatan di Masyarakat (Strategi dan Tahapannya). Global Eksekutif Teknologi. In *Promosi dan Pendidikan Kesehatan*.
- Ariya. (2021). *Merawat Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Dinkes Bangka Belitung. <https://dinkes.babelprov.go.id/content/merawat-pasien-pascastroke-di-rumah>
- Arum, I. K. (2023). Gambaran Pengukuran Tekanan Darah Pada Pasien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggaalek. *Karya Tulis Ilmiah*, 2.
- Asniar, A., Kamil, H., & Mayasari, P. (2020). Pendidikan dan Promosi Kesehatan. In *Pendidikan dan Promosi Kesehatan* (Issue September 2023). <https://doi.org/10.52574/syiahkualauniversitypress.224>
- Ayu, A., & Putri, N. (2023). Gambaran Epidemiologi Stroke Di Jawa Timur Tahun 2019-2021. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1030–1036.
- Azali, L. M. ., Sulistyawati, R. A., & Adi, G. S. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Keluarga Dalam Memberikan Perawatan Kepada Pasien Stroke Pasca Hospitalisasi. *Journal of Advanced Nursing and Health Sciences*, 2(2), 75–82.
- Bakri, A., Irwandy, F., & Linggi, E. B. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke Di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 372–378. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.299>
- Bo'leng, Murniati., Tepal, N. (2016). *Perbedaan Tingkat Pengetahuan Keluarga Pada Kejadian Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar*. 1–23.
- Darsini, Fahrurrozi, & Cahyono, E. A. (2019). Pengetahuan ; Artikel Review. *Jurnal Keperawatan*, 12(1), 97.
- Denslow, E. (2023). *Latihan Terapi Wicara Terbaik untuk Mendapatkan Kembali Kemampuan Berbicara*. FlintRehab. <https://www.flintrehab.com/speech-therapy-exercises/>
- Ernawati, Rusyanti, W., & Asnuriyati, W. (2021). Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Upt Puskesmas X Banjarmasin. *Journal Nursing Army*, 2(1), 27–32.
- Evianti, S. W. (2023). *Mengenal Stroke Lebih Dekat*. Kemenkes RI. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2936/mengenal-stroke-lebih-

- Patarianto, P. (2015). Analisa Kualitas Layanan Terhadap Kepuasan Nasabah di PT. Bank Mandiri (Persero) Tbk. Cabang Sidoarjo Gedangan. *Jurnal MAKSIPRENEUR*, IV(2), 28–37.
- Pratiwi, Y. W. (2024). Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Home Care Pasien Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek. In *Poltekkes Malang* (Vol. 15, Issue 1).
- Price, Sylvia A., & Wilson, L. M. (2015). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rosmary, M. T. N., & Handayani, F. (2020). Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 32–39. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.32-39>
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Anggota Ikatan Penerbit Indonesia.
- Supardi, S., & Rustika. (2013). *Metodologi Riset Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. CV Sagung Seto.
- Tunik, Anam, Agus Khoirul, Niningasih, R. (2022). *Perawatan Post Hospitalisasi Pasien Stroke yang Mengalami Immobilisasi* (1st ed.). Media Nusa Creative.
- Watung, A. (2016). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga*. Cx 1414201120.
- Wibowo, A. (2014). *Metodologi Penelitian Praktis Bidang Kesehatan*. PT Rajagrafindo Persada.
- Yaputra, H. (2024). *Kemenkes: Tren Kasus Stroke Alami Peningkatan dan Jadi Penyebab Kematian Tertinggi*. Tempo. <https://www.tempo.co/politik/kemenkes-tren-kasus-stroke-alami-peningkatan-dan-jadi-penyebab-kematian-tertinggi-1161217>
- Yuswantoro, E., Niningasih, R., & Christiani, M. (2022). A Study of Pre-Hospital Stroke Management in Family. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 8(1), 82–88.
- Zaini, A. (2023). Gambaran Pengetahuan Keluarga Dalam Perawatan Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan STIKES Ngudia Husada Madura*.

[illegible]

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Pasca Stroke di Rumah

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
PERAWATAN PASCA STROKE DI RUMAH**

- A. Pokok Bahasan** : Perawatan Pasca Stroke di Rumah
- B. Sub Pokok Bahasan** :
- 1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi
 - 2) Mengingat jadwal kontrol dan minum obat
 - 3) Membantu melakukan terapi bicara
 - 4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak
 - 5) Menciptakan lingkungan yang aman
 - 6) Membantu dalam kebersihan diri (*Personal hygiene*)
 - 7) Memberikan dukungan emosional
- C. Sasaran** : Keluarga pasien stroke di Ruang Unite Stroke
RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- D. Tempat** : Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo
Trenggalek
- E. Hari / tanggal** : Maret
- F. Waktu** : 07.00 WIB s/d selesai
- G. Tujuan Umum**

Setelah dilaksanakan penyuluhan selama 10 menit diharapkan keluarga pasien stroke di Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek mampu memahami cara merawat pasien stroke.

H. Tujuan Khusus

Setelah dilaksanakan penyuluhan selama 10 menit diharapkan keluarga pasien stroke di Ruang Unite Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek mampu :

- 1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi
- 2) Mengingatnkan jadwal kontrol dan minum obat
- 3) Membantu melakukan terapi bicara
- 4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak
- 5) Menciptakan lingkungan yang aman
- 6) Membantu dalam kebersihan diri (*Personal hygiene*)
- 7) Memberikan dukungan emosional

I. Metode

- Ceramah
- Tanya jawab

J. Media

- Leaflet

K. Setting tempat

Peserta

Penyuluh

L. Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Penyuluh	Sasaran
1	Pembukaan	3 menit	• Memberi salam pembuka • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan penyuluhan • Membagi leaflet	• Menjawab salam • Mendengarkan dan memperhatikan
2	Penyampaian materi	7 menit	• Membantu dalam pemenuhan nutrisi • Mengingatkan jadwal kontrol dan minum obat • Membantu melakukan terapi bicara • Membantu pasien mobilisasi atau bergerak • Menciptakan lingkungan yang aman • Membantu pasien dalam kebersihan diri (<i>Personal hygiene</i>)	• Mendengarkan dan memperhatikan

			• Memberikan dukungan emosional	
3.	Penutup	5 menit	• Memberikan kesempatan kepada anggota keluarga untuk mengajukan pertanyaan mengenai materi yang telah disampaikan • Menanyakan kepada anggota keluarga mengenai materi yang telah disampaikan • Memberikan pujian kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan • Mengambil kesimpulan dari kegiatan yang telah dilakukan. • Mengucapkan terimakasih atas kehadiran anggota keluarga. • Mengucapkan salam penutup	Menjawab Pertanyaan Dan menjawab salam

M. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

Kegiatan penyuluhan dilaksanakan sesuai rencana meliputi :

- Persiapan tempat
- Persiapan sasaran
- Persiapan media

2) Evaluasi Proses

- Pelaksanaan penyuluhan berlangsung selama kurang lebih 15 menit
- Sasaran penyuluhan mengikuti kegiatan penyuluhan sampai selesai
- Peserta tampak antusias seperti mengajukan pertanyaan kepada penyuluh

3) Evaluasi Hasil

- a) Peserta penyuluhan yaitu keluarga pasien stroke memahami materi perawatan pasien pasca stroke
- b) Peserta penyuluhan dapat menjawab pertanyaan tentang materi yang telah disampaikan dengan benar.

MATERI PENYULUHAN
PERAWATAN PASCA STROKE DI RUMAH

1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi

- a) Membantu pasien duduk lebih tegak saat makan agar tidak tersedak
- b) Jika pasien mengalami gangguan menelan lebih baik menggunakan selang NGT (dari hidung ke lambung)
- c) Menghindari makanan tinggi lemak, tinggi garam, makanan keras / alot dan memperbanyak makanan tinggi serat
- d) Ahli gizi akan memberikan saran mengenai konsistensi makanan dan minuman yang sesuai.
- e) Letakkan piring pada alas anti slip atau piring cekung, untuk mencegah tumpah

2) Mengingatkan jadwal kontrol dan minum obat

- a) Berikan dukungan dan perhatian seperti mengantar pasien untuk kontrol ke klinik atau Rumah Sakit.
- b) Bantulah pasien untuk mengingatkan jadwal minum obat dan mengambilkan obat yang tepat.
- c) Lakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin sekali seminggu.

3) Membantu melakukan terapi bicara

- a) Julurkan lidah sejauh mungkin dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali. Kemudian tahan selama 2 detik dan ulangi.

- b) Julurkan lidah ke sudut kanan mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan tahan selama 2 detik. Kemudian, julurkan lidah ke sudut kiri mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan ulangi.
- c) Julurkan lidah ke arah hidung dan tahan selama 2 detik, lalu julurkan lidah ke arah dagu dan tahan selama 2 detik, dan ulangi.
- d) Berlatih tersenyum di depan cermin selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- e) Berlatih mengerutkan bibir selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- f) Berlatih mengucapkan huruf vokal “A, I, U, E, O”, apabila kesulitan mengucapkan huruf “R” latih dengan mengucapkan “RA, RI, RU, RE, RO”
- g) Apabila pasien sudah mulai bisa bicara, lakukan terapi membaca dengan suara lantang dan keras.
- h) Keluarga mengucapkan suatu kata, lalu minta pasien menebak berapa suku kata pada kata tersebut. Kemudian beri umpan balik benar/salah, jika salah perbaiki.
- i) Melakukan permainan kata seperti scrabble atau TTS.

4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak.

- a) Merubah posisi pasien seperti miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam
- b) Posisikan pasien tidur dengan kepala lebih tinggi atau *head-up* 30 derajat dengan bantal, untuk memperlancar sirkulasi darah ke otak dan saturasi oksigen.
- c) Gerakkan semua sendi di tungkai yang lemah secara lembut dan perlahan (lurus dan menekuk) 5-7 kali. Tahanlah sendi di setiap posisi selama sekitar 30 detik dan ulangi setiap 4 jam. Hal ini dilakukan untuk mencegah kekakuan sendi dan melatih otot yang kaku.

- d) Topang tungkai atau lengan yang lemah dengan bantal dan jangan menarik lengan yang lemah.
- e) Meningkatkan mobilisasi secara perlahan dan bertahap dengan latihan duduk di tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, berjalan ke kursi, duduk di kursi dan berjalan di tempat yang rata.
- f) Topang lengan yang lemah dengan lengan yang normal saat berjalan, agar lengan yang lemah tidak terkulai ke bawah.

5) Menciptakan lingkungan yang aman

- a) Sediakan kamar tidur dekat dengan kamar mandi / WC agar mudah terjangkau
- b) Sediakan pegangan di kamar mandi
- c) Sediakan alas kaki yang nyaman dan anti slip, yang memudahkan pasien leluasa berjalan
- d) Sediakan perabot yang mudah untuk dipegang, seperti gelas yang ada pegangan
- e) Sediakan alat bantu berpindah / berjalan untuk pasien, seperti kursi roda dan tongkat
- f) Dekatkan barang-barang yang sering digunakan pasien agar mudah dijangkau seperti telephone, buku, dll.
- g) Menciptakan sistem panggilan di rumah seperti bel khusus yang dapat dibunyikan pasien.

6) Membantu dalam kebersihan diri (*Personal hygiene*)

- a) Bersihkan tubuh pasien dengan air hangat, waslap dan sabun, paling tidak 1-2 kali sehari.

- b) Memeriksa apakah ada abrasi, lepuh atau kemerahan di kulit yang tidak hilang ketika ditekan (tanda awal *Decubitus*).
- c) Ganti seprei yang kotor atau basah, dan bantu pasien dalam mengganti pakaiannya.
- d) Jaga kelembaban kulit pasien dengan menggunakan *body lotion* atau bedak.
- e) Pasien yang mengalami gangguan menelan sebaiknya dibantu untuk membersihkan mulutnya menggunakan sikat lembut yang lembab atau kapas yang diberi cairan pembersih mulut.
- f) Gunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien, jika diperlukan.
- g) Pasien yang memakai popok, apabila popok sudah basah atau tercemar kotoran harus segera diganti.
- h) Pasien yang memakai selang kateter, yang merawat pasien perlu memahami cara membersihkan kateter. Dianjurkan mengganti kateter temporer setiap 1 minggu disertai irigasi kandung kemih dengan antiseptik.
- i) Bantu pasien untuk BAB dan BAK seperti memegangi pasien ke kamar mandi/WC. Pasien perlu BAB secara teratur minimal 2-3 hari sekali. Cara memperlancar BAB yaitu sarankan pasien untuk minum yang cukup (min.2L sehari), banyak konsumsi serat dan aktivitas fisik. Pelunak tinja seperti obat supositoria dan enema dapat digunakan untuk sembelit yang terjadi sekali-kali.

7) Memberikan dukungan emosional

- a) Pada pasien stroke sangat memerlukan adanya dukungan keluarga untuk membantu pasien guna menstabilkan emosinya, kecemasan dan

menumbukan rasa percaya diri serta motivasi. Jadi, selalu temani pasien dalam menjalankan aktivitasnya dan jangan biarkan pasien kesepian.

- b) Bantu pasien untuk melatih otaknya dengan mengajak pasien berbincang-bincang dan memberikan informasi mengenai hari,waktu dan mengingat nama-nama orang yang ada disekitarnya.

Lampiran 3 Leaflet Perawatan Pasca Stroke di Rumah



PERAWATAN PASCA STROKE DIRUMAH



**Poltekkes Kemenkes Malang
Prodi D3 Keperawatan
Kampus Kab. Trenggalek**

1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi

- Membantu pasien duduk lebih tegak saat makan agar tidak tersedak
- Jika pasien mengalami gangguan menelan lebih baik menggunakan selang NGT (dari hidung ke lambung)
- Menghindari makanan tinggi lemak, tinggi garam, makanan keras / alot dan memperbanyak makanan tinggi serat
- Ahli gizi akan memberikan saran mengenai konsistensi makanan dan minuman yang sesuai.
- Letakkan piring pada alas anti slip atau piring cekung, untuk mencegah tumpah

2) Mengingat jadwal kontrol dan minum obat

- Berikan dukungan dan perhatian seperti mengantar pasien untuk kontrol ke klinik atau Rumah Sakit.
- Bantulah pasien untuk mengingat jadwal minum obat dan mengambilkan obat yang tepat.
- Lakukan pengontrolan tekanan darah secara rutin sekali seminggu.



3) Membantu melakukan terapi bicara

- Julurkan lidah sejauh mungkin dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali. Kemudian tahan selama 2 detik dan ulangi.
- Julurkan lidah ke sudut kanan mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan tahan selama 2 detik. Kemudian, julurkan lidah ke sudut kiri mulut dan tahan selama 2 detik, lalu tarik kembali dan ulangi.
- Julurkan lidah ke arah hidung dan tahan selama 2 detik, lalu julurkan lidah ke arah dagu dan tahan selama 2 detik, dan ulangi.
- Berlatih tersenyum di depan cermin selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- Berlatih mengerutkan bibir selama 2 detik, lalu rileks dan ulangi.
- Berlatih mengucapkan huruf vokal "A, I, U, E, O", apabila kesulitan mengucapkan huruf "R" latih dengan mengucapkan "RA, RI, RU, RE, RO"
- Apabila pasien sudah mulai bisa bicara, lakukan terapi membaca dengan suara lantang dan keras.
- Keluarga mengucapkan suatu kata, lalu minta pasien menebak berapa suku kata pada kata tersebut. Kemudian beru umpun balik benar/salah, jika salah perbaiki.
- Melakukan permainan kata seperti scrabble atau TTS.

4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak

- Merubah posisi pasien seperti miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam
- Posisikan pasien tidur dengan kepala lebih tinggi atau head-up 30 derajat dengan bantal, untuk memperlancar sirkulasi darah ke otak dan saturasi oksigen.
- Gerakkan semua sendi di tungkai yang lemah secara lembut dan perlahan lahan (lurus dan menekuk) 5-7 kali. Tahanlah sendi di setiap posisi selama sekitar 30 detik dan ulangi setiap 4 jam. Hal ini dilakukan untuk mencegah kekakuan sendi dan melatih otot yang kaku.
- Topang tungkai atau lengan yang lemah dengan bantal dan jangan menarik lengan yang lemah.
- Meningkatkan mobilisasi secara perlahan dan bertahap dengan latihan duduk di tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, berjalan ke kursi, duduk di kursi dan berjalan di tempat yang rata.
- Topang lengan yang lemah dengan lengan yang normal saat berjalan, agar lengan yang lemah tidak terkulai ke bawah.



5) Menciptakan lingkungan yang aman

- Sediakan kamar tidur dekat dengan kamar mandi/WC agar mudah terjangkau
- Sediakan pegangan di kamar mandi
- Sediakan alas kaki yang nyaman dan anti slip, yang memudahkan pasien leluasa berjalan
- Sediakan perabot yang mudah untuk dipegang, seperti gelas yang ada pegangan
- Sediakan alat bantu berpindah / berjalan untuk pasien, seperti kursi roda dan tongkat
- Dekatkan barang-barang yang sering digunakan pasien agar mudah dijangkau seperti telephone, buku, dll.
- Menciptakan sistem panggilan di rumah seperti bel khusus yang dapat dibunyikan pasien.

6) Membantu dalam kebersihan diri (Personal hygiene)

- Bersihkan tubuh pasien dengan air hangat, waslap dan sabun, paling tidak 1-2 kali sehari.
- Periksa apakah ada abrasi, lepuh atau kemerahan di kulit yang tidak hilang ketika ditekan (tanda awal Decubitus).
- Ganti seprei yang kotor atau basah, dan bantu pasien dalam mengganti pakaiannya.
- Jaga kelembaban kulit pasien dengan menggunakan body lotion atau bedak.
- Pasien yang mengalami gangguan menelan sebaiknya dibantu untuk membersihkan mulutnya menggunakan sikat lembut yang lembab atau kapas yang diberi cairan pembersih mulut.

- Gunakan kain lembab yang bersih untuk membersihkan kelopak mata pasien, jika diperlukan.
- Pasien yang memakai popok, apabila popok sudah basah atau tercemar kotoran harus segera diganti.
- Pasien yang memakai selang kateter, yang merawat pasien perlu memahami cara membersihkan kateter. Dianjurkan mengganti kateter temporer setiap 1 minggu disertai irigasi kandung kemih dengan antiseptik.
- Bantu pasien untuk BAB dan BAK seperti memegangi pasien ke kamar mandi/WC. Pasien perlu BAB secara teratur minimal 2-3 hari sekali. Cara memperlancar BAB yaitu sarankan pasien untuk minum yang cukup (min.2L sehari), banyak konsumsi serat dan aktivitas fisik. Pelunak tinja seperti obat supositoria dan enema dapat digunakan untuk sembelit yang terjadi sekali-kali.

7) Memberikan dukungan emosional

- Pada pasien stroke sangat memerlukan adanya dukungan keluarga untuk membantu pasien guna menstabilkan emosinya, kecemasan dan menumbuhkan rasa percaya diri serta motivasi. Jadi, selalu temani pasien dalam menjalankan aktivitasnya dan jangan biarkan pasien kesepian.
- Bantu pasien untuk melatih otaknya dengan mengajak pasien berbincang-bincang dan memberikan informasi mengenai hari, waktu dan mengingat nama-nama orang yang ada disekitarnya.

Lampiran 4 Kisi-kisi Kuesioner Pengetahuan Keluarga

KISI – KISI KUESIONER PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG

PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUANG UNIT STROKE

RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

TAHUN 2025

Variabel	Sub variable	Jumlah soal	Nomor soal	Kunci jawaban	Skor	Kategori
Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke	1) Membantu dalam pemenuhan nutrisi	3	1	B	Benar = 1 Salah = 0	1) Pengetahuan Baik : 76% - 100% 2) Pengetahuan Cukup : 56% - 75% 3) Pengetahuan Kurang: < 56%
			2	S		
	2) Mengingat jadwal kontrol dan minum obat		3	B		
		3	4	S		
			5	S		
			6	B		
	3) Membantu melakukan terapi bicara	2	7	B		
			8	S		
	4) Membantu dalam mobilisasi atau bergerak	4	9	S		
			10	B		
			11	B		
			12	S		
	5) Menciptakan lingkungan yang aman	3	13	B		
			14	S		
			15	B		
	6) Membantu dalam kebersihan diri (<i>Personal hygiene</i>)	3	16	S		
			17	B		
			18	S		
	7) Memberikan dukungan emosional	2	19	S		
			20	B		

Lampiran 5 Kuesioner Pengetahuan Keluarga

**KUESIONER PENELITIAN PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG
PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUANG UNIT STROKE
RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK
TAHUN 2025**

I. Identitas Responden

No. Kode Responden :

Jenis Kelamin :

Usia :

Agama :

Alamat :

Pekerjaan :

Pendidikan Terakhir :

Hubungan keluarga :

II. Faktor Lainnya :

1. Pengalaman merawat keluarga dengan stroke ?

Ya ☐ Tidak ☐

Jika “ya” berapa tahun?

2. Pernahkah anda mendapatkan informasi tentang perawatan stroke ?

Ya ☐ Tidak ☐

Jika “ya” dari manakah anda mendapat informasi tentang perawatan stroke tersebut ?

Isi Ya/Tidak pada keterangan dibawah ini

No.	Sumber informasi	Keterangan Ya/Tidak
1.	Media informasi (Handphone/ TV, dll)	
2.	Teman/tetangga	
3.	Perawat/Petugas Kesehatan/Kader puskesmas, dll	

III. Kuesioner pertanyaan

Pilihlah jawaban sesuai dengan Bapak/Ibu ketahui, dengan memberi centang (✓) pada kolom yang telah disediakan. Beberapa pernyataan dibawah ini benar dan beberapa pernyataan salah, semua pertanyaan harus dijawab dengan satu pilihan.

Kuesioner sebelum dilakukan intervensi (*Pre-test*)

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Penderita stroke mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan rendah garam.		
2.	Penderita stroke tidak perlu mengonsumsi makanan yang bergizi hanya cukup dengan bubur saja.		
3.	Penderita stroke harus makan dalam posisi duduk untuk mencegah terjadinya tersedak.		
4.	Penderita stroke tidak perlu melakukan kontrol atau berobat ke klinik atau rumah sakit.		
5.	Obat yang diberikan petugas kesehatan boleh diminum kapan saja oleh penderita stroke.		
6.	Penderita stroke perlu mengontrol tekanan darah sekali dalam seminggu		
7.	Penderita stroke perlu latihan ucapan vokal “A, I, U, E, O”		
8.	Penderita stroke tidak perlu berlatih tersenyum dan mengerutkan bibir.		
9.	Penderita stroke tidak memerlukan latihan fisik seperti berjalan, latihan menggerakkan anggota badan dan berolahraga.		
10.	Latihan gerak dapat membantu mencegah kekakuan sendi dan membantu melatih otot yang kaku.		
11.	Penderita stroke membutuhkan latihan gerakan menekuk dan meluruskan tungkai.		
12.	Keluarga tidak perlu merubah posisi penderita stroke setiap 2 jam		
13.	Kamar mandi untuk penderita stroke disediakan pegangan dinding untuk mencegah cedera.		
14.	Kamar tidur penderita stroke harus jauh dari kamar mandi / WC		
15.	Sediakan alat bantu berpindah / berjalan untuk penderita stroke, seperti kursi roda dan tongkat.		
16.	Penderita stroke tidak perlu melakukan mandi atau sibil karena sakit.		

17.	Keluarga perlu menjaga kebersihan penderita stroke seperti mengganti sprei, popok dan pakaian yang basah atau kotor.		
18.	Keluarga tidak perlu membantu penderita stroke dalam BAB dan BAK ke kamar mandi / WC, agar bisa mandiri.		
19.	Keluarga tidak perlu selalu bersama dengan penderita stroke karena penderita stroke butuh ketenangan.		
20.	Keluarga perlu membantu penderita stroke untuk melatih otaknya dengan mengajak berbincang-bincang dan memberikan informasi mengenai hari, waktu dan mengingat nama-nama orang yang ada disekitarnya		

Kuesioner sesudah dilakukan intervensi (*Post-test*)

No.	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Penderita stroke mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan rendah garam.		
2.	Penderita stroke tidak perlu mengonsumsi makanan yang bergizi hanya cukup dengan bubur saja.		
3.	Penderita stroke harus makan dalam posisi duduk untuk mencegah terjadinya tersedak.		
4.	Penderita stroke tidak perlu melakukan kontrol atau berobat ke klinik atau rumah sakit.		
5.	Obat yang diberikan petugas kesehatan boleh diminum kapan saja oleh penderita stroke.		
6.	Penderita stroke perlu mengontrol tekanan darah sekali dalam seminggu		
7.	Penderita stroke perlu latihan ucapan vokal “A, I, U, E, O”		
8.	Penderita stroke tidak perlu berlatih tersenyum dan mengerutkan bibir.		
9.	Penderita stroke tidak memerlukan latihan fisik seperti berjalan, latihan menggerakkan anggota badan dan berolahraga.		
10.	Latihan gerak dapat membantu mencegah kekakuan sendi dan membantu melatih otot yang kaku.		
11.	Penderita stroke membutuhkan latihan gerakan menekuk dan meluruskan tungkai.		
12.	Keluarga tidak perlu merubah posisi penderita stroke setiap 2 jam		
13.	Kamar mandi untuk penderita stroke disediakan pegangan dinding untuk mencegah cedera.		

14.	Kamar tidur penderita stroke harus jauh dari kamar mandi / WC		
15.	Sediakan alat bantu berpindah / berjalan untuk penderita stroke, seperti kursi roda dan tongkat.		
16.	Penderita stroke tidak perlu melakukan mandi atau sibin karena sakit.		
17.	Keluarga perlu menjaga kebersihan penderita stroke seperti mengganti spre, popok dan pakaian yang basah atau kotor.		
18.	Keluarga tidak perlu membantu penderita stroke dalam BAB dan BAK ke kamar mandi / WC, agar bisa mandiri.		
19.	Keluarga tidak perlu selalu bersama dengan penderita stroke karena penderita stroke butuh ketenangan.		
20.	Keluarga perlu membantu penderita stroke untuk melatih otaknya dengan mengajak berbincang-bincang dan memberikan informasi mengenai hari,waktu dan mengingat nama-nama orang yang ada disekitarnya		

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 20 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/67/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : RIZQI AYU WULANDARI

NIM : P17240223044

Judul KTI : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, 24 Februari s/d 31 Maret 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu. Unit Stroke

3. Peneliti.

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
 Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
 Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
 TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 05 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 79 /406.010.001/18.00/2025
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
 Poltekkes Kemenkes Malang
 di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/67/2025 tanggal 20 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : RIZQI AYU WULANDARI
 NIM : P17240223044
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
 KABUPATEN TRENGGALEK
 Kabid Pengembangan dan Pengendalian


SUJIONO, SST., M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
 2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
 3. Sdr. Ka.
 RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
 4. Sdr. Peneliti
 5. Arsip

Lampiran 7 Surat Keterangan Melakukan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsudrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *253* /406.010.001/18.00/2025

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek:

Nama : **dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.**
NIP : 196710302002121002
Pangkat/Gol. Ruang : Pembina Tk. I (IV/b)
Jabatan : Direktur
Unit Kerja : RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : **RIZQI AYU WULANDARI**
NIM : P17240223044
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

sehubungan dengan pendidikan yang sedang dijalannya, benar-benar telah melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan Medical Bedah, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Kegawatdaruratan RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek, terhitung mulai tanggal 10 Februari 2025 s.d 12 April 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, *24* Maret 2025
DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
Pembina Tk. I
NIP. 19671030 200212 1 002

Lampiran 8 Data Umum Responden

**DATA UMUM RESPONDEN KELUARGA YANG MERAWAT
DI RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

No. Respo nden	Jenis Kelamin	Usia	Pekerj aan	Pendi dikan	Hubunng an keluarga	Pengala man merawat keluarga stroke	Pengalaman mendapat informasi	Sumber informa si
1	P	30	IRT	SMA	Anak	Ya	Ya	Petugas Kesehatan
2	P	53	IRT	SD	Anak	Tidak	Tidak	-
3	P	38	IRT	SMP	Anak	Tidak	Tidak	-
4	P	20	BRH	SMK	Cucu	Tidak	Tidak	-
5	P	49	IRT	SMP	Istri	Tidak	Tidak	-
6	P	53	IRT	SMP	Istri	Tidak	Tidak	-
7	P	43	IRT	SD	Istri	Tidak	Tidak	-
8	L	60	WSW	SD	Suami	Tidak	Tidak	-
9	L	45	WSW	SMA	Anak	Tidak	Tidak	-
10	P	48	PNS	D4	Anak	Tidak	Tidak	-
11	L	45	WSW	SD	Anak	Tidak	Tidak	-
12	P	24	BKJ	S1	Cucu	Tidak	Tidak	-
13	P	29	WSW	SMP	Anak	Tidak	Tidak	-
14	P	50	IRT	SD	Anak	Tidak	Tidak	-
15	L	45	WSW	SMK	Anak	Tidak	Tidak	-
16	P	58	IRT	SMA	Istri	Tidak	Tidak	-
17	P	47	IRT	SMA	Anak	Tidak	Tidak	-
18	L	23	WSW	SMK	Cucu	Tidak	Tidak	-
19	L	24	WSW	SMA	Anak	Tidak	Tidak	-

Lampiran 9 Tabulasi Data Pengetahuan (*Pre-test & Post-test*)

**TABULASI HASIL SKORING KUESIONER PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN STROKE DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK SEBELUM DILAKUKAN INTERVENSI (*PRE-TEST*)**

No. Res Pon den	PRE PENDIDIKAN KESEHATAN																				SP	SM	%	Kateg ori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
2	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	12	20	60%	Cukup
3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	15	20	75%	Cukup
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	20	90%	Baik
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	15	20	75%	Cukup
6	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	15	20	75%	Cukup
7	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	14	20	70%	Cukup
8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	9	20	45%	Kurang
9	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	16	20	80%	Baik
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
11	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	10	20	50%	Kurang
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19	20	95%	Baik
13	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	10	20	50%	Kurang
14	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	14	20	70%	Cukup
15	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	13	20	65%	Cukup
16	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	10	20	50%	Kurang
17	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	12	20	60%	Cukup
18	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	15	20	75%	Cukup
19	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	20	65%	Cukup

**TABULASI HASIL SKORING KUESIONER PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PERAWATAN PASIEN STROKE DI
RUANG UNIT STROKE RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK SESUDAH DILAKUKAN INTERVENSI (POST-TEST)**

No. Res Pon den	POST PENDIDIKAN KESEHATAN																				SP	SM	%	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	20	20	100%	Baik
6	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	18	20	90%	Baik
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18	20	90%	Baik
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	18	20	90%	Baik
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	20	90%	Baik
15	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	20	95%	Baik
16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	20	90%	Baik
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	20	100%	Baik

Keterangan:

SP : Skor Perolehan

SM : Skor Maksimal

Kategori :

- 1) Pengetahuan Baik : 76%-100%
- 2) Pengetahuan Cukup : 56%-75%
- 3) Pengetahuan Kurang : <56%

Lampiran 10 Hasil Output SPSS

DISTRIBUSI DATA UMUM DAN UJI WILCOXON

		Usia (tahun)			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 30 tahun	6	31.6	31.6	31.6
	31 - 59 tahun	12	63.2	63.2	94.7
	> 60 tahun	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

		Jenis Kelamin			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki - laki	6	31.6	31.6	31.6
	Perempuan	13	68.4	68.4	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

		Pekerjaan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ibu Rumah Tangga	9	47.4	47.4	47.4
	Wiraswasta	7	36.8	36.8	84.2
	Buruh	1	5.3	5.3	89.5
	Belum Bekerja	1	5.3	5.3	94.7
	PNS	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/ sederajat	5	26.3	26.3	26.3
	SMP/ sederajat	4	21.1	21.1	47.4
	SMA/ sederajat	8	42.1	42.1	89.5
	S1/ sederajat	2	10.5	10.5	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

		Hubungan Keluarga			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suami	1	5.3	5.3	5.3
	Istri	4	21.1	21.1	26.3
	Anak	11	57.9	57.9	84.2
	Lain - lain	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Sumber Informasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	94.7	94.7	94.7
	Petugas kesehatan	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Pengetahuan Keluarga (*Pre-test*)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	5	26.3	26.3	26.3
	Cukup	10	52.6	52.6	78.9
	Kurang	4	21.1	21.1	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Pengetahuan Keluarga (*Post-test*)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	19	100.0	100.0	100.0

Wilcoxon Signed Ranks Test

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post-test - Pre-test	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	18 ^b	9.50	171.00
	Ties	1 ^c		
	Total	19		

a. Post-test < Pre-test

b. Post-test > Pre-test

c. Post-test = Pre-test

Test Statistics^a

Post-test - Pre-test

Z	-3.730 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	<,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 11 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah



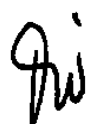
Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Rizqi Ayu Wulandari
 NIM : P17240223044
 Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
 Nama Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	21 Januari 2025	1) Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Stroke Infark di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek) 2) Konsep penyusunan Bab 1 Latar belakang (Introduction, Justification, Kronologi, Solusi) Tujuan umum dan khusus, serta manfaat penelitian	
2.	23 Januari 2025	1) Latar belakang dikurangi dan lebih difokuskan pada pokok bahasan 2) Daftar pustaka harus jelas sumbernya 3) Tujuan khusus dilengkapi	

3.	25 Januari 2025	1) Justificaion ditambahkan tentang kejadian stroke berulang dan penelitian terdahulu yang menyatakan kurang pengetahuan keluarga 2) Mencari literatur terbaru 3) Tujuan khusus diperbaiki	
4.	27 Januari 2025	1) Bab 2 lengkapi konsep pendidikan kesehatan 2) Kerangka konseptual harus ada input, proses dan output 3) Hipotesis dilengkapi H0 dan H1	
5.	28 Januari 2025	1) Mencari dan menentukan jumlah populasi dan sampel dari data yang relevan (dari penelitian sebelumnya) 2) Menentukan teknik sampling yang akan digunakan dalam penelitian	
6.	29 Januari 2025	1) Materi dari SAP dipersingkat pada Leaflet 2) Kalimat pada kuisisioner lebih disederhanakan (tidak menggunakan bahasa yang susah dipahami oleh orang awam)	
7.	30 Januari 2025	1) Melengkapi KTI 2) ACC KTI 3) Membuat PPT	
8.	17 April 2025	1) Kata "Proposal" dihilangkan 2) Sumber jurnal di pembahasan harus 5 tahun terakhir 3) Tanggal penelitian di sesuaikan	

9.	23 April 2025	1) Membuat abstrak 2) Kalimat “sebagian besar” atau penentuan besar % harus berdasarkan sumber.	
10.	24 April 2025	1) Memperbaiki abstrak max 200 kata 2) Kesimpulan dan saran menyesuaikan tujuan khusus dan manfaat penelitian di Bab 1.	
11.	25 April 2025	1) ACC KTI. 2) Membuat PPT.	
12.	22 Mei 2025	1) Memperbaiki penulisan abstrak. 2) ACC KTI.	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Rizqi Ayu Wulandari
 NIM : P17240223044
 Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
 Nama Penguji : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	13 Februari 2025	1) Penulisan daftar pustaka diperbaiki 2) Menambahkan fenomena yang ada tentang perawatan stroke oleh keluarga pada alinea 1 3) Menambahkan hasil penelitian terdahulu tentang faktor penyebab kurangnya pengetahuan di alinea 3	
2.	18 Februari 2025	1) Acc Penelitian	
3.	9 Mei 2025	1) Revisi waktu penelitian tidak perlu diberi judul penelitian pada halaman 55. 2) Kesimpulan point ke 3 diperbaiki	

		3) Revisi saran bagi peneliti disesuaikan dengan tindak lanjut dari hasil penelitian 4) Abstrak pada bagian pendahuluan mencakup latar belakang dari Bab 1 alinea 1	
4.	14 Mei 2025	1) ACC KTI	