

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*.

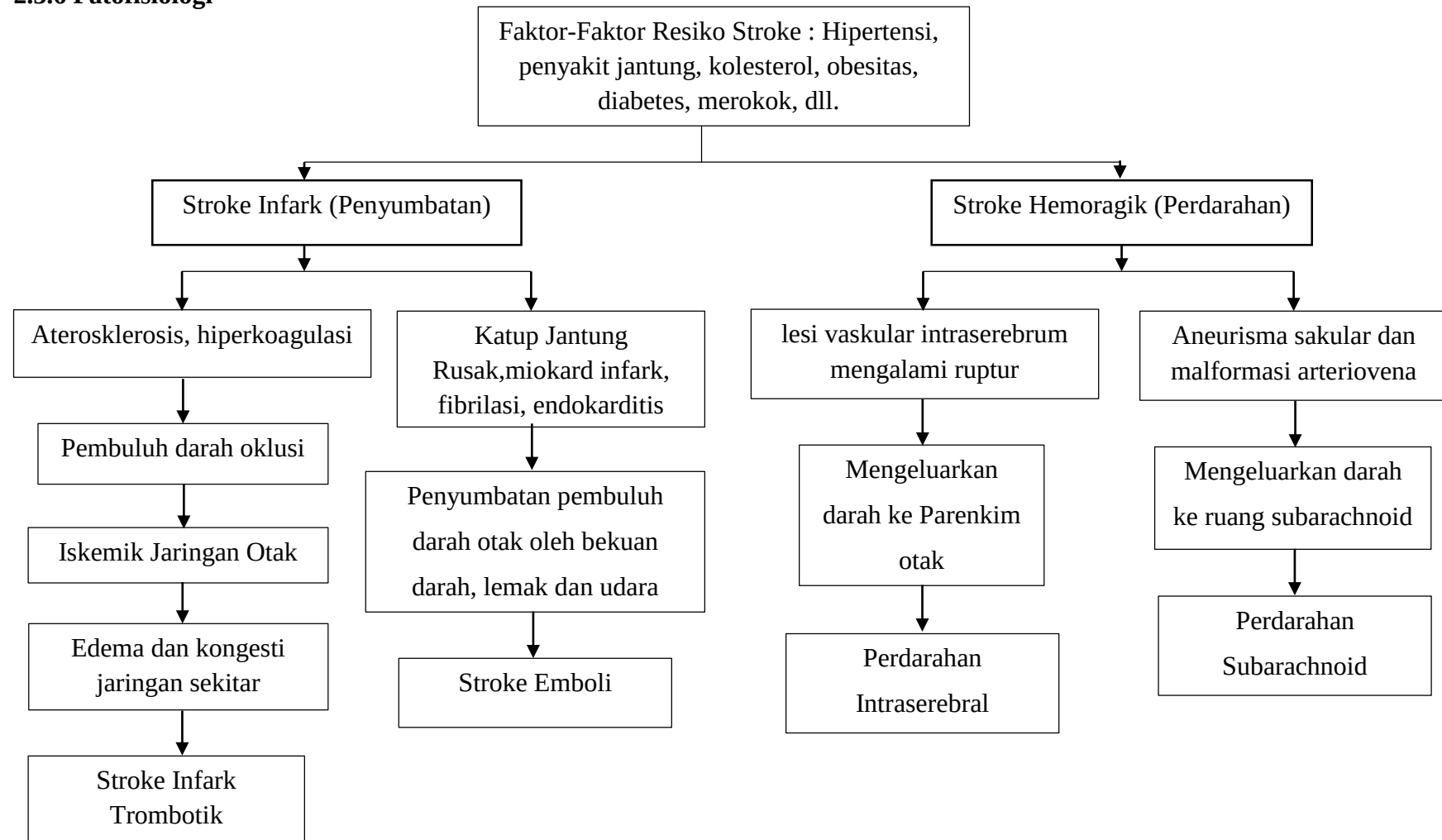
8) *Inkontinensia*

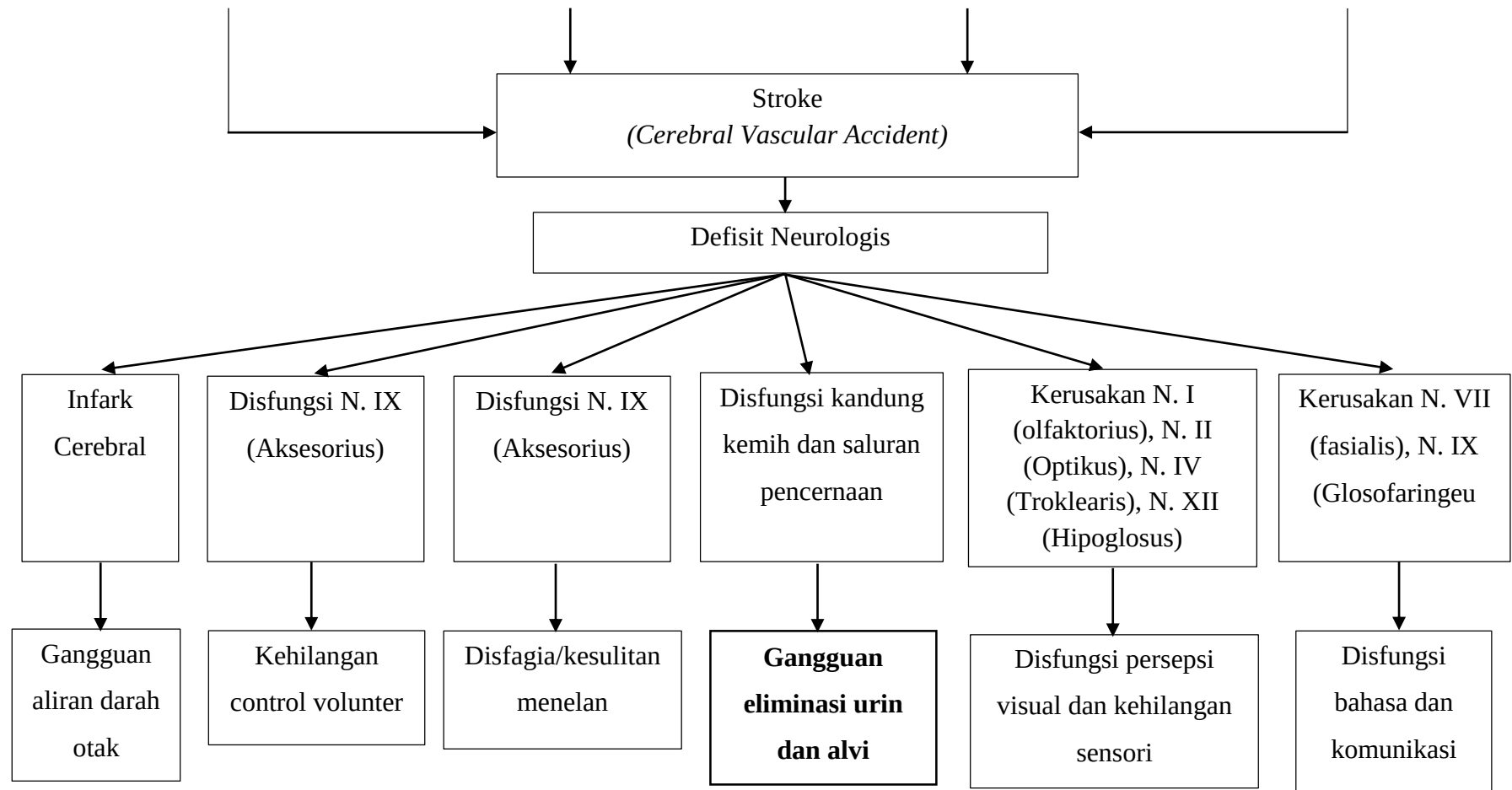
Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi, hal ini dikarenakan terganggunya saraf yang mensyarafi *bladder* dan *bowel*.

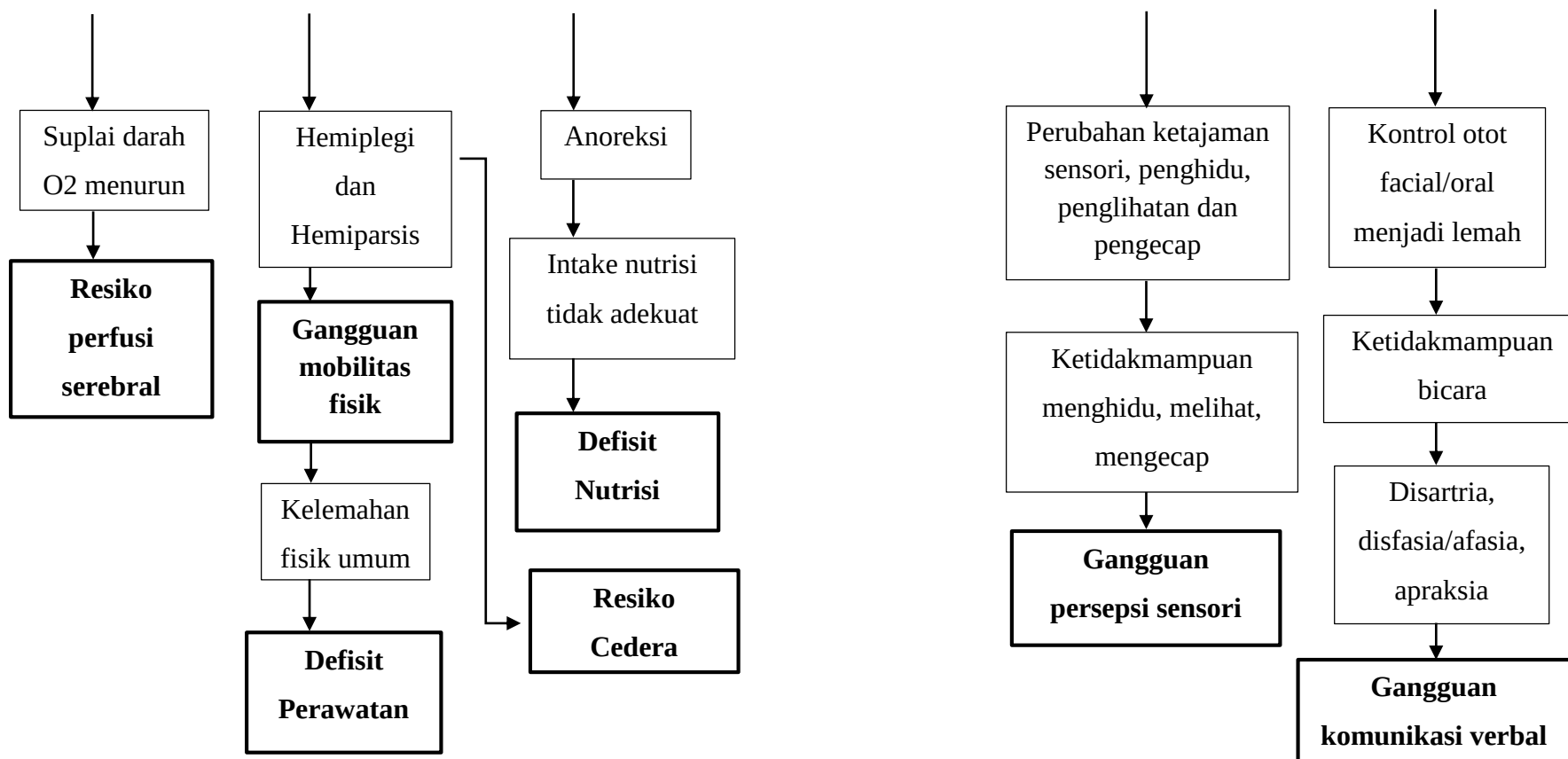
9) *Vertigo*, mual, muntah dan nyeri kepala

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 focal. 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 (Glosofaringeus) 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) Mengingat jadwal kontrol dan minum obat
- a) Berikan dukungan dan perhatian seperti mengantar pasien untuk kontrol ke klinik atau Rumah Sakit.
 - b) Bantulah pasien untuk mengingat 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*)

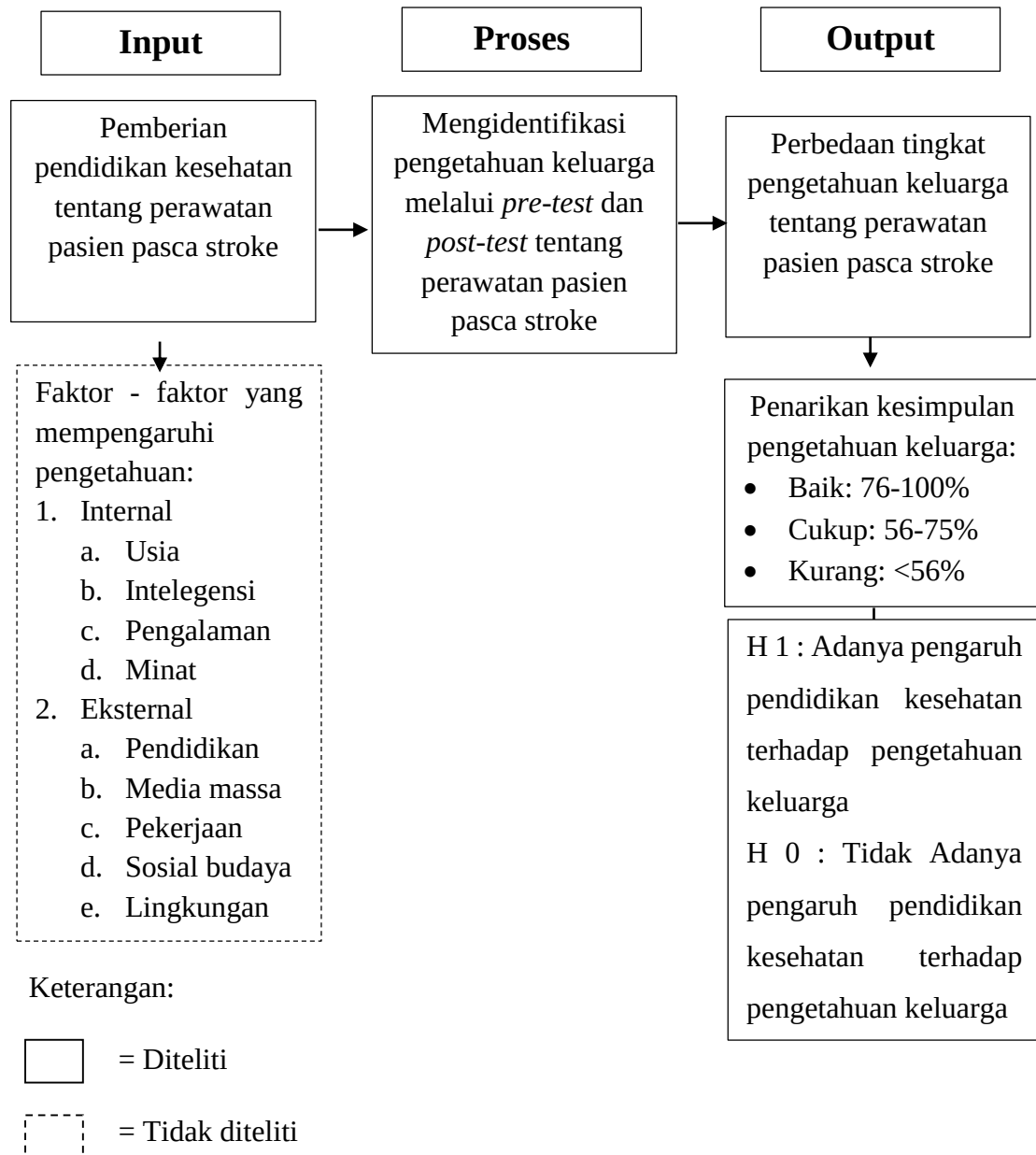
- a) Bersihkan tubuh pasien dengan air hangat, waslap dan sabun, paling tidak 1-2 kali sehari.
- b) Periksa apakah ada abrasi, lepuh atau kemerahan di kulit yang tidak hilang ketika ditekan (tanda awal *Decubitus*).
- c) Ganti seprei yang kotor atau basah, dan bantu pasien dalam mengganti pakaiannya.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

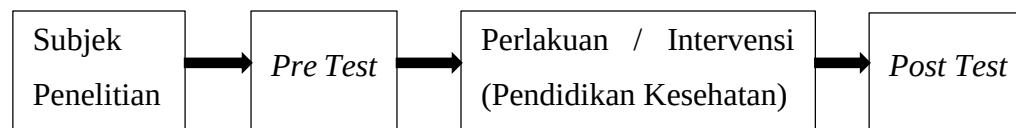
METODE PENELITIAN

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 penelitianh. 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

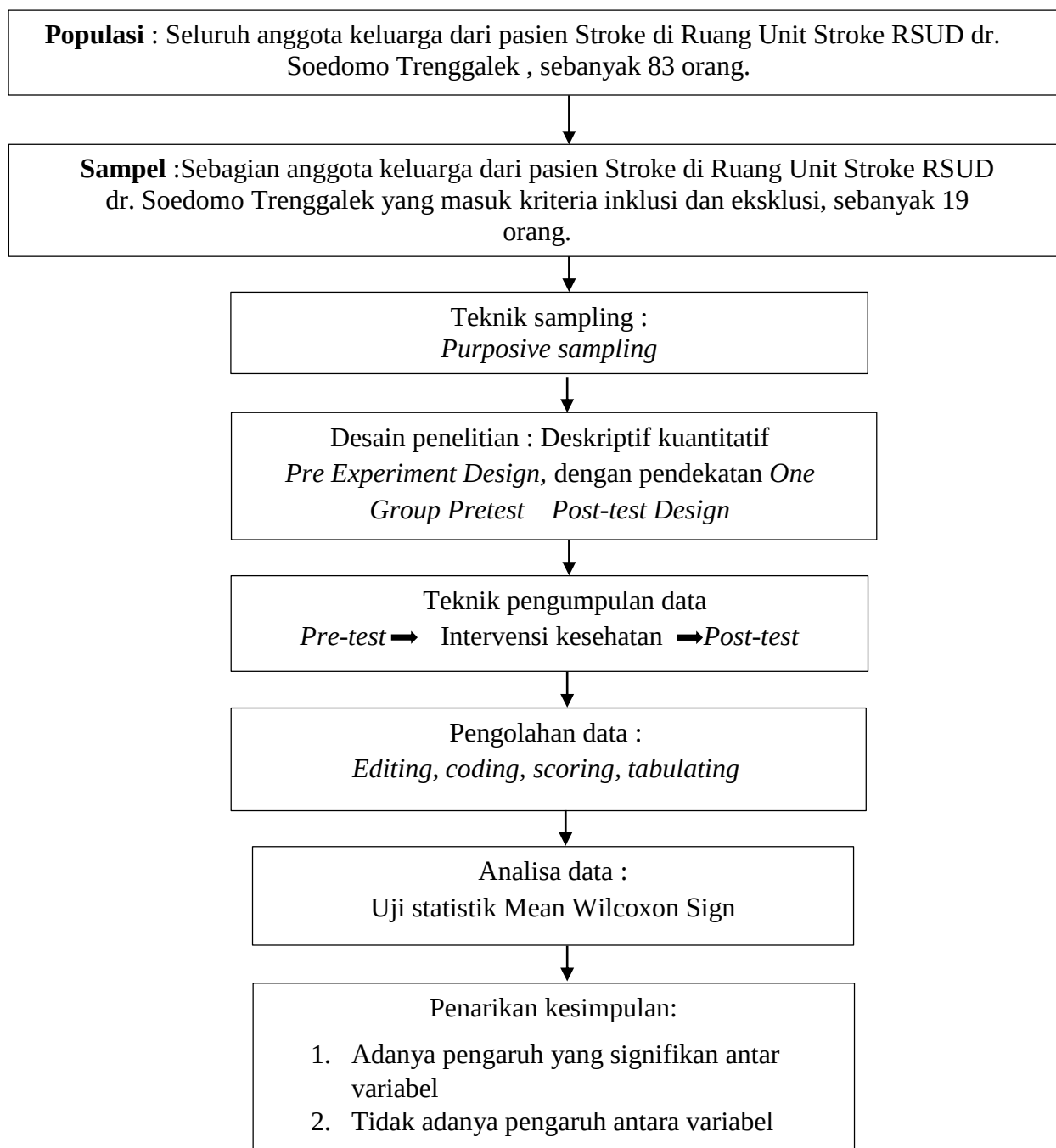
perawatan pasien pasca stroke yang baik dan benar.

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.