

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN TINDAKAN KELUARGA MERAawat
KELUARGA YANG MENDERITA STROKE FASE REHABILITASI
DI KECAMATAN CAMPALAGIAN KABUPATEN
POLEWALI MANDAR SULAWESI BARAT**

*Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar
Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

ERIK MANGASI

C 121 11 701

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Skripsi:

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN TINDAKAN KELUARAGA MERAWAT
KELUARGA YANG MENDERITA STROKE FASE REHABILITASI
DI KECAMATAN CAMPALAGIAN KABUPATEN
POLEWALI MANDAR SULAWESI BARAT**

Yang disusun dan diajukan oleh:

ERIK MANGASI
NIM. C121 11 701

Disetujui:

PEMBIMBING I

PEMBIMBING II

Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Ummi Pratiwi, S.Kep.,Ns.

Diketahui,
Ketua Program Studi,

Dr. Werna Nontji, SKp., M.Kep
NIP. 1950014 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN DAN TINDAKAN KELUARAGA MERAWAT
KELUARGA YANG MENDERITA STROKE FASE REHABILITASI
DI KECAMATAN CAMPALAGIAN KABUPATEN
POLEWALI MANDAR SULAWESI BARAT**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : Selasa, 7 Februari 2013

Pukul : 09.00 – 11.00 WITA

Tempat : Ruang Bersama Lantai 4 PSIK Unhas

Oleh

ERIK MANGASI

C121 11 701

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Ummi Pratiwi, S.Kep.,Ns

Penguji III : Silvia Malasari, S.Kep.,Ns.,MN

Penguji IV : Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes

Mengetahui,

A.n. Dekan

WakilDekanBidangAkademik
FakultasKedokteran
UniversitasHasanuddin,

Ketua Program StudiIlmu Keperawatan
FakultasKedokteran
UniversitasHasanuddin,

Prof.dr.Budu,Ph.D.,SpM(K),M.MedEd
NIP. 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 195001 14 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Erik Mangasi

NIM : C121 11 701

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 14 Februari 2013

Yang membuat pernyataan,

Erik Mangasi

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, segala puji senantiasa penulis haturkan kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat merampungkan penyusunan Skripsi ini yang berjudul “***Gambaran Pengetahuan dan Tindakan Keluarga Merawat Keluarga yang Menderita Stroke Fase Rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat***” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan S-1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Shalawat dan salam pun tak lupa penulis sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW, yang telah memperjuangkan *kalamullah* untuk tetap menjadi pegangan hidup umat manusia, yang selalu mengilhami penulis selama ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis simpulkan kepangkuan Ibunda (*St. Anah*) dan Ayahanda (*M. Rum Baso Sakti*) untuk segala do’a, restu dan pengorbanan yang telah dilakukan demi kesuksesan putra-putrinya, yang telah penulis rasakan hingga saat ini. Pun teruntuk kedua Adikku yang selalu memotivasi dan tak jemu membantu setiap kali penulis menghadapi kesulitan, *uhibbukumfillah...*

Dalam proses penyusunan Skripsi ini, penulis banyak mendapatkan hambatan. Namun, adanya arahan, bimbingan, dan dukungan moril dari berbagai pihak maka hal tersebut dapat terlalui. Untuk itu, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

2. Prof. dr. Budu, Ph.D.,Sp.M(K), M.MedED, selaku wakil dekan bidang akademik fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep. selaku ketua Program Studi Ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
4. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes dan Ummi Pratiwi, S.Kep., Ns selaku dosen pembimbing yang telah rela meluangkan waktunya untuk membimbing dan memberikan masukan serta arahan yang sangat berharga kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Silvia Malasari, S.Kep.,Ns., MN dan Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan sumbangan saran yang membangun untuk kelanjutan penulisan skripsi ini.
6. Kepada kesatuan bangsa politik dan linmas kabupaten Polewali Mandar yang telah memberikan izin serta rekomendasi kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Direktur RSUD POLEWALI MANDAR yang telah memberikan izin untuk melakukan uji validitas dan realibilitas instrumen penelitian.
8. Kepada Kepala Kecamatan Campalagian yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
9. *Special thanks to dwi*, atas motivasi dan setiap detik kebersamaan yang tak tergantikan.
10. Teman-teman Ners B 2011, yang telah memberikan dukungan dan bantuan.
11. Seluruh dosen dan staf program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin

12. Seluruh responden dan semua pihak yang luput disebutkan karena keterbatasan penulis.

Penulis sepenuhnya menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari sempurna, namun penulis berharap Skripsi dapat memberi manfaat kepada kita semua, *insya Allah...*

Makassar, 14 Februari 2013

PENULIS

ABSTRAK

Erik Mangasi. **GAMBARAN PENGETAHUAN DAN TINDAKAN KELUARGA MERAWAT KELUARGA YANG MENDERITA STROKE FASE REHABILITASI DI KECAMATAN CAMPALAGIAN KABUPATEN POLEWALI MANDAR SULAWESI BARAT**, dibimbing oleh Kadek Ayu Erika dan Ummi Pratiwi.

Latar belakang: Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak. Alasan utama *caregiver* merawat anggota keluarga pasca stroke adalah motivasi untuk kesembuhan dan kecacatan yang membutuhkan bantuan dalam perawatan di rumah. Rumah Sakit Umum Daerah Polewali Mandar pada tahun 2010 mencatat penderita stroke rawat jalan dan rawat inap sebanyak 784 dan 184 orang, sedangkan pada tahun 2011 sebesar 797 dan 138 orang.

Tujuan: Untuk melihat gambaran pengetahuan dan tindakan keluarga dalam merawat keluarga yang menderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

Metode: Jenis penelitian ini adalah statistik deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga penderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat yaitu sebanyak 26 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *accidental sampling*. Data dikumpulkan dengan menggunakan alat ukur kuesioner dan lembar observasi.

Hasil: Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebanyak 12 responden (46,2%) memiliki tingkat pengetahuan pada kategori “cukup” dan sebanyak 12 responden (46,2%) memiliki tingkat tindakan pada kategori “cukup”.

Kesimpulan & Saran: Pengetahuan anggota keluarga yang merawat penderita stroke mayoritas dalam kategori “cukup”. Tindakan anggota keluarga yang merawat penderita stroke juga berada dalam kategori “cukup”. Oleh karena itu diharapkan kepada instansi terkait untuk tetap memberikan penyuluhan agar perilaku keluarga bisa lebih baik lagi.

Kata kunci: Pengetahuan, Tindakan, Keluarga, Fase Rehabilitasi, Penderita Stroke.

Sumber Literatur: 42 Kepustakaan (1987-2012)

ABSTRACT

Erik Mangasi. **Descriptive of the family's knowledge and practice to look after the patient with stroke rehabilitation phase in Campalagian district of polewali mandar regency Sulawesi Barat.** Led by Kadek Ayu Erika dan Ummi Pratiwi.

Background: Stroke is a major disease that often causes the paralysis of extremities motion, dysphasia or aphasia, thinking process, recall, and other defect forms as effect of brain function defect. The main reason of the caregiver to take care patient with stroke at home is the motivation for the recovering and rehabilitating the defect also the effort of home care treatment. In 2010, RSUD Polman noted about 784 patients with stroke that hospitalized and 184 patients by home caring. Meanwhile, in 2011 there were 797 patients with stroke that hospitalized and 138 patients by home caring.

Objective: To see the descriptive of the family's knowledge and practice to look after the patient with stroke rehabilitation phase in Campalagian district of Polewali Mandar regency Sulawesi Barat.

Method : this study used statistic descriptive by quantitative approach with 26 samples that chosen by accidental sampling. The knowledge data was collected by questioner and practice data was collected by observation.

According to the statistic result known that there were 12 respondents (46,2%) within knowledge category on level "good enough". And also there were 12 respondents (46,2%) within practice category on level "enough".

The majority of family's knowledge who looked after the patient with stroke rehabilitation phase on level "good enough". The same result with family's practiced to look after the patient with stroke rehabilitation phase on level "enough". Therefore, expected to the relevant institution to still give public counseling so that the family's knowledge and practice be increased.

Keyword: Knowledge, practice, Family, rehabilitation Phase, Patient with Stroke

Bibliography: 42 (1987-2012).

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke	5
B. Tinjauan Umum Tentang Keluarga	19
C. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan	24
D. Tinjauan Umum Tentang Tindakan	29

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep.....	30
-------------------------	----

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian	31
C. Populasi dan Sampel	31
D. Alur Penelitian	32
E. Variabel Penelitian.....	33
F. Instrumen Penelitian	34
G. Pengolahan dan Analisa Data.....	35
H. Masalah Etika	36

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	38
B. Pembahasan	41
C. Keterbatasan Penelitian	46

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	47
B. Saran.....	47

DAFTAR PUSTAKA	49
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Bagan 1 : Kerangka Konsep	30
Bagan 2 : Alur Penelitian	33

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Karakter Umum Responden di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat	39
Tabel 5.2	Distribusi pengetahuan responden tentang perawatan penderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat	40
Tabel 5.3	Distribusi karakteristik responden berdasarkan tindakan dalam merawat penderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat	40

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir *Informed Consent* Responden

Lampiran 2 Lembar Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Lembar Observasi Penelitian

Lampiran 4 Master Tabel Penelitian

Lampiran 5 Distribusi Hasil Pengetahuan Responden

Lampiran 6 Distribusi Hasil Observasi Tindakan Responden

Lampiran 7 Hasil Analisa SPSS

Lampiran 8 Hasil Uji Validitas dan Realibilitas

Lampiran 9 Surat Izin/Rekomendasi Penelitian dari PSIK FK Unhas

Lampiran 10 Surat Izin/Rekomendasi Penelitian dari Kesbang dan Linmas

Pemkab Sulbar

Lampiran 11 Surat Izin Uji kuesioner di RSUD Polewali

Lampiran 12 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Pengambilan Data Uji

Kuesioner di RSUD Polewali

Lampiran 13 Surat Izin Penelitian dari Kecamatan Campalagian

Lampiran 14 Surat Keterangan Telah Meneliti di Kecamatan Campalagian.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Badan kesehatan dunia memprediksi bahwa kematian akibat stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030. Saat ini ada 4 juta orang di Amerika Serikat yang hidup dalam keterbatasan fisik akibat stroke, 15-30% di antaranya menderita cacat menetap. Hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Pada tahun 2010, Amerika telah menghabiskan 73,7 juta dollar untuk membiayai tanggungan medis dan rehabilitasi akibat stroke (Wahyu, 2009).

Riset yang dilakukan oleh Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 menunjukkan stroke di wilayah perkotaan menempati urutan pertama penyebab utama kematian untuk penyakit-penyakit tidak menular. Stroke merupakan penyakit yang sangat berbahaya dan mematikan. Diperkirakan sebanyak 28,5% penderita stroke meninggal dunia. Selebihnya menderita lumpuh sebagian atau total. Hanya 15% yang dapat sembuh total. Sejumlah 15% meninggal secara langsung atau dalam perawatan di Rumah Sakit, sedangkan yang bertahan hidup umumnya

tidak mampu melakukan kegiatan sehari-hari maupun mencari nafkah. Menurut Yayasan Stroke Indonesia, diperkirakan 63,52% dari 100.000 penduduk Indonesia berusia di atas 65 tahun diserang stroke. Kini di banyak negara stroke merupakan pembunuh nomor satu di antara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti jantung dan kanker. Menurut Samino, dokter spesialis saraf yang saat ini juga menjabat sebagai ketua Asosiasi Alzheimer Indonesia, stroke merupakan pembunuh nomor satu dalam kasus-kasus neurologi di Indonesia. Sedangkan secara umum, stroke menempati urutan ketiga yang menyebabkan kematian setelah penyakit jantung dan kanker.

Profil Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan tahun 2008 (profil PP & PL tahun 2008), menunjukkan bahwa stroke di Sulawesi Barat menyumbang 5,3% dari seluruh penderita stroke yang ada di Indonesia (www.pppl.depkes.go.id, diakses pada 30 juni 2012). Rumah Sakit Umum Daerah Polewali Mandar pada tahun 2010 mencatat penderita stroke rawat jalan dan rawat inap sebanyak 784 dan 184 orang, sedangkan pada tahun 2011 sebesar 797 dan 138 orang (wawancara dengan Ian, 1 juli 2012).

Penelitian yang dilakukan oleh Agustina, Priambodo dan Somantri (2009), menemukan bahwa keluarga pasien sangat membutuhkan informasi dan bantuan dalam melakukan perawatan terhadap keluarga yang menderita stroke. Penelitian ini hampir sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Widayanti (2010), yang mendapatkan bahwa alasan

utama *caregiver* merawat anggota keluarga pasca stroke adalah motivasi untuk kesembuhan dan kecacatan yang membutuhkan bantuan serta upaya yang dilakukan adalah pengobatan medis, herbal, alternatif dan perawatan di rumah.

Berdasarkan informasi diatas, tingginya jumlah penderita stroke yang tercatat di RSUP Polewali Mandar dan mengingat betapa pentingnya keluarga bagi kemajuan kesehatan penderita stroke, merupakan faktor yang menjadi pemicu penulis melakukan penelitian ini, dengan maksud untuk mencari tahu sejauh mana perilaku masyarakat dalam melakukan perawatan terhadap penderita stroke.

B. Rumusan Masalah

Stroke adalah penyakit yang menyebabkan kecacatan menetap, dan cenderung mengalami peningkatan setiap tahunnya di seluruh dunia. Oleh karena itu, keluarga yang mempunyai penderita dirumah, harus memiliki pengetahuan yang baik dalam perawatan dan tentang stroke itu sendiri. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Pengetahuan dan Tindakan Keluarga dalam merawat penderita stroke?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

diketuainya pengetahuan dan tindakan keluarga merawat keluarga yang menderita stroke di Kecamatan Campalagian.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke fase rehabilitasi.
- b. Diketahui tindakan keluarga yang dilakukan terhadap penderita stroke fase rehabilitasi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keluarga / Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat umumnya dan keluarga pasien stroke khususnya bahwa dengan dukungan keluarga kecacatan penderita stroke dapat diminimalkan, sehingga dapat mandiri dalam beraktivitas dengan perawatan di rumah yang baik dan tepat.

2. Bagi Pendidikan

Sebagai sumbangan ilmiah dan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan sehingga manfaat ilmu keperawatan lebih dapat dirasakan oleh semua lapisan masyarakat.

3. Bagi peneliti

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai gambaran keluarga dalam merawat keluarga yang menderita stroke di Kecamatan Campalagian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Stroke

1. Definisi stroke

Stroke adalah kehilangan fungsi otak secara mendadak yang diakibatkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak. (Baughman & Hackley, 2000)

Stroke adalah gangguan saraf yang menetap, diakibatkan oleh kerusakan pembuluh darah di otak yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Serangannya sendiri berlangsung selama 15-20 menit yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain *vaskuler*. Bila jatah oksigen terputus 8-10 detik saja, akan terjadi gangguan fungsi otak. Bila lebih dari 6-8 menit akan terjadi lesi/jejas atau kerusakan pada sebagian otak yang tak mungkin pulih kembali (Sutrisno, 2007).

2. Penyebab stroke

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. *Trombosis* biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan *iskemi*

serebral. Tanda dan gejala *neurologis* sering kali memburuk pada 48 jam setelah *trombosis*. Keadaan yang dapat menyebabkan *trombosis*: *Aterosklerosis*, *Hiperkoagulasi* pada *polisitemia*, *Arteritis*, dan Emboli.

b. *Hemoragi*

Perdarahan *intrakranial* atau *intraserebral* termasuk perdarahan dalam ruang *subaraknoid* atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena *aterosklerosis* dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan sehingga terjadi *infark* otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

c. *Hipoksia* umum

Beberapa penyebab hipoksia umum adalah : Hipertensi yang parah, henti jantung-paru, dan curah jantung turun akibat aritmia.

d. *Hipoksia* setempat

Beberapa penyebab hipoksia setempat adalah :

- 1) *Spasme arteri serebral*, yang disertai perdarahan *subaraknoid*.
- 2) *Vasokonstriksi arteri* otak disertai sakit kepala *migren*

(Muttaqin, 2008).

3. Klasifikasi stroke

Menurut Michael (2003) dalam buku awas stroke, secara patologi stroke ada 2 macam, yaitu stroke sumbatan (stroke iskemik) dan stroke perdarahan (stroke hemoragik) (Pinzon & Asanti, 2010).

a. Stroke *iskemik*

Stroke *iskemik* terjadi pada sel-sel otak yang mengalami kekurangan oksigen dan nutrisi yang disebabkan sumbatan pada pembuluh darah (*aterosklerosis*). Aterosklerosis terjadi akibat timbunan lemak pada arteri yang menyebabkan luka pada dinding arteri. Luka ini membentuk gumpalan darah (*trombus*) yang mempersempit arteri. Gumpalan ini dapat juga terbawa aliran dan menyangkut di pembuluh darah yang lebih kecil dan menyebabkan penyumbatan. Hampir sebagian besar pasien atau sekitar 83% mengalami stroke jenis ini. Stroke iskemik menyebabkan aliran darah sebagian atau keseluruhan otak menjadi terhenti (Redaksi Agromedia, 2009).

Penatalaksanaan umum Iskemik:

- 1) Nutrisi.
- 2) Hidrasi intravena: koreksi dengan NaCl 0,9% jika hipovolemik.
- 3) Hiperglikemi: koreksi dengan insulin skala luncur. Bila stabil, beri insulin reguler subkutan.
- 4) Neurorehabilitasi dini: stimulasi dini secepatnya dan fisioterapi gerak anggota badan aktif maupun pasif.

5) Perawatan kandung kemih: kateter menetap hanya pada keadaan khusus (Dewanto, Suwono, Riyanto, & Turana, 2009).

b. Stroke *hemoragik*

Stroke *hemoragik*, pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak sehingga merusaknya (Vitahealth, 2006). Merupakan perdarahan serebral ataupun perdarahan subaraknoid, biasanya terjadi saat melakukan aktivitas atau saat aktif walaupun bisa juga pada saat istirahat. Keadaan klien umumnya menurun (Muttaqin, 2008).

Stroke *hemoragik* (perdarahan) di bagi dua, yaitu:

1) Perdarahan *intracerebral* (pada jaringan otak)

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi secara cepat dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahn intracerebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, talamus, pons, dan serebelum (Muttaqin, 2008).

2) Perdarahan *subarachnoid* (di bawah jaringan pembungkus otak).

Berasal dari pecahnya *aneurisma berry*. *Aneurisma* yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi *willisi* dan cabang-

cabangnya yang terdapat di luar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang *subaraknoid* menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (*hemiparese*, gangguan *hemi sensorik*, *afasia*, dan lain-lain) (Muttaqin, 2008).

Penatalaksanaan stroke hemoragik pertama-tama ditujukan langsung pada penanganan A (*airway*), B (*breathing*), C (*circulation*), D (*detection of focal neurological deficit*) (Dewanto, Suwono, Riyanto, & Turana, 2009).

4. Manifestasi klinis stroke

- a. Kehilangan motorik berupa: *Hemiplegia*, *hemiparesis* serta *Paralisis flaksid* dan kehilangan atau penurunan *refleks tendon profunda*
- b. Kehilangan komunikasi, berupa: *Disartria*, *Disfagia* atau *afasia*, dan *Apraksia*.
- c. Gangguan perseptual
 - 1) *Homonimus hemia nopia* (kehilangan setengah dari lapang pandang).
 - 2) Gangguan dalam hubungan *visual-spasial* (seringkali terlihat pada pasien dengan *hemiplegia* kiri).

- 3) Kehilangan sensori: Sedikit kerusakan pada sentuhan atau lebih buruk dengan kehilangan *proprioepsi*, kesulitan dalam mengatur stimulus visual, *taktil*, dan *auditori*.
- d. Kerusakan aktivitas mental dan efek psikologis
- 1) Kerusakan lobus frontal: kapasitas belajar, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin mengalami kerusakan. Disfungsi tersebut mungkin tercermin dalam rentang perhatian terbatas, kesulitan dalam komprehensi, cepat lupa, dan kurang motivasi.
 - 2) Depresi, masalah-masalah psikologis lainnya: kelabilan emosional, bermusuhan, frustrasi, menarik diri, dan kurang kerja sama.
- e. Disfungsi kandung kemih
- 1) *Inkontinensia urinarius transien*.
 - 2) *Inkontinensia urinarius persisten* atau *retensi urine* (mungkin *simptomatik* dari kerusakan otak bilateral).
 - 3) *Inkontinensia urinarius* dan defekasi berkelanjutan (dapat mencerminkan kerusakan neurologis ekstensif) (Baughman & Hackley, 2000).
5. Pencegahan stroke
- a. Mengindari merokok, kopi, dan alkohol.
 - b. Mengusahakan untuk dapat mempertahankan berat badan ideal (cegah kegemukan).

- c. Membatasi intake garam bagi penderita hipertensi.
 - d. Membatasi makanan berkolesterol dan lemak (daging, durian, alpukat, keju, dan lainnya).
 - e. Olahraga teratur (Banticaca, 2008).
6. Pemeriksaan penunjang
- a. *Angiografi serebral*. Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya pertahanan atau sumbatan arteri.
 - b. *Computer tomography scan* (CT-scan). Mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan *subarakhnoid* dan perdarahan *intrakranial*. Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi.
 - c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI). Menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arterio vena (MAV).
 - d. Ultrasonografi doppler (USG doppler). Mengidentifikasi penyakit arteriovena dan aterosklerosis.
 - e. Electroencephalogram (EEG). Mengidentifikasi masalah pada gelombang otak dan memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
 - f. Sinar tengkorak. Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pial daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral; kalsifikasi parsial

dinding aneurisma pada perdarahan subaraknoid (Batticaca, 2008).

7. Komplikasi

Stroke bisa menyebabkan komplikasi seperti: Gangguan otak yang berat dan kematian bila tidak dapat mengontrol respons pernapasan atau kardiovaskuler (Batticaca, 2008).

8. Fase rehabilitasi stroke

Tujuan utama dapat mencakup peningkatan mobilitas, menghindari nyeri bahu, pencapaian perawatan diri, pencapaian kontrol kandung kemih, peningkatan proses pikir, pencapaian beberapa bentuk komunikasi, pemeliharaan integritas kulit, pemulihan fungsi keluarga, dan tidak terjadinya komplikasi (Baughman & Hackley, 2000).

a. Pemantauan dan penatalaksanaan potensial komplikasi

- 1) Mengkaji tanda-tanda vital dan status oksigenasi aliran darah yang adekuat ke otak dan jaringan.
- 2) Meningkatkan pertukaran gas pernapasan dengan oksigen tambahan, penghisapan, dan fisioterapi dada.
- 3) Mempertahankan curah jantung yang adekuat dengan obat-obatan dan pemberian cairan.

b. Peningkatan mobilitas dan pencegahan deformitas

- 1) Membaringkan untuk mencegah kontraktur; gunakan tindakan yang dapat menghilangkan tekanan, bantu dalam

mempertahankan kesejajaran tubuh yang baik, cegah neuropati kompresif.

- 2) Mempertahankan agar pasien tetap berbaring datar di tempat tidur kecuali ketika melakukan aktivitas sehari-hari.
- 3) Mencegah *foot drop* dan korda tumit dari pemendekan dengan menggunakan papan kaki dengan interval teratur selama periode flaksid.
- 4) Menggunakan tempat tidur berayun untuk mencegah *bedding* ekstremitas segera setelah terjadi spastisitas.
- 5) Memasang pembebat *posterior* pada malam hari untuk mencegah *fleksi* pada ekstremitas yang sakit
- 6) Mencegah rotasi eksternal dari persendian pinggul dengan pemasangan rool trokhanter.
- 7) Mencegah adduksi dari bahu yang sakit dengan bantal yang diletakkan didalam *aksila*.
- 8) Meninggikan lengan yang sakit untuk mencegah edema dan fibrosis.
- 9) Memposisikan jari-jari sehingga tidak semata terfleksi; letakkan tangan dalam posisi sedikit *supinasi*.
- 10) Menggunakan pembebat *restring volar* untuk menyangga pergelangan tangan dan kaki.
- 11) Mengubah posisi setiap 2 jam; baringkan pasien dalam posisi telentang selama 15-30 menit beberapa kali sehari.

c. Memulihkan ekstremitas yang sakit

- 1) Latihan : berikan latihan rentang gerakan sendi empat sampai lima kali sehari untuk mempertahankan mobilitas dan mencegah kontraktur.
- 2) Latihan gerak pasif: menekuk dan meluruskan sendi-sendi, Memutar pergelangan tangan, ibu jari, pangkal paha dan pergelangan kaki (Mulyatsih & Ahmad, 2008).
- 3) Latihan gerak aktif : anjurkan pasien menggunakan ekstremitas yang baik untuk menopang bagian yang lemah (misal: angkat tungkai kiri yang sakit dengan tungkai kanan yang sehat atau angkat tangan kiri yang sakit dengan tangan kanan yang sehat) (Tucker, Canobbio, Paquette, & Wells, 1998).
- 4) Mengamati tanda-tanda sesak napas, dada nyeri, sianosis, dan peningkatan frekuensi nadi selama periode latihan.

d. Persiapan untuk ambulasi

- 1) Melakukan suatu program rehabilitasi aktif saat kesadaran telah pulih.
- 2) Membantu pasien dalam belajar untuk mempertahankan keseimbangan dalam posisi duduk sebelum belajar keseimbangan untuk posisi berdiri.
- 3) Memulai ajarkan pasien berjalan segera setelah keseimbangan berdiri dicapai.

4) Menjaga periode pelatihan untuk ambulasi yang singkat dan sering.

e. Pencapaian perawatan diri

- 1) Mendorong pasien untuk membantu dalam *higiene personal*.
- 2) Membantu untuk membuat tujuan yang realistis dan menambahkan tugas baru setiap hari.
- 3) Memberi dorongan untuk menjalankan aktivitas perawatan diri pada sisi yang tidak sakit sebagai tahap awal penyusunan tujuan.
- 4) Memastikan pasien tidak melalaikan sisi tubuhnya yang sakit.
- 5) Memperbaiki moral dengan memastikan pasien berpakaian lengkap selama aktivitas ambulasi.
- 6) Membantu dalam aktivitas berpakaian, misalnya pakaian dikencangkan dengan pengikat *Velcro*; kenakan pakaian pada bagian yang tidak sakit terlebih dahulu.
- 7) Memberikan dukungan emosional untuk mencegah terlampau keletihan dan tak bersemangat.

f. Pencapaian kontrol kandung kemih

Analisa pola berkemih pasien dan berikan *bedpan urinal* pada jadwal ini.

g. Peningkatan proses pikir

- 1) Membentuk program pelatihan dengan menggunakan pencapaian perseptual kognitif, imajinasi visual, orientasi

realitas, dan prosedur petunjuk untuk mengkompensasi kehilangan.

2) Memberikan umpan balik yang positif, dan tunjukkan suatu sikap percaya dan penuh harapan.

h. Pencapaian komunikasi

1) Latihan pernapasan berupa latihan napas, menelan, meniup, latihan gerak bibir, lidah dan tenggorokan.

2) Latihan didepan cermin untuk latihan gerak lidah, bibir dan mengucapkan kata-kata.

3) Latihan pada penderita disartria lebih ditekankan ke artikulasi mengucapkan kata-kata.

4) Pelaksana terapi adalah tim medik dan keluarga (webmaster RSMK Group, 2011).

i. Memperbaiki koping keluarga melalui penyuluhan kesehatan.

1) Memberikan konseling dan dukungan pada keluarga.

2) Menyingkirkan hambatan keluarga dalam memberikan perawatan 24 jam yang berkelanjutan dengan memberikan perawatan dan/atau pusat perawatan orang dewasa.

3) Melibatkan orang lain dalam perawatan pasien, teknik penatalaksanaan stres, dan pemeliharaan kesehatan personal untuk koping keluarga.

- 4) Memberikan keluarga informasi tentang hasil yang diharapkan dari stroke dan nasihatkan mereka untuk menghindari melakukan hal-hal yang dapat pasien lakukan.
 - 5) Mengembangkan tujuan yang dapat dicapai untuk pasien di rumah dengan melibatkan semua tim perawatan kesehatan, pasien, dan keluarga.
 - 6) Menjelaskan pada keluarga bahwa kelabilan emosional biasanya akan mengalami perbaikan bersama dengan berlalunya waktu.
- j. Pencapaian kembali fungsi seksual.
- Memberikan dorongan konseling seksual tentang pendekatan alternatif terhadap ekspresi seksual (Baughman & Hackley, 2000).

9. Perawatan stroke di rumah

Secara umum, petunjuk perawatan pasien stroke di rumah dalam Vitahealth (2006), sebagai berikut :

- a. Perawat pasien stroke sebaiknya lebih dari satu agar pekerjaan dapat dibagi-bagi.
- b. Memilih kamar yang dekat dengan kamar mandi, ruang makan, atau dapur. Mengatur perabotan atau peralatan agar mudah digunakan oleh pasien dan tidak menghalangi kemampuannya untuk bergerak dari satu ruangan ke ruangan yang lain. Pindahkan karpet atau keset yang dapat membuat pasien tergelincir.

- c. Memastikan tinggi ranjang sesuai dengan kegiatan perawatan sehari-hari dan gunakan lapisan anti bocor (seperti perlak) di antara kasur dan seprai.
- d. Menciptakan suasana yang tenang dan menyenangkan. Hindari pembicaraan mengenai ketidakmampuan pasien. Jangan paksa pasien untuk melakukan sesuatu, sebaiknya gunakan bujukan dan saran-saran.
- e. Membantu pasien untuk mengurus dirinya sendiri sejauh yang dapat ia kerjakan dan doronglah pasien untuk bertanggung jawab atas aktivitas dan latihan yang dilakukannya. Ingat, semua ini perlu dilakukan setahap demi setahap. Jika pasien dapat menggosok giginya, bercukur, menyisir rambut, atau berpakaian, biarkan ia melakukan sendiri walau membutuhkan banyak waktu. Jangan buat pasien frustrasi dengan tugas-tugas yang terlalu sulit baginya.
- f. Memuji setiap usaha yang dilakukannya. Jangan mudah merasa gagal dan jangan pula membiarkan pasien tidak mau berusaha lagi.
- g. Hindari asumsi bahwa ia tidak bisa menggunakan pikirannya. menjaga hubungan sama seperti sebelum ia menderita stroke. Hindari berbicara di depan pasien seakan-akan ia tidak bisa mendengar atau mengerti apa yang sedang dibicarakan. Menunjukkan diri yang optimis dan tunjukkan bahwa anda peduli dengan pasien.

- h. Membantu pasien mempertahankan hubungan dengan dunia luar dan orang-orang lain yang ia kenal seperti sebelum ia menderita stroke. Tamu yang datang akan membuat pasien merasa dirinya diinginkan dan menjadi bagian dari masyarakat.
- i. Berkonsultasi dengan dokter secara teratur, dapatkan nasehat-nasehat dari fisioterapis, terapis wicara, dan terapis okupasi. Para ahli tersebut dapat membantu anda dan pasien untuk mengatasi tuntutan hidup yang berubah dengan adanya stroke ini.
- j. Sering mengajak pasien bangkit dari ranjangnya. Kalau tidak memungkinkan, ajak pasien untuk duduk ketika menyantap makanan.
- k. Membuat catatan dalam suatu buku mengenai kemajuan gerakan, aktivitas perawatan diri sendiri, bicara, dan lain-lain setiap minggunya.
- l. Jika memungkinkan, hindari menggendong pasien dan bantu pasien bergerak dengan kemampuannya sendiri. Bantuan terutama ditujukan pada gerakan yang sulit.

B. Tinjauan Umum tentang Keluarga

1. Definisi Keluarga

- a. Menurut Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Republik Indonesia No. 53 tahun 2000 tentang gerakan pemberdayaan dan kesejahteraan keluarga, keluarga adalah unit

terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (www.depdagri.co.id diakses 30 juni 2012).

b. Defenisi yang dibuat oleh Burgess dkk (1963), berorientasi pada tradisi dan digunakan sebagai referensi secara luas:

- 1) Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi.
- 2) Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam suatu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari.
- 4) Keluarga sama-sama menggunakan kultur yang sama, yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri (Friedman, 1998).

2. Fungsi keluarga

Undang-undang No. 10 tahun 1992 membagi fungsi keluarga menjadi

8, yaitu :

a. Fungsi keagamaan

- 1) Membina norma atau ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- 2) Menerjemahkan ajaran dan norma agama ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari bagi seluruh anggota keluarga.
- 3) Memberi contoh konkret dalam kehidupan sehari-hari dalam pengamalan ajaran agama.
- 4) Melengkapi dan menambah proses belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperoleh di sekolah atau masyarakat.
- 5) Membina rasa, sikap, dan praktik kehidupan beragama.

b. Fungsi budaya

- 1) Membina tugas keluarga sebagai sarana untuk meneruskan norma budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- 2) Membina tugas keluarga untuk menyarung norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- 3) Membina tugas keluarga sebagai sarana anggotanya untuk mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
- 4) Membina tugas keluarga sebagai sarana anggotanya untuk mengadakan kompromi/adaptasi dan praktik (positif) serta kehidupan globalisasi dunia.

5) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras, dan seimbang dengan budaya masyarakat/bangsa untuk menunjang terwujudnya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

c. Fungsi cinta kasih

1) Menumbuhkembangkan potensi simbol cinta kasih sayang yang telah ada di antara anggota keluarga dalam simbol nyata, seperti ucapan dan tingkah laku secara optimal dan terus menerus.

2) Membina tingkah laku, saling menyayangi di antara anggota keluarga maupun antara keluarga yang satu dan yang lainnya secara kuantitatif dan kualitatif.

3) Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan dalam keluarga secara serasi, selaras, dan seimbang.

4) Membina rasa, sikap, dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

d. Fungsi perlindungan

1) Memenuhi kebutuhan akan rasa aman di antara anggota keluarga. Bebas dari rasa tidak aman yang tumbuh dari dalam maupun dari luar keluarga.

2) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar maupun dalam.

- 3) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

e. Fungsi Reproduksi

- 1) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun keluarga sekitarnya.
- 2) Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, kedewasaan fisik dan mental.
- 3) Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara kelahiran dua anak, dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- 4) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

f. Fungsi sosial adalah :

- 1) Menyadari, merencanakan, dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.
- 2) Menyadari, merencanakan, dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan masyarakat maupun sekolahnya. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal yang perlu dilakukannya untuk meningkatkan kematangan dan

kedewasaan baik fisik maupun mental, yang tidak/kurang diberikan lingkungan sekolah maupun masyarakat.

- 3) Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja bermamfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua untuk perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera(www.hukum.unsrat.ac.id diakses 5 Juli 2012).

Tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan menurut Friedman adalah :

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga.
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan (Ali, 2010).

C. Tinjauan Umum tentang Pengetahuan

Pengetahuan menurut Notoatmojo (2007), adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar

pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Dalam wikipedia dijelaskan bahwa pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang.

Menurut pendekatan konstruktivitis, pengetahuan bukanlah fakta dari suatu kenyataan yang sedang dipelajari, melainkan sebagai konstruksi kognitif seseorang terhadap obyek, pengalaman, maupun lingkungannya. Pengetahuan bukanlah sesuatu yang sudah ada dan sementara orang lain tinggal menerimanya. Pengetahuan adalah sebagai suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena adanya pemahaman-pemahaman baru.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan dalam diri seseorang

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun

perlu ditekankan bahwa seseorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pendidikan tidak mutlak diperoleh pada pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan semakin menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut.

2. Informasi / Media Massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*Immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5. Pengalaman.

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan

manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

6. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup :

- 1) Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.
- 2) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental.

Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori

berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (www.duniabaca.com, diakses tanggal 2 April 2012).

D. Tinjauan Umum tentang Tindakan

Menurut Notoatmodjo Soekidjo (2007), tindakan adalah mekanisme dari suatu pengamatan yang muncul dari persepsi sehingga ada respon untuk mewujudkan suatu tindakan.

Tindakan mempunyai beberapa tingkatan yaitu :

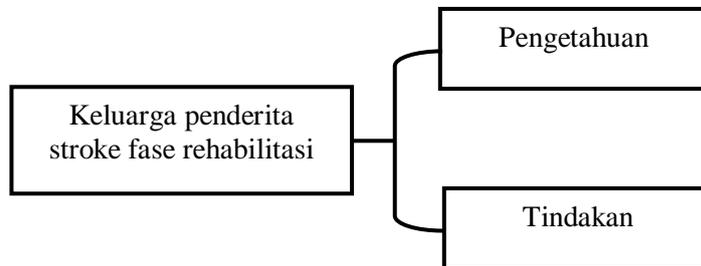
1. Persepsi (*perception*) yaitu mengenal dan memilih berbagai objek yang akan dilakukan.
2. Respon terpinpin yaitu melakukan segala sesuatu sesuai dengan urutan yang benar.
3. Mekanisme yaitu melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis.
4. Adaptasi yaitu suatu praktek atau tindakan yang yang sudah berkembang dan dilakukan dengan baik (www.usu.ac.id, diakses tanggal 2 April 2012).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar: 3.1 Kerangka Konsep

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *survei deskriptif* yaitu mendiskripsikan atau memberi gambaran pengetahuan dan tindakan keluarga dalam merawat keluarga yang menderita stroke di Kecamatan Campalagian Sulawesi Barat.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan April 2012 sampai Januari 2013, pengambilan data 24 juli-31 Agustus 2012 dan pengambilan data tambahan observasi 10-14 Februari 2013 di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang salah satu anggotanya menderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Sulawesi Barat. Berdasarkan pengumpulan data awal dijumpai 26 keluarga.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah subyek yang akan diteliti, diambil dengan menggunakan teknik *accidental sampling* yaitu mengambil

responden yang kebetulan ada atau bersedia menjadi responden penelitian.

Teknik pengambilan sampel berdasarkan kriteria yang ditetapkan peneliti meliputi kriteria inklusi dan eksklusi :

a. Kriteria inklusi

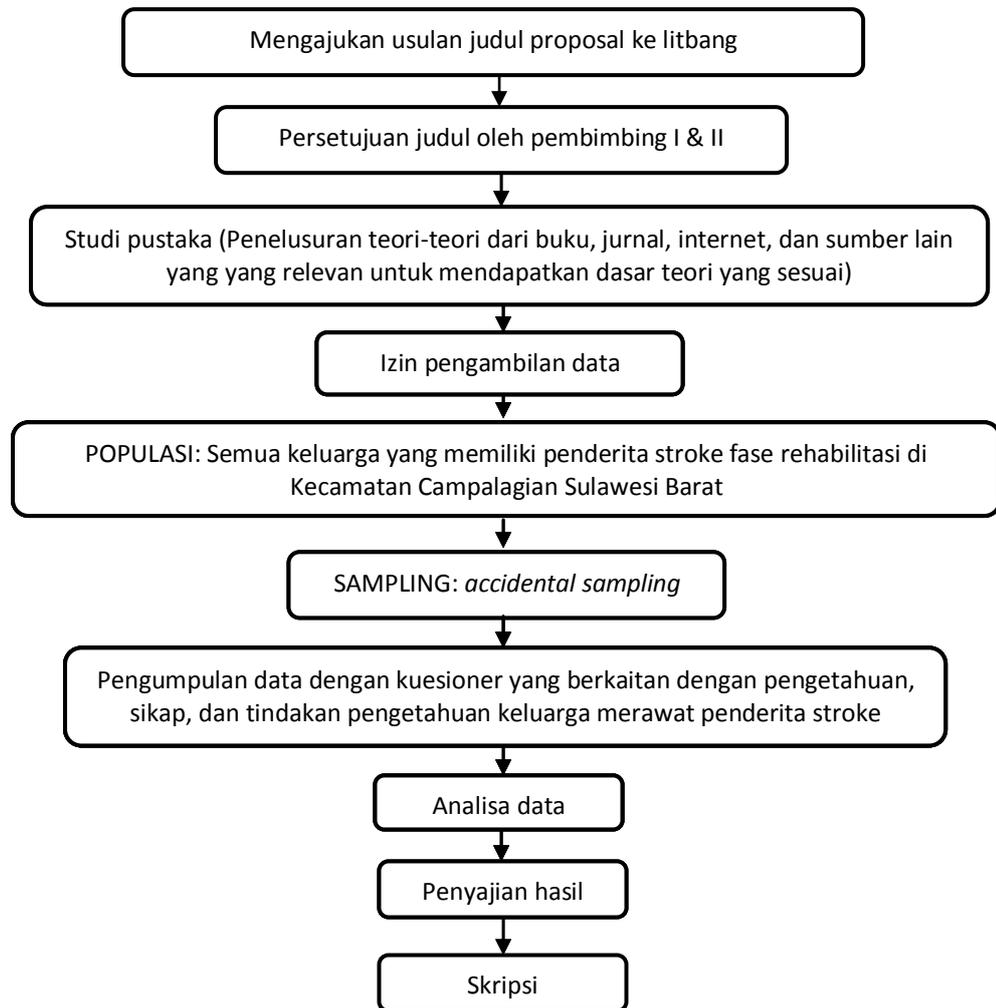
- 1) Bisa membaca dan menulis
- 2) Bersedia menjadi responden
- 3) Salah satu anggota keluarga yang paling sering memberikan perawatan.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Berada di tempat lain pada saat dilakukan penelitian
- 2) Responden menolak melanjutkan penelitian

D. Alur Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sesuai dengan alur penelitian dimulai dari pengusulan judul ke litbang, persetujuan judul oleh pembimbing I & II, studi pustaka, izin pengambilan data kemudian menentukan populasi dan sampel, dilanjutkan dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner penelitian untuk kemudian dianalisa untuk menyelesaikan skripsi atau yang digambarkan dalam bentuk skema halaman berikut :



Gambar: 4.1 Alur penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel
 - a. Pengetahuan keluarga tentang stroke
 - b. Tindakan yang dilakukan keluarga terhadap penderita stroke
2. Definisi operasional dan kriteria obyektif

- a. Pengetahuan

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah pengetahuan keluarga tentang rehabilitasi penderita stroke, terdiri atas 18 pertanyaan.

Kriteri obyektif :

Baik : Bila skor responden 10-13

Cukup : Bila skor responden 7-9

Kurang : Bila skor responden <7

Skala pengukuran : Ordinal

b. Tindakan

Tindakan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tindakan yang dilakukan keluarga terhadap keluarga yang menderita stroke latihan gerak, pengaturan diet, pengaturan lingkungan yang nyaman, dan konsultasi dengan petugas kesehatan.

Kriteria obyektif

Baik : Bila skor responden 8-10

Cukup : Bila skor responden 6-7

Kurang : Bila skor responden <6

Skala pengukuran : Ordinal

F. Instrumen Penelitian

Item pengetahuan diukur dengan menggunakan kuesioner sedangkan item tindakan menggunakan lembar observasi. Pengetahuan diukur dengan menggunakan kuesioner berjenis *multiple choice* yang terdiri atas 3 pertanyaan tentang perawatan stroke (nomor 1,2 dan 3) dan perawatan stroke sebanyak 15 pertanyaan (nomor 4-18). Hasil jawaban memberikan informasi tentang pengetahuan responden, yaitu : Baik = 76-100%, Cukup = 56-75%, dan kurang = <56%. Hasil uji validitas pada

seluruh item pertanyaan menemukan 5 item pertanyaan yang tidak valid (nomor 3, 5, 6, 7 dan 12). Setelah membuang item soal yang tidak valid tersebut, kemudian dianalisis lagi dan didapatkan nilai *Croanbach's Alpha* = 0,918, yang berarti kusioner yang digunakan valid dan reliabel.

Tindakan diukur dengan menggunakan lembar observasi yang menilai langsung keadaan penderita untuk mewakili tindakan perawatan yang dilakukan oleh keluarga, yang terdiri dari 10 item pengamatan. Hasil penilaian memberikan informasi tentang perawatan keluarga terhadap penderita stroke, yaitu: Baik = 76-100%, Cukup = 56-75%, dan kurang <56%. Jenis observasi telah dilakukan uji *Interrater Reliability* dengan nilai koefisien *Kappa* = 0,828 dan nilai *p* = 0,00 yang berarti jenis observasi yang digunakan menghasilkan data yang valid.

G. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan data

Setelah data terkumpul maka tahap berikutnya adalah mengorganisir atau mengklasifikasikan data tersebut guna tujuan penelitian. Proses pengolahan data ini meliputi :

a. Editing

Data yang telah terkumpul di lapangan dilakukan pengecekan kembali.

b. Coding

Data yang masuk dalam kategori yang sama diberikan kode.

c. *Data Entry*

Data yang sudah melalui proses pengecekan dan pengkodean selanjutnya dimasukkan kedalam program komputer.

d. *Cleaning*

Data yang telah dimasukkan dilakukan pemeriksaan kembali apakah sudah sesuai atau belum.

2. Analisa data

Analisa univariat adalah cara menganalisis data yang menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel. Analisis univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi dari variabel pengetahuan dan tindakan keluarga dalam merawat keluarga yang menderita stroke.

H. Masalah etika

Dalam pelaksanaan penelitian, peneliti mendapat persetujuan dari pembimbing riset dan mendapat rekomendasi dari PSIK FK Unhas. Kemudian peneliti membawa rekomendasi tersebut ke Kantor Kesbang Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat untuk mendapat izin penelitian di Kecamatan Campalagian. Setelah mendapat persetujuan izin pelaksanaan penelitian, maka peneliti dapat melaksanakan penelitian dengan memperhatikan etika pelaksanaan penelitian yang meliputi:

1. *Respect for person* (menghormati harkat martabat manusia)

Peneliti dalam proses pengambilan data memberikan informasi yang lengkap kepada responden tentang tujuan dari penelitian, memberikan

hak untuk ikut atau tidak menjadi responden dengan memberikan lembar *informed consent*.

2. *Beneficience & non maleficience* (manfaat & tidak merugikan).

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek dan dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Peneliti telah mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden pada setiap tindakan.

3. *Justice* (Keadilan)

Responden diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian. Responden mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan tindakan keluarga dalam merawat penderita stroke di rumah. Desain yang digunakan adalah *survei deskriptif* yang dilaksanakan pada tanggal 24 Juli 2012-14 Februari 2013 di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat dengan menggunakan *accidental sampling* yakni sebanyak 26 responden.

Data primer dalam penelitian ini diambil dalam satu kali pertemuan, baik penyebaran kuesioner dan observasi dilakukan secara langsung oleh peneliti dan dibantu 1 orang pendamping yang telah diberi penjelasan terkait penelitian. Kuesioner dibagikan kepada responden dengan waktu tiap responden 10-15 menit untuk mengisi lembar kuesioner secara lengkap. Selanjutnya peneliti melakukan observasi dengan lama pelaksanaan 10-15 menit. Observasi dilakukan dengan mengamati penampilan umum penderita stroke, pemenuhan kebutuhan aktivitas, keadaan kondisi ruangan dan berdasarkan kartu kontrol berobat.

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat dalam bentuk tabel deskriptif frekuensi. Adapun hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Karakteristik Umum Responden

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Umum Responden Di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

Karakteristik Keluarga	n=26	%
Umur	9	34,6
21-30 tahun (Dewasa Muda)	13	50
31-40 tahun (Dewasa Tengah)	4	15,4
>40 tahun (Dewasa Tua)		
Jenis Kelamin	8	30,8
Laki-laki	18	69,2
Perempuan		
Pekerjaan	2	7,7
PNS	8	30,8
Swasta	6	23,1
Honorar	9	34,6
URT	1	3,8
Pelajar		
Pendidikan	5	19,2
SD	2	7,7
SMP	10	38,5
SMA	9	34,6
PT		
Jenis Serangan	19	73,1
Serangan pertama	7	26,9
Serangan lanjutan		

Sumber : *Data primer Februari 2013*

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yakni 18 orang (69,2%), sebagian responden berusia dalam rentang dewasa tengah sebanyak 13 orang (50%). Dari segi pekerjaan sebanyak 9 responden (34,6%) sebagai ibu rumah tangga dan 8 responden (30,8%) sebagai wiraswasta. Terdapat 10 (38,5%) responden berpendidikan SMA dan 9 responden (34,6%) berpendidikan perguruan

tinggi. Dari jenis serangan, mayoritas yang dialami penderita stroke merupakan serangan awal (73,1%).

2. Pengetahuan Responden Dalam Merawat Penderita Stroke

Tabel 5.1 Distribusi Pengetahuan Responden Tentang Perawatan Penderita Stroke Fase Rehabilitasi Di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

Pengetahuan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	11	42.3
Cukup	12	46.2
Kurang	3	11.5
Total	26	100

Sumber : Data Primer, Februari 2013

Tabel 5.1 memperlihatkan distribusi pengetahuan dari 26 responden. Responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 11 responden (42,3%), pengetahuan cukup sejumlah 12 responden (46,2%) dan yang pengetahuan kurang terdapat 3 responden (11,5%).

3. Distribusi frekuensi Tindakan keluarga dalam memberikan perawatan terhadap penderita stroke di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Tindakan Dalam Merawat Keluarga Yang Menderita Stroke Di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

Karakteristik Tindakan	Frekuensi	Persen (%)
Baik	7	26,9
Cukup	7	26,9
Kurang	12	46,2
Total	26	100

Sumber : Data Primer, Februari 2013

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi tindakan responden yakni responden memiliki tindakan baik dan cukup dalam perawatan penderita

stroke masing-masing 7 responden (26,9%), dan mayoritas dalam kategori kurang yakni 12 responden (46,2%).

B. Pembahasan

1. Pengetahuan keluarga tentang perawatan penderita stroke

Penelitian ini menemukan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang cukup baik tentang perawatan penderita stroke fase rehabilitasi, yakni sebanyak 11 responden (42,3%) dalam kategori berpengetahuan baik dan 12 responden (46,2%) dalam kategori cukup.

Pengetahuan tentang pencegahan (pola hidup sehat dan pola diet) serta perawatan penderita berkaitan kenyamanan dan keamanan (penataan ruang) merupakan item soal yang seluruh responden jawab dengan benar (100%). Sedangkan untuk item berapa kali seharusnya penderita stroke melakukan latihan gerak dalam sehari merupakan soal yang paling sedikit dijawab benar oleh responden (19,2%).

Dewi dan Wawan (2010), mengemukakan bahwa pengetahuan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, umur dan pendidikan. Hal ini menegaskan bahwa tingkat pendidikan responden yang sebagian besar SMA dan perguruan tinggi (73,1%) serta rentang usia responden yang mayoritas dewasa muda dan dewasa tengah (84,6%) turut mempengaruhi pengetahuan responden. Pada usia produktif memiliki kecenderungan lebih cepat mengadopsi informasi-informasi terbaru dari pada usia tua yang memiliki kecenderungan untuk menghindar, serta

adanya tingkat pendidikan tertentu dapat mempengaruhi pengetahuan baik yang bersifat tradisional maupun lebih cenderung kearah modern.

Dilihat dari jenis serangan yang dialami penderita, sebagian besar keluarga merawat penderita stroke fase rehabilitasi pada serangan awal (73,1%). Sebanyak 7 keluarga (26,9%) merawat penderita stroke serangan lanjutan, dengan distribusi pengetahuan dalam kategori baik dan cukup. Pengetahuan sangat penting peranannya dalam memberikan wawasan terhadap terbentuknya sikap dan selanjutnya akan diikuti tindakan, termasuk dalam hal perawatan anggota keluarga yang menderita stroke. Pengetahuan seseorang diperoleh melalui suatu proses dan perkembangan sesuai dengan kebudayaan yang ada, dengan pengetahuan tersebut diharapkan masyarakat terutama pada keluarga agar lebih memperhatikan kebutuhan keluarganya terutama menyangkut perawatan anggota keluarga yang menderita stroke.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Min (2010), yang menemukan bahwa sebagian besar keluarga memiliki pengetahuan baik tentang pencegahan serangan ulang stroke yaitu 54,1%. Salah satu faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah pengalaman atau informasi dari berbagai media massa atau tempat pelayanan kesehatan yang ada di lingkungan responden.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmojo (2002), yang menyatakan bahwa pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori, khususnya mata dan telinga terhadap obyek

tertentu. Sementara itu, Sudirman (1987), menjelaskan bahwa pengetahuan berkaitan erat dengan perilaku manusia yaitu sebagai bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Purwanti dan Maliya (2008), menemukan bahwa rehabilitasi pasien pasca stroke secara teoritis perlu sekali dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Beberapa metode rehabilitasi dapat dilakukan oleh keluarga pasien. Pemulihan terjadi secara berangsur-angsur sehingga perlu ketekunan dalam latihan dan perlunya meningkatkan partisipasi keluarga.

Widiyanto (2009) dan Lutfie (2012) berpendapat sama tentang tujuan rehabilitasi pada penderita stroke yakni untuk mengoptimalkan dan memodifikasi kemampuan fungsional yang ada serta untuk membantu pasien agar dapat menggunakan kemampuan terbaiknya untuk mengisi kehidupan fisik, emosional dan hubungan sosial dengan baik. Beberapa riset menunjukkan bahwa rehabilitasi yang tepat pada penderita stroke memberikan hasil 90% dapat berjalan, 70% bisa mandiri dan 30% pada usia produktif dapat bekerja kembali.

Salah satu program rehabilitasi yang sering dipergunakan untuk mengembalikan fungsi karena defisit motorik adalah program latihan gerak. Latihan motorik harus dilakukan dalam bentuk aktivitas karena tujuan dari rehabilitasi tidak hanya sekedar mengembalikan suatu pergerakan akan tetapi mengembalikan fungsi. Keluarga merupakan

media utama dalam pelaksanaan rehabilitasi bagi penderita stroke di rumah.

2. Tindakan keluarga dalam melakukan perawatan penderita stroke

Penelitian ini menemukan bahwa sebagian keluarga pada kategori kurang dalam tindakan merawat penderita stroke fase rehabilitasi di rumah, yakni sebanyak 12 responden (46,2%). Sedangkan tindakan keluarga dalam kategori cukup dan baik berdistribusi masing-masing sebanyak 7 responden (26,9%).

Tindakan membantu merubah posisi baring dengan tehnik yang tepat, penataan ruangan sesuai kondisi pasien, menghindari kebiasaan tidak sehat, dan menjaga kebersihan dan penampilan pasien merupakan item yang dilakukan sebagian besar oleh keluarga (65,4%-88,5%). Sebaliknya, item penataan ruangan dan mengubah posisi baring merupakan yang paling sedikit dilakukan oleh keluarga (19,2% dan 11,5%). Hal ini berbanding terbalik dengan hasil distribusi pengetahuan responden yang mayoritas dalam kategori cukup baik.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ambarsari (2006), menemukan bahwa sebanyak 69,23% responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan 56,41% responden melakukan perawatan yang cukup baik dengan kesimpulan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan peran keluarga dalam perawatan pemulihan pasien stroke.

Tindakan merupakan segala sesuatu yang dilakukan seseorang terhadap sikap yang diambilnya. Tindakan yang dilakukan berulang-ulang

dapat diartikan sebagai suatu kebiasaan sehingga merupakan hal yang rutin dan kadang dilakukan tanpa disadari. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Kasus dalam penelitian ini bukan merupakan hal yang baru bagi responden karena pasien sebelumnya telah mendapatkan perawatan di rumah sakit, dimana responden secara langsung maupun tidak langsung telah terlibat dalam perawatan terhadap penderita serta hasil distribusi pengetahuan responden yang mayoritas dalam kategori cukup baik.. Keluarga yang memberikan perawatan terhadap penderita stroke fase rehabilitasi di rumah seharusnya telah mampu menerapkan tindakan merawat di bawah pemantauan petugas kesehatan yang nanti akan mengoptimalkan kemampuan fungsional dan utamanya mencegah terjadinya stroke berulang, sebagaimana teori yang dikemukakan oleh Korsch & Negrete (1972) dalam (Niven, 2000) bahwa kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan pasien dan keluarga dalam perawatan dan pengobatan.

Penyebab tidak optimalnya keluarga dalam merawat penderita stroke fase rehabilitasi di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat diantaranya adalah kurangnya pemantauan lanjutan dari petugas kesehatan setempat, mengingat subyek dari

penelitian ini merupakan data yang diambil dari jumlah penderita stroke yang pernah mendapat perawatan di Rumah Sakit daerah.

C. Keterbatasan Penelitian

Adapun yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah obyek yang menjadi responden hanya satu anggota keluarga, sedangkan mayoritas keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita stroke lebih dari satu orang dan dilakukan secara bergantian. Sehingga hasil yang diperoleh kurang menggambarkan seluruh tindakan perawatan yang dilakukan oleh anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita stroke.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisa statistik serta pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebagian besar responden telah memiliki pengetahuan cukup tentang cara perawatan penderita stroke yakni sebanyak 12 responden (46,2%), baik sebanyak 11 responden (42,3%) dan kurang sebanyak 3 responden (11,5%).
2. Sebagian besar responden telah melakukan tindakan perawatan penderita stroke dengan kategori cukup yakni sebanyak 12 responden (46,2%) dan 7 responden (26,9%) masing-masing berada pada kategori baik dan kurang.

B. Saran

1. Bagi dinas kesehatan.

Perlu untuk selalu memberikan dukungan dan memfasilitasi pelaksanaan kunjungan perawatan tindak lanjut pada keluarga dengan anggota penderita stroke oleh petugas perkesmas di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat.

2. Bagi Puskesmas

Supaya memperhatikan perilaku keluarga dalam melakukan perawatan terhadap penderita stroke dan mengevaluasi perilaku masyarakat yang

telah sesuai standar perawatan maupun yang belum untuk diberikan penyuluhan lebih lanjut.

3. Bagi Pendidikan Keperawatan

Disarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian mengenai motivasi keluarga dalam tindakan perawatan anggota keluarga penderita stroke, guna menambah wawasan dan pengalaman sehingga bisa menjadi masukan untuk langkah awal pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, H.R., Priambodo, A.P., & Somantri, I. (2009). *Kajian Perawatan dirumah Bagi Klien dengan Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur*. Fakultas ilmu keperawatan unversitas padjadjaran, diakses tanggal 31 maret 2012 pada <http://pustaka.unpad.ac.id>.
- Ali, Z. (2006). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Buku kedokteran EGC: Jakrata.
- Ambarsari, R. (2006). *Hubungan Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke dengan Perannya dalam Perawatan Pemulihan Pasien Stroke di Kecamatan Kesamben Kabupaten Jomban*. Program diploma III keperawatan unversitas muhammadiyah malang.
- Baticaca fransisca B. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba medika: Jakarta.
- Baughman, D.C., & Hackley, J.C. (2000). *Keperawatan Medikal Bedah: buku saku dari brunner & suddarth*. Buku kedokteran EGC: Jakarta.
- Definisi Pengetahuan Serta Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan* diakses tanggal 2 April 2012 pada <http://www.duniabaca.com>.
- Dewanto, G. Suwono, W.J., Riyanto, B., & Turana, Y. (2009). *Panduan Praktis Diagnosis & Tatalaksana Penyakit Syaraf*. Buku kedokteran EGC: Jakarta.

Ian. (1 Juli 2012). Wawancara via telepon: *Medical Record Penderita Stroke* RSUD Polewali Mandar 2010 & 2011.

Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. Diakses tanggal 4 juni 2012 pada <http://www.knepk.litbang.depkes.go.id>.

Keputusan Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah Republik Indonesia Nomor: 53 Tahun 2000 tentang Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan dalam Negeri dan Otonomi Daerah. Diakses tanggal 30 juni ada <http://www.depdagri.go.id>

Lutfie, S.H. (2012). *Kembali Aktif Pasca Stroke*. PT Tiga serangkai mandiri: Solo.

Min, W.P. (2010). *Gambaran Pengetahuan Keluarga terhadap Serangan Ulang Stroke pada Penderita Stroke di RSUP H Adam Malik*. Fakultas kedokteran Universitas Sumatera Utara Medan.

Mulyatsih, E. dan Ahmad, A. (2008). *Stroke*. Jakarta: FK UI.

Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba Medika: Jakarta.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.

Nursalam & Efendi, F. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.

Notoatmojo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. PT Rineka Cipta: Jakarta.

- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Asdi Mahasatya: Jakarta.
- Profil Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan tahun 2008*. (2009). Diakses tanggal 30 juni 2012 pada <http://www.pppl.depkes.go.id>
- Pinzon, R., & Asanti, L.A. (2010). *Awas Stroke!*. CV. Andi Offset: Yogyakarta.
- Purwanti, O.S. & Maliya, A. (2008). *Rehabilitasi Klien Pasca Stroke*. *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol.1(1), p.43-46.
- Rahayuningsih, S.U. (2008). Psikologi Umum 2 – Bab 1: *Sikap (Attitude)*, diakses tanggal 12 Mei 2012 pada <http://www.gunadarma.ac.id>
- Redaksi Agromedia. (2009). *Solusi Sehat Mengatasi Stroke*. PT Agromedia pustaka: Jakarta.
- Rehabilitasi Stroke*. Diakses tanggal 11 Juli 2012 pada <http://www.noni.muslim-indonesia.com>
- Saragi, L.P. (2010). *Gambaran Perilaku Keluarga terhadap Penderita Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi Di RS St. Elisabeth Medan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan.
- Sarwono, W.S. (2011). *Psikologi Remaja Edisi Revisi*. PT Raja Grafindo Persada: Jakarta.
- Sejauh Mana Bahaya Stroke bagi Anda?, diakses tanggal 28 Maret 2012 pada <http://www.herbalisnusantara.com>
- Sudirman. (1987). *Ilmu Pendidikan*. Remaja Karya: Bandung.

- Sugiyono. (2010). *Statistika dalam Penelitian*. Alfabeta: Jakarta.
- Sumijatun. (2011). *Membudayakan Etika dalam Praktik Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktek*. Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Sutrisno, A. (2007). *Stroke??? You must know before you get it!*. PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Tucker, S.M., Canobbio, M.M., Paquette, E.V., & Wells, M.F. (1998). *Standar Perawatan Pasien* (Asih Yasmin, Penerjemah). Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992, Perkembangan Kependudukan & Pembangunan Keluarga Sejahtera*. Diakses tanggal 5 juli 2012 pada <http://www.hukum.unsrat.ac.id>
- Universitas Sumatera Utara. *Bab II: Tinjauan Kepustakaan Tindakan*. Diakses tanggal 2 April 2012 pada <http://www.us.ac.id>
- Vitahealth. (2006). *Stroke*. PT. Gramedia Pustaka Umum: Jakarta.
- Wahyu, G.G. (2009). *Stroke hanya Menyerang Orang Tua?*. Mizan Group: Yogyakarta.
- Wawan, A., & M Dewi. (2010). *Teori & Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Webmaster RSMK Group. (2011). *Rehabilitasi Stroke*. Dikses tanggal 30 Juni 2012 pada <http://www.mitrakeluarga.com/depok/>.

Wdayanti, N. (2010). *Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Sebagai Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga Pasca Stroke di Kota Semarang. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang*. Diakses tanggal 7 mei 2012 pada <http://www.undip.ac.id>

Widyanto. (2009). *Terapi Gerak Bagi Penderita Stroke*. Medikora, Vol. 1(1), p.118-129.

KUESIONER PENELITIAN

A. Data Demografi

Nama :

Jenis Kelamin :

Umur :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Hubungan dengan Penderita Stroke:

B. Pengetahuan Keluarga tentang Stroke.

Petunjuk :

Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang menurut anda paling benar.

1. Agar tidak terjadi stroke susulan penderita stroke harus menghindari kebiasaan-kebiasaan buruk seperti
 - a. Berolahraga
 - b. Nonton televisi
 - c. Merokok, kopi, dan minum alkohol
 - d. Minum teh dan susu
2. Darah tinggi adalah salah satu penyebab stroke, sehingga pasien dengan darah tinggi harus mengurangi konsumsi
 - a. Jus buah
 - b. Makanan tinggi garam
 - c. Buah-buahan
 - d. Daging
3. Makanan penyebab stroke yang harus dikurangi adalah
 - a. Buah-buahan
 - b. Sayur bening
 - c. Nasi putih
 - d. Gorengan
4. Latihan gerak dilakukan setiap hari sebanyak
 - a. 1-2kali
 - b. 3-4kali
 - c. 2-3kali
 - d. 4-5kali

Lampiran 2

5. Latihan gerak yang dianjurkan pada penderita stroke adalah
 - a. Menekuk dan meluruskan sendi-sendi
 - b. Hanya meluruskan sendi-sendi saja
 - c. Hanya menekuk sendi-sendi saja
 - d. Menggoyang-goyangkan bagian tubuh yang lemah
6. Latihan gerak bisa dilakukan sendiri oleh penderita dengan cara
 - a. Mengayun-ayunkan tangan yang lemah
 - b. Mangayun-ayunkan kaki yang lemah
 - c. Menggunakan tubuh yang sehat untuk menggerakkan tubuh yang lemah
 - d. Menggunakan tubuh yang lemah untuk menggerakkan tubuh yang sakit.
7. Penderita stroke yang tidak bisa bangun harus diubah posisinya setiap
 - a. 1 jam
 - b. 3 jam
 - c. 2 jam
 - d. 4 jam
8. Tujuan mengubah posisi pada pasien stroke adalah
 - a. Mencegah kelelahan
 - b. Mencegah terjadinya luka
 - c. Supaya pasien tidak tidur
 - d. agar pasien bergerak terus.
9. Cara latihan bicara pada pasien stroke yang mengalami gangguan bicara
 - a. Latihan gerak kepala
 - b. Latihan gerak bibir depan cermin
 - c. Latihan menelan
 - d. Latihan mengigit
10. Tindakan yang dilakukan pada bahu yang sakit yaitu dengan meletakkan bantal pada
 - a. Dibawah kepala
 - b. Didalam ketiak
 - c. Diatas perut
 - d. Didalam Lemari
11. Cara mencegah agar tidak terjadi bengkak pada lengan yang sakit, yaitu
 - a. Merendam didalam air
 - b. Dibalut
 - c. Dibungkus
 - d. Ditinggikan
12. Tindakan yang dianjurkan saat baring agar jari-jari tidak tertekuk, yaitu
 - a. Posisi tangan menggenggam
 - b. Posisi tangan menghadap kebawah
 - c. Posisi tangan menghadap keatas
 - d. Posisi tangan ditinggikan

Lampiran 2

13. Urutan cara latihan mempertahankan keseimbangan pada pasien
 - a. Berjalan, duduk, berdiri
 - b. Duduk, berdiri, berjalan
 - c. Duduk, jalan, berdiri
 - d. Berdiri, berjalan, duduk
14. Pasien harus selalu diberi motivasi untuk menjalankan aktivitas pada
 - a. Sisi yang sakit dan melalaikan sisi yang sehat
 - b. Sisi yang tidak sakit dan tidak melalaikan sisi yang sakit
 - c. Sisi yang sehat dan melalaikan sisi yang sehat
 - d. Sisi yang sakit dan tidak melalaikan sisi yang sakit
15. Cara yang dianjurkan untuk memperbaiki penampilan pasien adalah
 - a. Mendandani dengan pakaian mewah
 - b. Memberikan barang-barang mahal
 - c. Memberikan semua yang diminta pasien
 - d. Memastikan pasien selalu berpakaian lengkap
16. Hal yang dianjurkan agar pasien merasa aman dan mudah melakukan sesuatu di rumah
 - a. Mengatur ruangan dan memberi perabotan rumah yang baru
 - b. Pindah rumah
 - c. Beli rumah yang baru
 - d. Mengatur ruangan dan perabotan sesuai dengan kondisi klien
17. Salah satu cara agar pasien merasa aman di rumah
 - a. Menciptakan suasana yang tenang dan menyenangkan
 - b. Melarang keluarga datang berkunjung karena akan ribut
 - c. Pasien dilarang meninggalkan tempat tidur
 - d. Pasien dilarang keluar rumah
18. Penderita stroke dalam hal mengurus diri sendiri
 - a. Semua harus selalu dibantu
 - b. Dibantu sesuai kemampuan pasien
 - c. Membiarkan pasien mandiri
 - d. Semua benar

Lembar observasi Tindakan Perawatan Keluarga Terhadap Penderita Stroke

No	Tindakan	Ya	Tidak
1.	Keluarga tampak menjaga kebersihan dan penampilan pasien.		
2.	Tampak Penataan ruangan sesuai kondisi pasien (meminimalisir resiko cedera dan memudahkan klien dalam menjangkau ruangan lain).		
3.	Keluarga tampak menyediakan makanan rendah garam dan rendah lemak bagi pasien		
4.	Pasien dibantu mobilisasi secara bertahap: duduk, berdiri, jalan dengan jeda		
5.	Keluarga memberikan posisi meninggikan bagian tubuh yang lemah dan menjaga agar tangan pasien tetap menghadap ke atas saat berbaring.		
6.	Keluarga tampak memperhatikan posisi baring pasien (membantu pasien untuk mengubah posisi baring miring kanan/kiri dengan tehnik yang tepat: saat mengubah posisi baring dengan hati-hati).		
7.	Keluarga tampak selalu mengontrol kesehatan pasien berdasarkan kartu kontrol pengobatan pasien.		

**Distribusi Pengetahuan Responden Berdasarkan Item Pertanyaan Tentang
Perawatan Penderita Stroke Fase Rehabilitasi Di Kecamatan Campalagian
Kabupaten Polewali Mandar Sulawesi Barat**

No	Indikator pengetahuan	Benar		Salah	
		f	%	f	%
1	Kebiasaan buruk yang harus dihindari penderita stroke	26	100	0	0
2	Makanan yang harus dihindari penderita stroke	26	100	0	0
4	Berapa kali seharusnya penderita stroke melakukan latihan gerak dalam sehari	5	19,2	21	80,8
8	Tujuan mengubah posisi	14	53,8	12	46,2
9	Cara latihan bicara	23	88,5	3	11,5
10	Tindakan yang dilakukan pada bagian tubuh yang sakit	11	42,3	15	57,7
11	Cara mencegah bengkak	10	38,5	16	61,5
13	Urutan latihan mempertahankan keseimbangan	18	69,2	8	30,8
14	Motivasi beraktivitas untuk klien	20	76,9	6	23,1
15	Cara berpenampilan penderita stroke	22	84,6	4	15,4
16	Anjuran agar pasien merasa aman dan mudah melakukan sesuatu di rumah	26	100	0	0
17	Cara yang dilakukan agar pasien aman di rumah	26	100	0	0
18	Bantuan penderita dalam hal mengurus diri sendiri	15	57,7	11	42,3

**Distribusi Observasi Tindakan Responden Terhadap Perawatan Penderita Stroke
Fase Rehabilitasi Di Kecamatan Campalagian Kabupaten Polewali Mandar
Sulawesi Barat**

No	Indikator Tindakan	Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1	Penampilan pasien.	17	65,4	9	36,4
2	Penataan ruangan sesuai kondisi pasien	21	80,8	5	19,2
3	Pola hidup sehat	18	69,2	8	30,8
4	Bantu mobilisasi bertahap (duduk, berdiri, berjalan)	14	53,8	12	46,2
5	Posisi tubuh yang baik pada pasien.	13	50	13	50
6	Mengubah posisi baring dengan tepat	23	88,5	3	11,5
7	Konsultasi kepada petugas kesehatan secara teratur	15	57,7	11	42,3

**Reliability (total variabel pertanyaan = 18)
Scale: ALL VARIABLES**

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	26	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	26	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	18

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	.81	.402	26
P2	.81	.402	26
P3	.92	.272	26
P4	.31	.471	26
P5	.81	.402	26
P6	.88	.326	26
P7	.85	.368	26
P8	.69	.471	26
P9	.77	.430	26
P10	.65	.485	26
P11	.69	.471	26
P12	.58	.504	26
P13	.81	.402	26
P14	.73	.452	26
P15	.38	.496	26
P16	.73	.452	26
P17	.73	.452	26
P18	.77	.430	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	12.12	19.066	.606	.885
P2	12.12	19.226	.558	.887
P3	12.00	20.800	.194	.895
P4	12.62	19.046	.508	.888
P5	12.12	20.106	.301	.894
P6	12.04	20.758	.165	.897
P7	12.08	20.234	.297	.894
P8	12.23	18.585	.628	.884
P9	12.15	18.295	.782	.879
P10	12.27	18.205	.704	.881
P11	12.23	18.905	.544	.887
P12	12.35	20.475	.137	.902
P13	12.12	19.146	.582	.886
P14	12.19	18.242	.753	.880
P15	12.54	18.338	.652	.883
P16	12.19	18.642	.642	.884
P17	12.19	18.242	.753	.880
P18	12.15	18.695	.666	.883

Lampiran 6

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
12.92	21.354	4.621	18

**Reliability (setelah menghilangkan variabel pertanyaan yang tidak valid, total = 13)
Scale: ALL VARIABLES**

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	26	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	26	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
P1	.81	.402	26
P2	.81	.402	26
P4	.31	.471	26
P8	.69	.471	26
P9	.77	.430	26
P10	.65	.485	26
P11	.69	.471	26
P13	.81	.402	26
P14	.73	.452	26
P15	.38	.496	26
P16	.73	.452	26
P17	.73	.452	26
P18	.77	.430	26

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	8.08	14.954	.653	.912
P2	8.08	15.114	.599	.914
P4	8.58	14.974	.536	.917
P8	8.19	14.802	.586	.915
P9	8.12	14.346	.804	.906
P10	8.23	14.425	.675	.911
P11	8.19	14.882	.563	.916
P13	8.08	15.194	.572	.915
P14	8.15	14.375	.748	.908
P15	8.50	14.500	.635	.913
P16	8.15	14.775	.623	.913
P17	8.15	14.295	.774	.907
P18	8.12	14.586	.724	.909

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
8.88	17.146	4.141	13

UJI INTERIER REABILITY (VALIDITAS OBSERVASI)

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PENELITI * ASISTEN	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

PENELITI * ASISTEN Crosstabulation

Count

		ASISTEN		Total
		0	1	
PENELITI	0	3	0	3
	1	1	16	17
Total		4	16	20

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^p	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.828	.166	3.757	.000
N of Valid Cases		20			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Frequencies (DATA DEMOGRAFI RESPONDEN)

Statistics

		JENIS KELAMIN	HUBUNGAN PENDERITA	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	JENIS SERANGAN	U1
N	Valid	26	26	26	26	26	26
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1.69	2.00	2.88	3.35	1.27	2.81
Std. Error of Mean		.092	.136	.217	.271	.089	.136
Median		2.00	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00
Mode		2	2	3	5	1	3
Std. Deviation		.471	.693	1.107	1.384	.452	.694
Minimum		1	1	1	1	1	2
Maximum		2	4	4	5	2	4

Frequency Table

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	8	30.8	30.8	30.8
	PEREMPUAN	18	69.2	69.2	100.0
Total		26	100.0	100.0	

HUBUNGAN PENDERITA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SUAMI/ISTRI	5	19.2	19.2	19.2
	ANAK	17	65.4	65.4	84.6
	MENANTU	3	11.5	11.5	96.2
	SAUDARA	1	3.8	3.8	100.0
Total		26	100.0	100.0	

Lampiran 6

PENDIDIKAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	5	19.2	19.2	19.2
SMP	2	7.7	7.7	26.9
SMA	10	38.5	38.5	65.4
PT	9	34.6	34.6	100.0
Total	26	100.0	100.0	

PEKERJAAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	2	7.7	7.7	7.7
HONORER	6	23.1	23.1	30.8
WIRASWASTA	8	30.8	30.8	61.5
MAHASISWA	1	3.8	3.8	65.4
IRT	9	34.6	34.6	100.0
Total	26	100.0	100.0	

JENIS SERANGAN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SERANGAN PERTAMA	19	73.1	73.1	73.1
SERANGAN LANJUTAN	7	26.9	26.9	100.0
Total	26	100.0	100.0	

U1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid DEWASA MUDA	9	34.6	34.6	34.6
DEWASA TENGAH	13	50.0	50.0	84.6
DEWASA TUA	4	15.4	15.4	100.0
Total	26	100.0	100.0	