

TESIS

**PENGEMBANGAN MEDIA EDUKASI BERBASIS VIDEO
UNTUK MENINGKATKAN PENGETAHUAN CAREGIVER
TENTANG PEMBERIAN LATIHAN FISIK DAN MOBILISASI
PADA PASIEN POST STROKE : *DELPHI STUDY***



**ASMAWANI
R012172001**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**PENGEMBANGAN MEDIA EDUKASI BERBASIS VIDEO UNTUK
MENINGKATKAN PENGETAHUAN CAREGIVER TENTANG
PEMBERIAN LATIHAN FISIK DAN MOBILISASI PADA PASIEN POST
STROKE : *DELPHI STUDY***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ASMAWANI
R012172001

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

TESIS

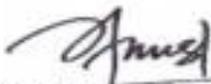
**PENGEMBANGAN MEDIA EDUKASI BERBASIS VIDEO UNTUK
MENINGKATKAN PENGETAHUAN CAREGIVER TENTANG PEMBERIAN
LATIHAN FISIK DAN MOBILISASI PADA PASIEN POST STROKE : *DELPHI
STUDY***

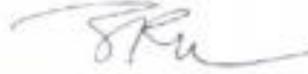
Disusun dan diajukan oleh

ASMAWANI
Nomor Pokok: R012172001

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 15 Juli 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui
Komisi Penasihat,


Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si.
NIP. 19760618 200212 2 002


Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D.
NIP. 19820419 200604 1 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ASMAWANI

NIM : R012172001

Judul Tesis : Pengembangan Media Edukasi Berbasis Video Untuk Meningkatkan Pengetahuan Caregiver Tentang Pemberian Latihan Fisik Dan Mobilisasi Pada Pasien Post Stroke : *Delphi Study*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Mei 2021

Yang membuat pernyataan,


ASMAWANI

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT atas segala nikmat iman, rahmat dan hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul “*Pengembangan Media Edukasi Berbasis Video Untuk Meningkatkan Pengetahuan Caregiver Tentang Pemberian Latihan Fisik Dan Mobilisasi Pada Pasien Post Stroke : Delphi Study*”. Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan dari Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Teriring pula salam dan shalawat kepada junjungan Nabi Besar Muhammad SAW sebagai *Uswatun Hasanah* beserta keluarga dan para sahabatnya yang telah menyempurnakan akhlak manusia di muka bumi ini.

Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini, terima kasih banyak dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku pembimbing I dan Bapak Syahrul S.Kep.,Ns., M.Kes.,Phd selaku pembimbing II, yang berkenan memberi bimbingan, arahan dan masukan bagi tersusunnya tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih terdapat kelemahan yang perlu diperkuat dan kekurangan yang perlu dilengkapi. Oleh karena itu, dengan rendah hati penulis mengharapkan masukan, koreksi dan saran untuk memperkuat kelemahan dan melengkapi kekurangan tersebut. Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan Ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di PSMIK Universitas Hasanuddin.

Aamiin.

Makassar, Mei 2021

Penulis

ABSTRAK

ASMAWANI. *Pengembangan Media Edukasi Berbasis Video untuk Meningkatkan Pengetahuan Caregiver tentang Pemberian Latihan Fisik dan Mobilisasi pada Pasien Poststroke: Delphi Study* (dibimbing oleh Yuliana Syam dan Syahrul).

Penelitian ini bertujuan mengembangkan dan menilai video edukasi pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien poststroke dan mengevaluasi pengetahuan *caregiver* setelah pemberian video edukasi.

Penelitian ini dilakukan dalam tiga fase yaitu: pengembangan konten perawatan dengan menggunakan *study delphi* yang melibatkan dokter dan perawat stroke serta fisioterapi, evaluasi, validasi konten video (*uji CVI*) dengan melibatkan tiga pakar yaitu: ilmu kesehatan, ilmu multimedia, dan ilmu bahasa. Selanjutnya, dilakukan *pilot study pretest* dan *posttest* untuk mengevaluasi pengetahuan *caregiver* setelah edukasi video.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil *study delphi* menghasilkan empat tema perawatan yaitu: latihan pasif/peregangan otot dan sendi, latihan kekuatan otot, latihan keseimbangan, dan koordinasi serta latihan aerobik. Evaluasi validasi konten >80% dan merekomendasikan empat tema tersebut untuk dibuat video edukasi. Evaluasi pada *caregiver* menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan ($p = 0.00$) dalam hal pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien poststroke.

Kata kunci: stoke, *caregiver*, video edukasi, masa transisi



ABSTRACT

ASMAWANI. *The Development of Video-Based Educational Media to Increase Caregivers' Knowledge about Providing Physical Exercise and Mobilization for Post Stroke Patients: A Delphi Study* (supervised by **Yuliana Syam** and **Syahrul**).

The aims of this study are to develop and evaluate educational videos providing physical exercise and mobilization for post-stroke patients and evaluate caregivers' knowledge after providing educational videos.

This research was conducted in three phases, namely the development of treatment content using Delphi study involving stroke doctors, nurses, and physiotherapy, evaluation of the validity of video content (CVI test) involving three experts (health science, multimedia science, and linguistics). Furthermore, pre and post test pilot studies were conducted to evaluate caregivers' knowledge after video education.

The results of the Delphi study result in four treatment themes, namely passive exercise/stretching muscles and joints, muscle strength training, balance and coordination exercises, and aerobic exercise. Evaluate content validity is >80% and recommends the four themes to make educational videos. Evaluation of caregivers shows that there is a significant increase in knowledge ($p=0.00$) in terms of providing physical exercise and mobilization in post-stroke patients.

Keywords: stroke, caregivers, educational video, transition period



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR SKEMA	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan	7
D. Manfaat	8
E. Ruang Lingkup.....	8
F. Pernyataan Originalitas	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Algoritma Pencarian.....	10
B. Tinjauan Literatur.....	11
1. Stroke	11
2. Caregiver	17
3. Perawatan Pasien Stroke	18
4. Media Edukasi	21
5. Pengembangan Video Edukasi	24
6. Teori Keperawatan Ibrahim Meleis.....	24
C. Kerangka Teori.....	29

BAB III. KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS PENELITIAN .	30
A. Kerangka Konsep Penelitian	30
B. Variabel Penelitian	30
C. Defenisi Operasional	30
D. Hipotesis Penelitian.....	31
BAB IV. METODE PENELITIAN	32
A. Desain Penelitian	32
B. Tempat & Waktu Penelitian.....	33
C. Populasi dan Sampel	33
D. Teknik Sampling	34
E. Instrumen, Metode & Prosedur Pengumpulan Data	35
F. Analisis Data	38
G. Alur Penelitian	40
H. Etika Penelitian	41
BAB V. HASIL PENELITIAN	48
A. Penelitian Fase I	48
B. Penelitian Fase II.....	48
C. Penelitian Fase III	51
BAB VI. PEMBAHASAN.....	54
A. Diskusi Hasil	54
B. Implikasi Dalam Praktik Keperawatan	57
C. Keterbatasan Penelitian & Rekomendasi	58
BAB VII. KESIMPULAN	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Defenisi Operasional	30
2. Data Demografi Expert	43
3. Hasil Analisis Delphi I	45
4. Hasil Analisis Delphi II Setelah Telaah Literatur	46
5. Hasil Analisis Delphi II Penilaian Expert	46
6 Hasil Analisis Delphi III	47
7. Hasil Konsensus	48
8. Evaluasi Kuantitatif Isi Video	50
9. Evaluasi Kualitatif Isi Video	51
10. Karakteristik Responden	51
11. Perubahan Skor Pengetahuan Pre & Post	52

DAFTAR SKEMA

	Halaman
1. Kerangka Teori	29
2. Kerangka Konsep	30
3. Alur Penelitian	40
4. Proses Delphi	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. PICOT
- Lampiran 2. Algoritma Pencarian
- Lampiran 3. Sintesis Grid
- Lampiran 4. Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 6. Lembar Data Demografi Responden
- Lampiran 7. SOP Latihan dan Mobilisasi
- Lampiran 8. Master Tabel
- Lampiran 9. Uji Normalitas Data
- Lampiran 10. Uji *Paired Sample T-Test*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah suatu keadaan dimana berhentinya suplai darah kebagian otak yang menyebabkan hilangnya fungsi sistem saraf pusat (SSP) (Smeltzer, 2016). Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke dan penyebab kecatatan pertama serius jangka panjang di seluruh dunia (AANN, 2018). Data dari *World Health Organization (WHO)* menyebutkan bahwa terdapat 17 juta kasus baru tercatat tiap tahunnya dan di dunia terjadi 7 juta kematian yang disebabkan oleh stroke. (Kemenkes RI, 2018).

Di Amerika Serikat stroke digolongkan sebagai penyebab kematian keempat tertinggi yaitu sekitar 130.000 kematian per tahun. Bagi mereka yang selamat dari stroke 40% mengalami gangguan fungsional itu membutuhkan perawatan khusus, dan 10% berakhir di fasilitas perawatan atau pusat rehabilitasi jangka panjang lainnya. Dari data *South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC)* diketahui bahwa pada tahun 2010 angka kematian berdasarkan jenis kelamin /100.000 orang dalam 1 tahun, Indonesia berada di urutan ketiga yaitu (193,3/100.000 orang/tahun) angka tertinggi diamati di Mongolia (222,6 / 100.000 orang/tahun) diikuti oleh Myanmar dan Korea Utara. (Venketasubramanian et al., 2017).

Hasil Riskesdas Kemenkes RI prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2013 sebanyak 7% dan pada tahun 2018 naik menjadi 10.9%, dimana diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 orang terkena serangan stroke dan sekitar 25% orang meninggal dunia dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat. Sedangkan data Riset kesehatan dasar tahun 2018 prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%). Sementara itu di Sumatera Utara prevalensi kejadian stroke sebesar 6,3%. Prevalensi penyakit stroke juga meningkat seiring bertambahnya

usia. Kasus stroke tertinggi adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan lebih banyak pria (7,1%) dibandingkan dengan wanita (6,8%) (Kemenkes RI, 2018). Berdasarkan data dari Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo pasien stroke pada tahun 2017 berjumlah 235 pasien, tahun 2018 bertambah 92 pasien dan hingga tahun 2019 pasien stroke berjumlah 422 pasien.

Dari data diatas menunjukkan bahwa kasus stroke merupakan kegawatdaruratan medis. Untuk mengurangi jumlah serangan stroke, menurut *American Association of Neuroscience Nurses (AANN)* dibutuhkan koordinasi dan pendekatan multidisipliner pengobatan. Sedangkan *American Hearth Association (AHA)* dan *National Stroke Association (NSA)* memberikan rekomendasi dalam perawatan harus dilakukan dalam waktu 3-6 jam pertama terkena serangan untuk mendapatkan hasil yang baik (AANN, 2018) dan perawatan setelah pasien sampai kerumah (Kemenkes RI, 2014).

Sekitar 20% pasien stroke yang selamat dari stroke memerlukan perawatan 3 bulan dan 15-30% mengalami kecatatan yang permanen (POKDI, 2011). Sedangkan data dari WHO menyebutkan bahwa 5 juta angka kecacatan didunia disebabkan oleh stroke. (Kemenkes RI, 2018). Sekitar 70-80% pasien stroke mengalami kelemahan otot pada satu sisi bagian tubuh (*hemiparese*. Dimana menurut *American Hearth Association (AHA)* jika pasien stroke mendapatkan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan 20% diantaranya dapat membaik dengan adanya peningkatan fungsi motoric dan 50% lagi mengalami gejala sisa berupa kelemahan otot pada ekstremitas jika tidak mendapatkan intervensi yang baik atau rehabilitasi yang baik pasca stroke (Nofrel et al., 2020).

Rehabilitasi adalah bagian penting dari pemulihan pada banyak pasien stroke yang selamat. Persentase terbesar dari pemulihan pasien stroke biasanya dalam tahun pertama setelah stroke, namun pemulihan juga dapat berlanjut selama bertahun-tahun. Segera setelah stroke akut, tujuan pertama selama rehabilitasi pasca stroke adalah memberikan aktivitas fisik dan olahraga yang relevan dengan ditujukan untuk mencegah komplikasi berkepanjangan (AHA & ASA, 2017). Menurut Nofrel et al (2020) *Range of Motion (ROM)* adalah salah satu intervensi

yang dapat diberikan selama rehabilitasi yaitu berupa latihan dengan beberapa pergerakan yang bisa dilakukan oleh bagian-bagian tubuh.

Latihan fisik adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry (2012). Tujuan pemberian latihan adalah untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi. Sedangkan manfaat latihan adalah untuk menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, mencegah terjadinya kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah dengan pada pasien (Beebe, J.A., Lang, 2009).

ROM dianjurkan untuk sebagai bagian dari perawatan penderita stroke selama fase akut penyakit (Hosseini et al., 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Rahayu (2015) yaitu *Range of Motion (ROM)* merupakan salah satu pilihan latihan yang dinilai efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien stroke dan dapat diberikan selama proses rehabilitasi dengan nilai $P < 0.05$. Sedangkan pada penelitian Eppy (2018) mengatakan bahwa Latihan ROM aktif efektif dalam perubahan emosional pasien stroke dalam menghadapi disabilitasnya dengan nilai $P = 0.003$.

Di Indonesia telah dicanangkan beberapa program untuk merahabilitasi pasien stroke namun tingkat kesembuhan stroke masih rendah yaitu sekitar 15-30% (Kemenkes RI, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kosasih (2018) mengatakan bahwa edukasi kesehatan tidak berpengaruh terhadap tingkat kesiapan pasien stroke untuk transisi, sehingga diperlukan peran serta keluarga atau caregiver dalam memberikan dukungan pada pasien tersebut. Sedangkan Ahn et al., (2015) mengatakan bahwa keberadaan caregiver pada pemulihan pasien stroke sangat berpengaruh selain membantu dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari juga menurunkan frekuensi depresi pasien stroke. Sehingga dalam hal ini dibutuhkan pengasuh atau caregiver.

Caregiver adalah seseorang yang bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari orang lain, baik dukungan fisik dan emosional yang tidak dapat merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat (National Alliance For Caregiving, 2010).

Dukungan dari caregiver dan pemberian perawatan jangka panjang yang tepat membuat penderita stroke dapat memperoleh kembali kualitas hidup mereka, sehingga ketergantungan pasien stroke terhadap orang lain dapat diminimalkan serta proses penyembuhan dapat ditingkatkan Ahn et al., (2015). Perawatan pasca stroke di rumah yang dapat dilakukan oleh caregiver meliputi membantu latihan fisik, menangani kebersihan diri (*personal hygiene*), membantu dalam pemberian nutrisi (makan dan minum), kepatuhan pengobatan, mengatasi masalah emosional dan kognitif, pencegahan terjadinya cedera atau jatuh, dan membantu pasien memenuhi kebutuhan spiritualnya (Hankey, 2013). Transisi peran ini mengharuskan pasien dan caregiver memasukkan pengetahuan baru untuk mengubah perilakunya, dan dengan demikian mengubah definisi dirinya tentang diri sendiri dalam konteks sosialnya (Meleis Afaf I., 2010). Tetapi dalam perjalanannya caregiver dapat mengalami berbagai perubahan dalam sistem kehidupannya sehingga rentan mengalami tekanan yang dapat berpengaruh pada aspek emosional, fisik, social dan ekonomi). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Fajriyati, (2017) bahwa dalam merawat pasien stroke caregiver menghadapi berbagai masalah yang pada akhirnya membuat mereka stress.

Oleh karena itu untuk memperkecil dampak yang terjadi serta mempermudah caregiver dalam menjalankan fungsinya secara maksimal, kebutuhan caregiver selama merawat pasien stroke harus terpenuhi, kebutuhan tersebut antara lain kebutuhan informasi tentang penyakit pasien, dukungan social dan finansial dan dukungan spiritual (Daulay, 2016). Melihat fenomena ini, diperlukan lebih banyak strategi untuk memberdayakan peran caregiver yang berdampak positif tidak hanya untuk caregiver tapi juga untuk pasien stroke. Banyak program intervensi caregiver yang telah dikembangkan untuk mengatasi

masalah ini, mulai dari pengasuh pribadi, sesi konseling untuk intervensi berbasis telepon hingga intervensi berbasis teknologi yang telah berkembang pesat (Sureshkumar et al., 2015). Intervensi berbasis teknologi adalah beberapa bentuk telepraktik yang menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk membantu menghilangkan hambatan jarak dan untuk membantu dengan penjadwalan logistik, dengan demikian memperluas ruang lingkup untuk penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas. Mayoritas intervensi ini berbasis internet dan cenderung menjadi semakin praktis, seperti informasi dan teknologi komunikasi menjadi lebih ramah bagi pengguna (Aldehaim et al., 2016).

Tak hanya bagi pasien dan caregiver pemakaian media dalam penyampaian informasi juga sangat bermanfaat bagi perawat dalam mendukung perkembangan pelayanan kesehatan. Dimana dengan adanya media edukasi yang diberikan oleh perawat pasien dan caregiver dapat berpartisipasi aktif dalam perawatan terutama *self management* pada penyakit kronis. Hal ini sejalan dengan survey yang dilakukan oleh *International Telenursing Role* (2005) yang mengidentifikasi kepuasan menggunakan media edukasi video. Penelitian ini mensurvey 719 perawat (628 wanita dan 89 laki-laki) dari 36 negara dan sebanyak 89% mempercayai bahwa media edukasi video penting dalam program pendidikan bagi pasien dan keluarganya. Pun sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Zuraida (2019) mengatakan bahwa *health education video project* yang diberikan oleh perawat dapat meningkatkan kesiapan keluarga dalam merawat pasien stroke.

Tak diragukan lagi selama bertahun-tahun perkembangan teknologi informasi sangat bermanfaat bagi manusia, termasuk dalam bidang kesehatan (Agatep, 2018). Lewat media informasi, penyebaran informasi kesehatan bisa dilakukan dengan mudah dan cepat. Media informasi yang baik ialah media yang dapat memberikan informasi kesehatan atau pesan kesehatan sesuai dengan minat dan kebutuhan, sehingga dapat mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat (Aprida et al., 2015).

Media informasi sangat bervariasi sehingga dalam pemilihan media dapat disesuaikan dengan tujuan dan kebutuhan yang ingin dicapai. Dari beberapa

banyak jenis media informasi yang paling baik dalam hal penyampaian dan penerimaan adalah televisi atau video. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh *Computer Technology Research* mengatakan bahwa manusia dapat menerima informasi dilihat dan didengar sebesar 50%, dan sebesar 80% jika informasi tersebut jika dilihat didengar dan diaplikasikan sekaligus.

Berbagai teknologi informasi dan komunikasi yang inovatif telah dikembangkan untuk berbagai penyakit kronis, termasuk intervensi berbasis web, aplikasi smartphone, teknologi konferensi video, dan alat lainnya (Aldehaim et al., 2016). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sureshkumar et al., (2015) telah membuat aplikasi yang disebut "*Care for stroke*". Aplikasi ini adalah pendidikan berbasis web intervensi untuk pengelolaan cacat fisik setelah stroke. Intervensi ini dikembangkan untuk digunakan oleh para penderita stroke yang memiliki segala jenis kebutuhan rehabilitasi, berpartisipasi secara mandiri dalam keluarganya dan peran sosial. Handschu (2015) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa Pemeriksaan jarak jauh pada pasien stroke akut dengan sistem telesupport berbasis video layak dilakukan dan dapat diterapkan di ruang gawat darurat dengan nilai $p < 0.01$.

Denham et al., (2019) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa video YouTube dapat memberikan informasi dan menambah wawasan tentang kebutuhan yang belum terpenuhi dari caregiver dan dapat digunakan sebagai sumber daya tambahan untuk layanan stroke dalam mendukung caregiver dimana disukai sebanyak 87%. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Brown (2019) menyebutkan bahwa pelatihan berbasis video dapat meningkatkan pengenalan stroke dengan tambahan 19%, tetapi pelatihan bulanan atau triwulanan yang terus-menerus dianjurkan untuk pemeliharaan stroke yang lebih baik dengan tingkat kepatuhan pelaporan 100%.

Berdasarkan hasil observasi dan penelusuran artikel yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan bahwa penelitian berbasis video terkait pasien stroke dan caregiver sudah ada namun masih sangat kurang khususnya yang berfokus pada caregiver. Selain itu, hasil penelusuran internet dan google play menunjukkan

bahwa panduan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke masih sangat kurang terutama yang berbasis video edukasi pada caregiver dalam merawat pasien stroke. Berdasarkan permasalahan diatas, penulis tertarik untuk mengembangkan sebuah panduan untuk caregiver dalam memberikan latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke berbasis video edukasi.

B. Rumusan Masalah

Stroke adalah penyebab utama kedua kecacatan di seluruh dunia. Kejadian stroke dapat menyebabkan gangguan kesehatan jangka panjang, seperti cacat kognitif atau fisik serta dapat meningkatkan resiko kecemasan dan depresi. Sekitar 50% orang yang mengalami stroke akan membutuhkan perawatan, dan seringkali perawatan ini diberikan oleh anggota keluarga atau teman. Sehingga kejadian stroke sangat mempengaruhi kualitas hidup, fisik dan kesehatan psikologis tidak hanya penderita stroke tapi juga bagi caregiver (Denham et al., 2019).

Diperlukan lebih banyak strategi untuk memberdayakan caregiver. Banyak program intervensi caregiver yang telah dikembangkan untuk mengatasi masalah ini, mulai dari pengasuh pribadi, sesi konseling untuk intervensi berbasis telepon hingga intervensi berbasis teknologi yang telah berkembang pesat (Aldehaim et al., 2016).

Oleh karena itu peneliti tertarik mengembangkan intervensi baru berupa pengembangan teknologi yang saat ini menuntut penyampaian informasi dan layanan yang lebih mudah dimengerti oleh caregiver. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka permasalahan dalam penelitian ini adalah bagaimana pengembangan model panduan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke berbasis video edukasi?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan, mengevaluasi dan menilai pengetahuan caregiver tentang pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke berbasis video edukasi.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi komponen pemberian latihan fisik dan mobilisasi caregiver dalam merawat pasien stroke.
- b. Untuk mengevaluasi validitas konten video edukasi.
- c. Untuk mengevaluasi peningkatan pengetahuan caregiver tentang pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke berbasis video edukasi.

D. Manfaat

1. Untuk rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi referensi bagi instansi pelayanan kesehatan.

2. Untuk institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi institusi pendidikan sebagai literatur intervensi berbasis video edukasi pada caregiver dalam merawat pasien stroke.

3. Bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya yang membahas mengenai stroke.

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah berupa tindakan preventif pada pasien stroke dengan memberikan video edukasi tentang panduan pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke.

F. Pernyataan Originalitas Penelitian

Berbagai teknologi informasi dan komunikasi yang inovatif telah dikembangkan untuk berbagai penyakit kronis termasuk stroke yaitu intervensi berbasis web, aplikasi smartphone, teknologi konferensi video, dan alat lainnya (Aldehaim et al., 2016). Penelitian terkait sudah pernah diteliti oleh beberapa peneliti sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Sureshkumar et al., (2015) yaitu membuat aplikasi yang disebut “*Care for stroke*”, Aplikasi ini adalah pendidikan berbasis web intervensi untuk pengelolaan cacat fisik setelah stroke.

Penelitian serupa dilakukan oleh Brown (2019) menyebutkan bahwa Pelatihan berbasis video dapat meningkatkan pengenalan stroke dengan tambahan 19%.

Namun meskipun telah banyak dilakukan penelitian terkait intervensi, metode yang digunakan umumnya masih banyak kekurangan. Sehingga peneliti tertarik mengembangkan intervensi baru yang saat ini menuntut penyampaian informasi yang lebih mudah dipahami oleh caregiver berupa pengembangan panduan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke berbasis video dan menilai efektifitas video edukasi terhadap peningkatan pengetahuan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pada pasien post stroke berbasis video edukasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan tinjauan umum tentang penyakit stroke, caregiver, perawatan pasien stroke, media edukasi, pengembangan media edukasi, teori keperawatan, serta kerangka teori.

A. Algoritma Penelitian

Pencarian literatur dilakukan melalui penelusuran hasil publikasi ilmiah dengan memasukkan berbagai kata kunci istilah dan sinonim pada database di internet. Strategi pencarian focus pada lima database *Pubmed/Medline*, *Science Direct*, *Proquest*, dan *Scopus*. Kata, frase dan istilah digabungkan melalui cara Boolean AND, OR, NO pada pencarian database tersebut.

Pada database *Pubmed* dilakukan pencarian dengan *advanced search* dengan memasukkan beberapa kata kunci (*Keyword*). *Keyword* pertama *Stroke OR Accident Cerebrovascular (MeSH Term)* didapatkan 130437 artikel, selanjutnya *keyword* kedua yang dimasukkan adalah *Mobile Health OR Video (MeSH Term)* didapatkan 140944 artikel, kemudian *keyword* ketiga menggunakan *Education OR Educational Media (MeSH Term)* didapatkan 461368 artikel. Selanjutnya dilakukan penggabungan antara *keyword* 1 dan 2 didapatkan 989 artikel, sedangkan penggabungan *keyword* 1, 2 dan 3 didapatkan 31 artikel dan setelah dilakukan filter artikel 5 tahun terakhir, human dan berbahasa inggris didapatkan 12 artikel.

Pada database *Science Direct* digunakan *keyword Stroke AND "Mobile Health" (Title, Abstract, Keyword)* pada *advanced search* didapatkan 24 artikel. Dilakukan filter 5 tahun terakhir, *research and review artikel* didapatkan 4 artikel. Sedangkan pada database *Proquest* digunakan *keyword Stroke AND "Mobile Health" (Document Title)* didapatkan 46 artikel, kemudian dilakukan filter *scholarly Journals, English* dan artikel 5 tahun terakhir didapatkan 6 artikel. Sedangkan pada database *Scopus* dilakukan pencarian pada *advanced search* dengan menggunakan kata kunci *Stroke AND "Mobile Health" (Title, Abstract,*

Keyword) didapatkan 35 artikel dan setelah dilalukan filter artikel bahasa inggris dan penelitian pada manusia didapatkan 10 artikel.

B. Tinjauan Literatur

1. Stroke

a. Pengertian

Menurut *American Association of Neuroscience Nurses (AANN)* stroke merupakan gangguan akut pada pembuluh darah yang menyebabkan gangguan suplai darah keotak sehingga mempengaruhi susunan syaraf pusat serta melibatkan perubahan neurologis (AANN, 2018). Stroke jika didefinisikan menurut kriteria WHO adalah sebagai gejala yang berkembang cepat dan tanda-tanda fokal yang disertai hilangnya fungsi serebral secara umum tanpa penyebab yang jelas selain disebabkan karena penyakit vascular (Saif & Fazal, 2014).

Stroke adalah sindrom klinis yang ditandai dengan serangan defisit sebagian atau keseluruhan yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah pada otak. Stroke merupakan kegawat daruratan neurologi karena timbul mendadak dan dapat menyebabkan kematian (Jojang et al., 2016). Stroke adalah cedera otak yang berkaitan dengan obstruksi aliran darah otak. Individu yang terutama beresiko adalah lansia dengan hipertensi, diabetes mellitus, hiperkolesterolemia atau penyakit jantung (Corwin, 2009).

b. Etilologi Stroke

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu empat kejadian yaitu (a) thrombosis (bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher), (b) embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain), (c) iskemia (penurunan aliran darah ke area otak) dan (d) perdarahan serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak) (Smeltzer, 2001). Hal ini mengakibatkan penghentian suplai darah ke

otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi (Damhudi & Irawaty, 2007).

c. Klasifikasi Stroke

Stroke dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa kriteria. Menurut *American Association of Neuroscience Nurses* (AANN) klasifikasi tersebut antara lain : stroke iskemik dan stroke hemoragik, adapun penjelasannya sebagai berikut (AANN, 2018) :

1) Stroke Iskemik

Stroke iskemik merupakan penyebab sebagian besar kasus stroke yaitu sekitar 80%-85 (AANN, 2018). Penyumbatan arteri yang menyebabkan stroke iskemik dapat terjadi akibat thrombus (bekuan darah di arteri serebri) atau embolus (bekuan darah yang berjalan keotak dari tempat lain di tubuh (Corwin, 2009), hal ini mengakibatkan terjadinya gangguan aliran darah serebral karena obstruksi pembuluh darah. Gangguan aliran darah ini memulai serangkaian peristiwa metabolik seluler yang kompleks yang disebut sebagai kaskade iskemik (Smeltzer, 2016).

Kaskade iskemik dimulai ketika aliran darah cerebral turun menjadi kurang dari 25 mL/100 g/ menit. Pada titik ini, neuron tidak lagi dapat mempertahankan respirasi aerobik. Mitokondria harus beralih ke respirasi anaerobik, yang menghasilkan asam laktat dalam jumlah besar, menyebabkan perubahan tingkat pH. Peralihan ke respirasi anaerobik yang kurang efisien ini juga membuat neuron tidak mampu memproduksi sejumlah adenosine triphosphate (ATP) yang cukup untuk memicu proses depolarisasi. Dengan demikian, pompa membran yang menjaga keseimbangan elektrolit mulai gagal dan sel-sel berhenti berfungsi (Smeltzer, 2016).

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik menyumbang sekitar 15%-20% dari semua kasus stroke. Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan ke

jaringan otak, ventrikel, atau ruang subarachnoid. Perdarahan intraserebral primer dari ruptur spontan pembuluh kecil menyumbang sekitar 80% dari stroke hemoragik dan terutama disebabkan oleh hipertensi yang tidak terkontrol. Sedangkan perdarahan intraserebral sekunder terkait dengan malformasi arteriovenosa (AVM), aneurisma intrakranial, atau obat-obatan tertentu misalnya, antikoagulan dan amfetamin (Smeltzer, 2016).

d. Faktor Resiko

Faktor risiko terjadinya stroke dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu (Kemenkes RI, 2014) :

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- a) Usia
- b) Jenis kelamin
- c) Ras
- d) Riwayat keluarga
- e) Riwayat stroke (TIA)

2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi
- 2) Kolesterol
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Penyakit jantung
- 5) Obesitas
- 6) Konsumsi alcohol
- 7) stres

e. Manifestasi Klinik

Menurut *American Association of Neuroscience Nurses (AANN, 2018)* stroke dapat menyebabkan berbagai macam defisit neurologis, tergantung pada lokasi lesi (pembuluh mana yang terhalangi), ukuran area perfusi yang tidak memadai dan area perdarahan. Adapun gejala yang sering terlihat pada pasien dengan stroke yaitu (Smeltzer, 2016) :

- 1) Defisit Lapang penglihatan
 - a) Kehilangan setengah lapang penglihatan : tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.
 - b) Kehilangan penglihatan perifer : kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek.
 - c) Diplopia (penglihatan ganda)
- 2) Defisit Motorik
 - a) Hemiparesis, kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
 - b) Hemiplegia, paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
 - c) Ataksia : Berjalan tidak mantap, tegak, tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas
 - d) Disartria, kesulitan dalam membentuk kata
 - e) Disfagia, kesulitan dalam menelan
- 3) Defisit Sensori, parastesia (terjadi pada sisi berlawanan dari lesi)
 - a) Kebas dan kesemutan pada bagian tubuh
 - b) Kesulitan dalam proprioepsi
- 4) Defisit Verbal
 - a) Afasia ekspresif, tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami ; mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal
 - b) Afasia reseptif, tidak mampu memahami kata yang dibicarakan ; mampu bicara tapi tidak masuk akal
 - c) Afasia global, kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresif
- 5) Defisit Kognitif
 - a) Kehilangan memori jangka pendek dan panjang
 - b) Penurunan lapang perhatian
 - c) Kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi
 - d) Alasan abstrak buruk

- e) Perubahan penilaian
- 6) Defisit Emosional
 - a) Kehilangan control diri
 - b) Labilitas emosional
 - c) Penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress
 - d) Depresi
 - e) Menarik diri
 - f) Rasa takut, bermusuhan dan marah
 - g) Perasaan isolasi

f. Penilaian dan Perangkat Diagnostik

Pemeriksaan neurologik dalam penanganan kegawatdaruratan, haruslah cepat, tepat dan menyeluruh. Penilaian awal akan fokus pada potensi jalan napas, yang dapat dikompromikan oleh hilangnya muntah atau serangan batuk dan perubahan pola pernapasan, status kardio vaskular (termasuk tekanan darah, irama dan laju jantung, bruit karotis) dan status neurologis berat (Smeltzer, 2016). Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan skala atau sistem skoring yang formal seperti NIHSS , untuk membedakan apakah stroke iskemik atau stroke hemoragik CT scan adalah metode pilihan untuk memastikannya (Corwin, 2009).

g. Penatalaksanaan

Menurut Corwin (2009) ada beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk pasien stroke yaitu :

- 1) Pada pasien yang stroke telah diidentifikasi bersifat iskemik, agen trombolitik TPA (*tissue plasminogen activator*) dapat diberikan. TPA harus diberikan sedini mungkin (minimal dalam 3 jam pertama serangan) agar lebih efektif dalam mencegah kerusakan jangka panjang. Akan tetapi, akan berbahaya jika mengatasi stroke hemoragik dengan trombolitik karena agens ini meningkatkan perdarahan dan memperburuk hasil.

- 2) Stroke hemoragik diatasi dengan penekanan pada penghentian peredaran dan pencegahan kekambuhan. Mungkin dilakukan pembedahan.
- 3) Semua pasien stroke diterapi dengan tirah baring dan penurunan stimulus eksternal untuk mengurangi kebutuhan oksigen serebral
- 4) Terapi fisik, bicara dan okupasi.

h. Komplikasi

Menurut Smeltzer (2016) ada beberapa komplikasi dari stroke, meliputi : hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera.

- 1) Hipoksia serebral, fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Hipoksia dapat diminimalkan dengan memberi oksigen darah adekuat ke otak.
- 2) Aliran darah serebral, bergantung pada tekanan darah, curah jantung dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
- 3) Embolisme serebral, dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

Sedangkan menurut Corwin (2009) membagi komplikasi stroke kedalam 2 komponen yaitu :

- 1) Individu yang mengalami stroke mayor pada bagian otak yang mengontrol respons pernapasan atau kardiovaskular dapat meninggal. Destruksi area ekspresif atau reseptif pada otak akibat hipoksi dapat menyebabkan kesulitan komunikasi. Hipoksia pada area motoric otak

dapat menyebabkan paresis. Perubahan emosional dapat terjadi pada kerusakan korteks, yang mencakup sistem limbik.

- 2) Hematoma intraserebral dapat disebabkan oleh pecahnya aneurisma atau stroke hemoragik, yang menyebabkan cedera otak sekunder ketika tekanan intrakranial meningkat.

2. Caregiver

Caregiver adalah seseorang yang bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari orang lain, dimana caregiver bertanggung jawab atas dukungan fisik, emosional, dan seringkali finansial orang lain yang tidak dapat merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat. Penerima perawatan atau rehabilitasi dari caregiver dapat berupa anggota keluarga, pasangan hidup atau teman (National Alliance For Caregiving, 2010).

Adapun fungsi dari caregiver yaitu merawat klien yang menderita suatu penyakit termasuk menyediakan makanan, membawa klien ke pelayanan kesehatan dan memberikan dukungan emosional, kasih sayang dan perhatian. Selain itu caregiver juga membantu klien dalam pengambilan keputusan atau jika pada stadium akhir penyakitnya, justru caregiver yang bertugas mengambil keputusan untuk klien (Julianti, 2015).

Pengetahuan merupakan poin yang sangat berpengaruh dalam terbentuknya perilaku seseorang, dimana perilaku merupakan keseluruhan pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara factor internal dan eksternal. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran serta sikap yang positif akan membuat perilaku tersebut bertahan lama (Amri, 2019). Oleh karena itu pengetahuan tentang perawatan pasien stroke sangat diperlukan oleh caregiver.

Pengetahuan pada caregiver ini penting karena keberhasilan pengobatan dan perawatan pasien stroke tidak lepas dari bantuan dan dukungan yang diberikan (Daulay, 2016). Dalam menjalankan fungsinya caregiver dapat mengalami berbagai perubahan dalam sistem kehidupannya sehingga rentan mengalami tekanan yang dapat berpengaruh pada aspek

emosional, fisik, social dan ekonomi. Pada aspek emosional (psikologis) respon yang sering muncul : depresi, marah, kecewa dan ketakutan. Dampak yang terlihat pada aspek fisik : kelelahan, sakit otot, insomnia, hipertensi, bahkan penyakit jantung. Pada aspek sosial yaitu berdampak pada terbatasnya sosialisasi dengan lingkungan sekitar, hilangnya privacy, terbatasnya interaksi dengan anggota keluarga yang lain serta terganggunya pola tidur caregiver. Sedangkan pada aspek ekonomi yaitu adanya ketidakstabilan keuangan keluarga yang disebabkan oleh biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan stroke (Beanlands, 2005).

3. Perawatan Pasien Stroke

Rehabilitasi stroke adalah proses pemeliharaan fisik, mental, intelektual dan kemampuan seseorang yang terkena dampak stroke. Pemeliharaan pasien stroke bertujuan agar pasien dapat kembali melakukan kegiatan sehari-hari secara optimal serta membantu pasien stroke dapat kembali bersosialisasi dalam masyarakat (Sureshkumar et al., 2015).

Ada beberapa langkah yang dapat dilakukan oleh caregiver dalam merawat pasien stroke yaitu (AHA & ASA, 2017) :

a. Latihan dan Mobilitas

Aktifitas fisik memainkan peran penting dalam membantu pasien pulih dari stroke. Lakukan dengan menggabungkan olahraga kedalam kegiatan sehari-hari pasien secara rutin. Sebagai caregiver tetapkan dan spesifikkan tujuan yang ingin dicapai dengan tetap melihat kemampuan dari pasien, mulai dari yang terkecil dan konsisten. Selain itu dorong pasien untuk melakukan kegiatan yang mereka inginkan dan membantu mengurangi stress.

b. Komunikasi dan Bahasa

Beberapa penderita stroke biasanya mengalami aphasia, yaitu suatu gangguan bahasa yang mempengaruhi kemampuan pasien untuk berkomunikasi, memahami, mendengarkan, berbicara, membaca dan penulisan. Biasanya aphasia terjadi secara tiba-tiba setelah stroke.

Gangguan komunikasi merupakan tantangan bagi caregiver. Ada beberapa cara yang dapat caregiver lakukan untuk memudahkan dalam berkomunikasi yaitu :

- 1) Cobalah semua jenis alat komunikasi dan gunakan apapun yang dapat membantu anda berkomunikasi dengan pasien stroke, seperti alat peraga dan komunikasi non verbal :
 - a) Tuliskan kata-kata kunci
 - b) Gambar atau diagram
 - c) Arahkan ke objek
 - d) Lihat gambar, peta atau kalender
 - e) Gunakan ekspresi atau gerakan wajah
- 2) Caregiver harus mengingat bahwa pasien stroke bisa sangat sulit untuk memahami dan berkomunikasi. Harus bersabar, jangan berbicara terlalu cepat dan ucapkan satu per satu. Jangan berteriak dan jangan berpura-pura memahami. Cara ini dapat dilakukan untuk berdiskusi dan berinteraksi.

c. Interaksi Sosial dan Rekreasi

Interaksi sosial dan rekreasi bersama keluarga dan teman adalah penting bagi kita semua. Begitu juga hobi, minat, dan kegiatan rekreasi. Aspek kehidupan ini memberi kita tujuan, dan mereka adalah bagian penting dari hidup pasien sebelum stroke dan terus menjadi penting setelah terjadi stroke. Pasien stroke dan caregiver mungkin mengalami kesulitan mendapatkan kembali kehidupan sosial mereka, jangan takut untuk bertanya dan mencari bantuan. Tetap hidup dan terlibat dengan teman, keluarga atau komunitas karena hal ini sangat bermanfaat untuk pasien dan caregiver.

d. Tantangan Kognitif

Kebanyakan dari penderita stroke mengalami beberapa gangguan kognitif, baik sementara atau permanen. Mereka mungkin akan sulit

mengingat dan mungkin mengalami kesulitan untuk belajar sesuatu yang baru. Ada beberapa cara yang bisa dilakukan oleh caregiver :

- 1) Sederhanakan : sederhanakan setiap kegiatan atau dalam penyampaian informasi.
- 2) Ulangi : belajar setelah terjadi stroke membutuhkan waktu sehingga perlu pengulangan dan berlatih.
- 3) Terstruktur : membuat jadwal mingguan dan harian sangat membantu.
- 4) Konsistensi : lakukan hal-hal dengan cara yang sama setiap kali.
- 5) Kompensasi : ubah kebiasaan, rutinitas, dan metode untuk beradaptasi dengan penderita stroke.

e. Dukungan Untuk Caregiver

Meskipun orang yang anda cintai menderita stroke dan mereka membutuhkan dukungan yang luar biasa dari semua aspek, caregiver sebagai pengasuh juga perlu dukungan. Peran baru ini sangat berat dan caregiver tidak harus menanggung sendiri. Oleh karena itu seorang caregiver juga perlu untuk mencari dukungan dengan bergabung dalam grup caregiver yang bisa dilihat diinternet. Dukungan dari grup dapat membantu caregiver dalam memecahkan masalah dan menemukan jawaban untuk setiap pertanyaan serta mendapatkan informasi yang bermanfaat.

f. Gaya Hidup Sehat

Mendorong untuk melakukan kebiasaan hidup sehat dengan memakan makanan sehat, hal ini penting untuk mempercepat proses pemulihan. Adapun hal yang harus dilakukan yaitu :

- 1) Mengurangi kolesterol
- 2) Membatasi konsumsi kafein dan alkohol
- 3) Menghindari atau berhenti merokok

4) Mengurangi stres dengan mendorong pasien membicarakan masalah atau kekhawatiran yang muncul baik pada dokter, caregiver, atau teman.

g. Layanan Sistem dan Sumber Daya

Menemukan layanan dan sumber daya yang tepat merupakan langkah yang sangat penting dalam meningkatkan pemulihan stroke. Sangat banyak sumber daya yang tersedia misalnya panduan yang dapat membantu caregiver dan pasien dalam proses pemulihan.

4. Media Edukasi

Tak diragukan lagi selama bertahun-tahun perkembangan teknologi informasi sangat bermanfaat bagi manusia. Tidak hanya dibidang industri namun juga di bidang kesehatan (Agatep, 2018). Lewat media informasi, penyebaran informasi kesehatan bisa dilakukan dengan mudah dan cepat. Media informasi yang baik ialah media yang dapat memberikan informasi kesehatan atau pesan kesehatan sesuai dengan minat dan kebutuhan, sehingga dapat mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat (Aprida et al., 2015).

Media informasi sangat bervariasi sehingga dalam pemilihan media dapat disesuaikan dengan tujuan dan kebutuhan yang ingin dicapai. Berdasarkan fungsinya sebagai penyampaian pesan kesehatan media dibagi menjadi 3 yaitu media cetak, media elektronik dan media papan (Yani, 2018) :

a. Media Cetak

1) Booklet

Media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik berupa tulisan maupun gambar.

2) Leaflet

Bentuk penyampaian pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi keduanya.

3) Flyer

Berbentuk seperti leaflet namun tidak berlipat.

4) Flip chart

Media penyampaian informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik. Media ini berbentuk buku dimana setiap halaman berisi gambar peragaan dan halaman selanjutnya berisi kalimat sebagai informasi yang berkaitan dengan gambar.

5) Rubric

Tulisan pada majalah atau Koran yang membahas tentang suatu masalah kesehatan.

6) Poster

Media cetak yang berisi informasi-informasi kesehatan yang biasanya ditempelkan ditembok-tembok, tempat umum dan kendaraan umum.

7) Foto

Informasi kesehatan hasil tangkapan kamera.

b. Media Elektrolit

1) Televisi

Menyampaikan pesan informasi kesehatan dalam bentuk audio visual.

2) Radio

Alat elektronik yang dapat digunakan untuk mendengarkan berita aktual, dapat mengetahui beberapa kejadian dan peristiwa penting dan baru. Selain itu juga radio sangat efektif digunakan sebagai media pembelajaran.

3) Video

Teknologi informasi kesehatan berupa pengiriman sinyal elektronik dari suatu gambar bergerak. Aplikasi umum dari video adalah televisi, tetapi juga dapat digunakan dalam aplikasi lain.

4) Slide

Lembar kerja untuk persentasi.

5) Film Strip

Film transparan yang umumnya berukuran 35 mm dan diberi bingkai 2x2 inci.

6) Internet

Jaringan computer yang saling terhubung dengan menggunakan standar sistem global *Transmission Control Protocol*.

7) Telepon seluler

Adalah media yang dapat digunakan untuk mengirim pesan kesehatan dengan fasilitas SMS.

c. Media Papan (*Bill Board*)

Merupakan media informasi kesehatan yang dipasang ditempat umum seperti pinggir jalan atau gedung bertingkat.

Dari beberapa banyak jenis media informasi namun yang paling baik dalam hal penyampaian dan penerimaan adalah televisi atau video. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh *Computer Technology Research* mengatakan bahwa manusia dapat menerima informasi 20%-30% dari yang didengar, dilihat dan didengar sebesar 50%, dan sebesar 80% jika informasi tersebut jika dilihat didengar dan diaplikasikan sekaligus. Hal ini menunjukkan bahwa penyebaran informasi memiliki tingkat penerimaan lebih baik secara audio visual jika dibandingkan dengan yang hanya didengar atau melalui media cetak (Agatep, 2018). Hal ini juga sejalan dengan penelitian Sahmad (2015) yang mengatakan bahwa metode pembelajaran yang efektif ialah metode yang mengkombinasikan komponen audio, visual dan animasi. Melalui audio dan visual informasi dapat dengan mudah dipahami karena sebagian besar pengetahuan diperoleh lewat mata dan telinga.

Adapun aspek penilaian media video yaitu kebenaran isi video, kualitas suara dalam video harus jernih, penggunaan sudut kamera, kecakupan dan kedalaman materi (penjelasan setiap gerakan), kalimat mudah dimengerti, kekinian dengan penambahan keterangan disetiap gerakan (Chaeruman, 2015).

5. Pengembangan Video Edukasi

Metode pengembangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode Delphi. Metode Delphi adalah suatu proses dalam kelompok yang melibatkan interaksi antara peneliti dan ahli terkait topik tertentu dengan menggunakan kuesioner. Metode Delphi digunakan untuk mendapatkan keputusan atau konsensus dari para ahli dan praktisi untuk menyelesaikan suatu masalah dan para ahli tidak bias dihadirkan pada waktu yang sama (Rum & Heliati, 2018).

Langkah utama dalam metode Delphi ada 3 yaitu (Rum & Heliati, 2018) :

- a. Kuesioner pertama dikirim kepada panelis ahli untuk menanyakan beberapa prediksi dan rekomendasinya.
- b. Pada tahap kedua, rekapan hasil kuesioner pertama dikirmkan kepada setiap panelis ahli untuk dievaluasi kembali penilaian pertama mereka pada kuesioner dengan menggunakan kriteria yang ditetapkan.
- c. Pada tahap ketiga, kuesioner diberikan kembali dengan informasi mengenai hasil penilaian panelis dan hasil konsensusnya. Para panelis diminta kembali untuk merevisi pendapat mereka atau menjelaskan alasan untuk tidak sepakat dengan consensus kelompok.

6. Teori Keperawatan Ibrahim Meleis

Transition theory adalah salah satu *nursing theory* yang dicetuskan oleh Afaf Ibrahim Meleis. Transisi adalah konsep yang sering digunakan didalam teori perkembangan dan teori stress adaptasi. Transisi mengakomodasi kelangsungan dan ketidakberlangsungan dalam proses kehidupan manusia. Meleis mendefenisikan peran yang tidak efektif sebagai kesulitan di dalam mengenal dari peran atau perasaan dan tujuan yang terkait dengan peran perilaku seperti yang dirasakan oleh diri sendiri atau oleh orang lain. Konsep umum dari *Transition Theory* (Meleis Afaf I., 2010) :

- a. Tipe dan Pola dari Transisi

- 1) Perkembangan (*developmental*) sejumlah transisi peran ditemui dalam perjalanan perkembangan yang normal. Dua transisi signifikan dapat dikaitkan dengan masalah kesehatan yang signifikan (baik mental dan fisiologis) :
 - a) Dari masa kanak-kanak hingga remaja, terkait dengan masalah yang dikenal dengan baik tentang pembentukan identitas dan dengan masalah-masalah selanjutnya.
 - b) Dari usia dewasa hingga usia lanjut, disertai dengan masalah gerontologis yang berkaitan dengan identitas, pension, penyakit kronis dan kematian. Selain itu juga termasuk transisi sehat dan sakit terdiri dari proses pemulihan, pemulangan dari rumah sakit, dan diagnosis penyakit kronis.
 - 2) *Organizational transition* adalah perubahan kondisi lingkungan yang berpengaruh pada kehidupan klien, serta kinerja mereka. Pola transisi terdiri dari multiple dan kompleks. Kebanyakan orang memiliki pengalaman yang multiple (banyak) dan simultan (berkelanjutan) dibandingkan dengan hanya satu pengalaman transisi, dimana tidak mudah untuk mengenalinya dari konteks kehidupan sehari-hari.
- b. *Properties of Transition Experiences* (Sifat dari pengalaman transisi)
- 1) Kesadaran (*Awareness*) : transisi adalah fenomena pribadi, bukan yang terstruktur. Proses dan hasil transisi terkait dengan definisi ulang diri dan situasi, di sini untuk berada dalam masa transisi, seseorang harus memiliki kesadaran akan perubahan yang terjadi. Individu yang tidak sadar akan perubahan berarti tidak memulai proses transisinya.
 - 2) Keterlibatan : merupakan sifat lainnya yang dicetuskan oleh Meleis. Keterlibatan mengacu pada “derajat dimana seseorang menunjukkan keterlibatan pada proses yang terkandung dalam suatu transisi”. Tingkat kesadaran dianggap mempengaruhi tingkat keterlibatan, tidak ada keterlibatan tanpa kesadaran.

- 3) Perubahan dan Perbedaan (*Changes and difference*) : adalah pengalaman seseorang tentang identitas, peran, hubungan, kebiasaan, dan perilakunya yang kemungkinan membawa keinginan untuk bergerak atau arahan langsung proses internal dan proses eksternal. Semua transisi berhubungan dengan perubahan, walaupun perubahan belum tentu merupakan suatu transisi. *Difference* yaitu perbedaan kesempatan atau tantangan bisa ditunjukkan oleh karena ketidakpuasan atau harapan yang tidak lazim, perasaan yang tidak sama, atau memandang sesuatu dengan cara yang berbeda, oleh karena itu perawat harus mengenali tingkat kenyamanan dan penguasaan klien dalam mengalami perubahan dan perbedaan.
- 4) Rentang waktu (*Time Span*), yaitu semua transisi bersifat mengalir dan bergerak setiap saat. Karakter transisi sebagai *time span* dengan identifikasi titik akhir. Berawal dari antisipasi, persepsi atau demonstrasi perubahan, bergerak melalui periode yang tidak stabil, kebingungan, stress berat sampai menuju fase akhir dengan adanya permulaan baru atau periode yang stabil.
- 5) Titik kritis dan peristiwa (*Critical Point and Event*), titik kritis dan kejadian didefinisikan sebagai penanda seperti kelahiran, kematian, menopause, atau diagnosis suatu penyakit. Teori transisi mengkonsep bahwa akhir dari titik kritis adalah membedakan dengan menyeimbangkan pada jadwal baru, kompetensi, gaya hidup, kebiasaan perawatan diri, dan bahwa ketidakpastian durasi dikelompokkan berdasarkan variasi, perubahan konsekutif, dan gangguan kehidupan.
- 6) Kematian, menopause, atau diagnosis penyakit. penanda peristiwa spesifik tidak semuanya jelas bagi beberapa transisi, walaupun transisi biasanya memiliki *critical point dan events*. *Critical point and event* biasanya berhubungan dengan kesadaran tinggi pada

perubahan atau ketidaksamaan atau lebih *exertive engagement* pada proses transisi.

c. Kondisi Transisi (Fasilitator dan Penghambat)

Merupakan keadaan yang mempengaruhi cara orang bergerak melalui transisi dan memfasilitasi atau menghambat kemajuan untuk mencapai transisi yang sehat.

- 1) Kondisi personal, terdiri *meaning* (arti), didefinisikan sebagai beberapa keadaan atau pencetus yang mempercepat atau memperlambat suatu transisi. Kepercayaan kultural (*cultural believe*), merupakan suatu stigma yang berhubungan dengan pengalaman transisi. Stigma akan mempengaruhi pengalaman transisi.
- 2) Persiapan dan pengetahuan, antisipasi dari persiapan dalam memfasilitasi pengalaman transisi, dimana apabila terjadi gangguan pada persiapan maka akan menghambat transisi. Pengetahuan berhubungan dengan proses persiapan, dimana seseorang harus memiliki pengetahuan tentang harapan selama transisi dan bagaimana strategi untuk mewujudkan dan *me-managanya*.
- 3) Status Sosial dan Ekonomi
- 4) Kondisi Komunitas atau Kondisi Sosial

d. Pola Respon (*Pattern of Response (process indicator and outcome)*)

Adalah karakter dari respon kesehatan, karena transisi terus berubah sepanjang waktu. Mengidentifikasi indikator proses klien yang bergerak baik ke arah kesehatan atau terhadap kerentanan dan resiko, memungkinkan perawat untuk melakukan pengkajian awal dan intervensi untuk memfasilitasi outcome yang sehat. Indikator proses ini terdiri dari:

- 1) *Feeling Connected* : kebutuhan untuk terhubung satu sama lain, hubungan dan kontak personal, adalah sumber informasi utama tentang pelayanan kesehatan dan sumber daya. Merasa terhubung dengan tenaga kesehatan yang professional yang mampu menjawab

pertanyaan dan klien merasa nyaman untuk berhubungan merupakan indikator lain dari pengalaman positif transisi.

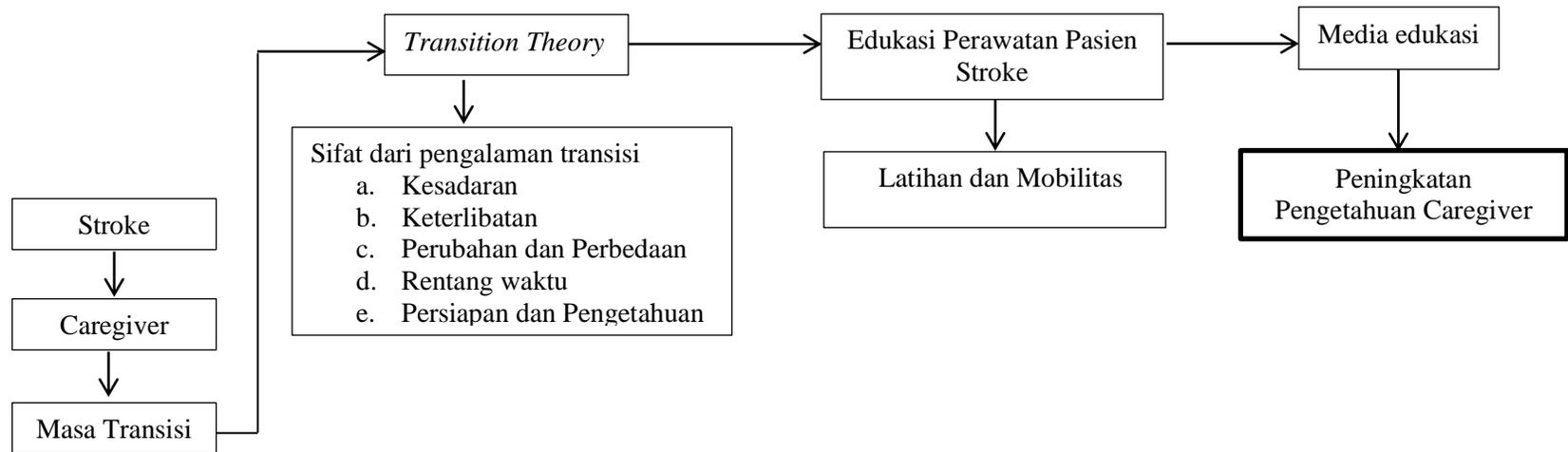
- 2) *Interacting* : melalui proses interaksi, transisi dan perkembangan perilaku dapat dipahami, dan diklarifikasi.
- 3) *Location and being situated* : waktu, ruang, dan hubungan biasanya menjadi hal penting dalam transisi.
- 4) *Developing confidence and coping* : ada dua indikator penting yang digunakan yaitu penguasaan terhadap skill baru (*Mastery of new skills*) dan pencairan identitas (*fluid integrative identities*).

e. Keperawatan Terapeutik (*Nursing Therapeutics*)

Nursing therapeutics sebagai tiga alat ukur yang dapat diaplikasikan secara luas untuk intervensi terapeutik selama masa transisi.

- 1) Mereka mengusulkan kesiapan pengkajian sebagai *nursing therapeutic*. Pengkajian memerlukan usaha secara interdisiplin dan berdasarkan pengertian penuh tentang klien.
- 2) Persiapan untuk proses transisi, pendidikan merupakan modal utama dalam persiapan proses transisi.
- 3) Peran pendukung diusulkan sebagai terapeutik keperawatan. Namun, dalam *middle-range* teori transisi, tidak ada pengembangan lebih lanjut dari konsep keperawatan terapi.

C. Kerangka Teori

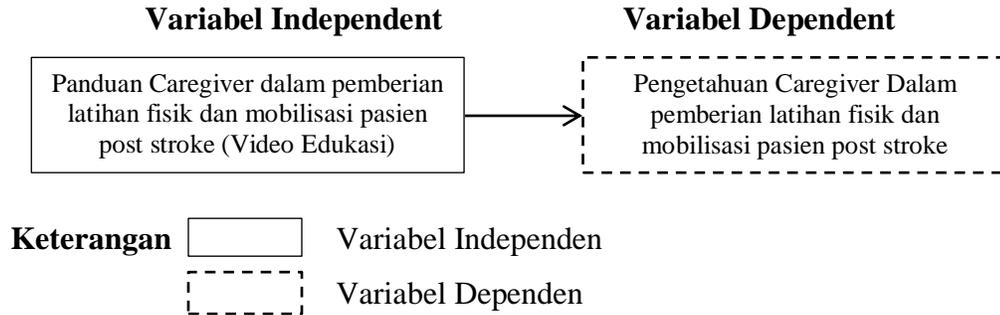


Sumber : (Smeltzer, 2016), (Meleis, Afaf I, 2010), (AHA&ASA, 2017), (Yani, 2018)

Skema 1. Kerangka Teori

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual Penelitian



Skema 2. Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

1. Variabel independen

Variabel independen yang diteliti pada penelitian ini adalah panduan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke berbasis video edukasi yang dikembangkan melalui proses delphi.

2. Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu pengetahuan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke.

C. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif

Variabel Penelitian	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Video Edukasi	Penilaian komponen yang terdapat dalam video edukasi yaitu panduan caregiver dalam pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke berdasarkan penilaian expert	Content Validity Index (CVI)	Valid jika nilai ≥ 0.80	Numerik
Pengetahuan Caregiver	Pengetahuan diukur sebelum dan setelah caregiver diberikan video edukasi perawatan pasien post stroke (Latihan dan Mobilitas)	Kuesioner	a. Nilai 1 jika jawaban benar b. Nilai 0 jika jawaban salah	Numerik

Tabel 1. Defenisi Operasional

D. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang secara teoritis dianggap paling mungkin atau paling tinggi tingkat kebenarannya (Susilana, 2008).

Berdasarkan pertanyaan dan tujuan khusus penelitian maka dapat dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

1. Video edukasi yang dikembangkan dapat meningkatkan pengetahuan caregiver tentang pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke.
2. Video edukasi yang dikembangkan tidak dapat meningkatkan pengetahuan caregiver tentang pemberian latihan fisik dan mobilisasi pasien post stroke.