

**SKRIPSI**

**PENGARUH PENYULUHAN KESEHATAN DENGAN METODE  
CERAMAH DAN *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD)  
TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN  
KELUARGA TENTANG PERAWATAN  
STROKE DI RSUD SAMBOJA  
KUTAI KARTANEGARA**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



**OLEH**

**CORNELIA PABUTUNGAN  
C 121 11 664**

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

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Cornelia Pabutungan

Nim : C 121 11 664

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 dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkannya sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, Januari 2013

Yang membuat pernyataan

Cornelia Pabutungan

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas Berkat dan Rahmat-Nya sehingga Skripsi dengan judul “”Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan *Fokus Group Discussion* (FGD) Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara ini dapat terselesaikan sebagaimana mestinya.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, tidak sedikit hambatan yang penulis hadapi. Namun berkat doa dan dukungan yang besar dari keluarga tercinta, serta semangat kebersamaan dan rasa senasib sepenanggungan teman-teman sehingga penulis mendapatkan kekuatan untuk dapat melalui kesulitan dengan kerja keras agar skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan beribu terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu. Serta ucapan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada **Bpk. Syahrul Said, S.Kep,Ns.,M.kes** dan **Bpk. Nuurhidayat Jafar, S.kep,Ns.,M.Kep** selaku dosen pembimbing yang telah banyak menuntun dan memberi bimbingan kepada penulis dengan penuh kesabaran, serta bersedia meluangkan waktu dan pikiran ditengah kesibukan yang sangat padat.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan terlepas dari keterbatasan penulis. Oleh karena itu, kritik, saran dan masukan sangat diharapkan dari berbagai pihak terutama dari pihak penguji yaitu **Bpk. Moh.Syafar, S.Kep,Ns.,MANP** dan **Bpk. Syarul Ningrat,**

**S.Kep,Ns.** Melalui kesempatan ini penulis juga menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Irawan Yusuf., PhD selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Prof. dr. Budu, ph.D, Sp.M. KVR selaku pembantu Dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dosen dan Staf Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Drg. Musafirah akil ali., Mars selaku Direktur Rumah Sakit Umum Samboja yang telah memberikan izin untuk meneliti di Rumah Sakit Umum Samboja.
6. Ibunda tercinta Bertha Tumba P, Kakak dan Adik serta Suamiku Tasik Pongla'bi dan Anakku tercinta Christeen Angelsea Pabutungan yang telah banyak memberikan dukungan dan Motivasi, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan dukungan moril maupun materil.
7. Rekan-rekan Program Studi Ilmu Keperawatan khususnya NERS B yang telah banyak memberikan bantuan dan motivasi sehingga peneliti terpacu untuk menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
8. Rekan-rekan sejawat di RSUD Samboja, khususnya Linda T.W dan seluruh crue ICU yang banyak membantu dalam terlaksananya penelitian ini.

9. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka menyelesaikan skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan dari pembaca untuk kesempurnaan penulisan selanjutnya. Di samping itu penulis juga berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi peneliti.

Makassar, Januari 2013

Cornelia Pabutungan

## ABSTRAK

**Cornelia Pabutungan. C12111664 “Pengaruh Penyuluhan Kesehatan dengan Metode Ceramah dan *Focus Group Discussion* (FGD) Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Perawatan Stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara”** dibimbing oleh Syahrul Said dan Nuurhidayat Jafar. (xiii + 87 halaman + 4 tabel + 8 lampiran)

**Latar belakang:** Stroke merupakan penyebab umum kematian urutan ketiga. Di RSUD Samboja kasus stroke terus mengalami peningkatan. Pasca perawatan di Rumah Sakit, dilanjutkan perawatan di rumah oleh keluarga. Oleh karena itu, Keluarga yang melakukan perawatan di rumah perlu mendapat penyuluhan kesehatan agar dapat melaksanakan tugasnya dengan maksimal. Pelaksanaan penyuluhan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke, baik dengan metode penyuluhan ceramah dan focus group discussion.

**Metode:** Rancangan penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah *quasi eksperimental design one group pretest posttest*. Penelitian ini dilaksanakan dengan memberikan penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan focus group discussion. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 48 responden, kemudian hasilnya diuji dengan menggunakan uji alternative *wilcoxon* dan *Mann-whitney* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = < 0,05$ .

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke baik dengan metode Ceramah maupun metode FGD ( $p = 0,000$ ). Tetapi tidak ada perbedaan bermakna antara penyuluhan metode Ceramah dan FGD ( $p = 0,552$ )

**Kesimpulan:** Dari penelitian ini didapatkan kesimpulan bahwa penyuluhan kesehatan dengan metode Ceramah dan FGD dapat meningkatkan pengetahuan keluarga pasien, tetapi tidak ada perbedaan di antara metode Ceramah dan metode FGD.

**Kata Kunci** : Penyuluhan *metode Ceramah* dan penyuluhan metode *Focus Group Discussion* (FGD).

**Kepustakaan** : 31 (1988 - 2012)

## ABSTRACT

**Cornelia Pabutungan.** C12111664. "Impact Of Health Counseling By Lecturing Method and *Focus Group Discussion* (FGD) On The Families' Knowledge Level Concerning Stroke Treatment In 'Samboja' Regional General Hospital Kutai Kartanegara" Supervised By Syahrul Said and Nurhidayat Jafar. (xiii + 87 pages + 4 tables + 8 appendages).

**Background:** The stroke represented the third ranking of the general cause of death. In 'Samboja' Regional General Hospital, the stroke cases continually increase. Post treatment in the hospital, the treatment was continued at homes by the families. Consequently, it is necessary for the families who conducted the treatment at homes to obtain the health counseling in order to be able to carry out their tasks maximally. The counseling implementation aimed to improve the families' knowledge concerning the stroke treatment either by the lecturing counseling method of focus group discussion.

**Methods:** The research used a *quasi experimental design one group pretest-posttest*. The research was carried out by giving the health counseling by lecturing method and *focus group discussion*. Samples were taken by *non-probability sampling* method with the *consecutive sampling* approach with the number of samples as many 48 respondents. Then the results was examined by using *Wilcoxon's* alternative test and *Mann-whitney's* test with the significance level of  $\alpha = < 0.05$ .

**Results:** The research result indicates that there is the impact of the health counseling on the families' knowledge levels concerning the stroke treatment either by the lecturing method or FDG ( $p = 0.000$ ). However, there is no significant difference between the Lecturing method counseling and FGD ( $p = 0.552$ ).

**Conclusion:** From the research, it is obtained the conclusion that the counseling by the lecturing method and FGD can improve the patient families' knowledge, but there is no difference between the lecturing method and FGD method.

**Key-words:** *Lectures method* counseling and *Focus Group Discussion (FGD)* method counseling.

**Bibliography Resources:** 31 (1988 - 2012)

## DAFTAR ISI

	Hal
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR SKEMA .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke .....	9
B. Tinjauan Umum Tentang Keluarga.....	31
C. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan .....	35
D. Tinjauan Umum Tentang Penyuluhan Kesehatan .....	38

E. Kerangka Teori.....	48
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS</b>	
A. Kerangka Konsep .....	49
B. Hipotesis.....	50
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Rancangan Penelitian .....	51
B. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	51
C. Populasi Dan Sampel .....	51
D. Alur Penelitian.....	56
E. Variabel Penelitian .....	57
F. Instrumen Penelitian.....	59
G. Rancangan Pengumpulan Data.....	59
H. Pengolahan Dan Analisa Data.....	60
I. Masalah Etika.....	62
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. HASIL .....	65
B. PEMBAHASAN .....	72
C. KETERBATASAN PENELITIAN.....	84
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
A. KESIMPULAN .....	85
B. SARAN .....	85
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR SKEMA**

Skema 2.1 : Kerangka Teori

Skema 3.1 : Kerangka Konsep

Skema 4.1 : Alur Penelitian

## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Tinggal Serumah di RSUD Samboja Juli-Agustus 2012 .....	66
Tabel 5.2.	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Responden Pada Metode Ceramah dan Metode FGD .....	67
Tabel 5.3	Distribusi Fekuensi Variabel Pengetahuan Responden.....	68
Tabel 5.4	Hasil Analisa Uji Wilcoxon Pada Pengukuran Prepost Pengetahuan Metode Ceramah dan Metode FGD .....	69
Tabel 5.5	Perbedaan Rerata Pengetahuan Antara Penyuluhan Metode Ceramah dan Metode FGD .....	71

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Sebelum Persetujuan
- Lampiran 2 : Formulir *Informed Consent*
- Lampiran 3 : SAP Penyuluhan Metode Ceramah
- Lampiran 4 : SAP Penyuluhan Metode *Focus Group Discussion*
- Lampiran 5 : Materi Penyuluhan
- Lampiran 6 : Kuesioner Data Demografi dan Kognitif Pre-Post Penyuluhan  
Metode Ceramah Dan FGD
- Lampiran 7 : Master Tabel
- Lampiran 8 : Uji Validitas dan Reliabelitas
- Lampiran 9 : Uji Wilcoxon dan Mannwhitney
- Lampitan 10 : Surat Izin Penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan penyebab umum kematian urutan ketiga di negara maju setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker (Goldsmidt, A.,J. & Caplan, R, L. 2011). Stroke adalah sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan fungsi otak secara fokal atau global, yang dapat menimbulkan kematian dan kelainan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler, *World Health Organization* (WHO) dalam Rasyid AL. & Soertidewi, L., (2007).

Di Amerika Serikat sekitar 800.000 orang menderita penyakit stroke setiap tahunnya dan dalam 40 detik 135.000 di antaranya meninggal. Pada usia lanjut resiko stroke akan meningkat, akan tetapi 25% stroke juga terjadi pada orang dengan usia kurang dari 65 tahun. Tahun 2030 di Amerika Serikat, diperkirakan prevalensi stroke akan meningkat menjadi sekitar 25% (Ralph L. et al., 2012). Indonesia tercatat sebagai negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia (Lenni F. & Saragi, 2010). Di Indonesia Insiden dan prevalensi stroke diperkirakan sekitar 500.000 penduduk setiap tahunnya, sekitar 2,5% atau 125.000 orang meninggal dan sisanya cacat ringan. Hampir setiap hari atau minimal rata-rata tiga hari sekali, baik tua maupun muda penduduk Indonesia meninggal dunia karena serangan stroke (Agustina, HR. & Priambodo, AP., 2009). Di

RSUD Samboja kasus stroke terus mengalami peningkatan. Tahun 2006 terdapat 18 kasus stroke, tahun 2009 meningkat 58 kasus, 2011 meningkat lagi 83 kasus dan Januari sampai Maret 2012 terdapat 68 kasus stroke (Data RSUD Samboja).

Stroke menyebabkan defisit neurologi, diantaranya adalah defisit lapang penglihatan, defisit motorik, defisit sensori, defisit verbal, defisit kognitif, defisit emosional, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran, area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral/sekunder atau aksesoris (Smeltzer & Suzane, C. 2001). Adapun berbagai masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke diantaranya adalah kelumpuhan/kelemahan, tangan yang lemah, gangguan sensibilitas, gangguan keseimbangan, gangguan berbicara, gangguan menelan, gangguan penglihatan, gangguan berkemih, kesulitan mengenakan pakaian, gangguan memori, gangguan kepribadian dan emosi dan gangguan seksual. (Mulyatsih, E. & Ahmad, A. 2010)

Pasien stroke baik iskemik maupun hemoragik pasca perawatan di rumah sakit membutuhkan penanganan yang komprehensif dan perlu mendapatkan perawatan lanjutan di rumah, dan dalam hal ini keluarga sangat berperan dalam fase pemulihan ini, sehingga sejak awal perawatan keluarga diharapkan terlibat dalam penanganan pasien (Mulyatsih, E. & Ahmad, A. 2010). Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan

seminimal mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke. Proses pemulihan di rumah membutuhkan pemahaman tentang hal-hal yang dilakukan keluarga dan pengasuh mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan cara keluarga mengatasinya. 1

Penelitian Lenni F. & Saragi, (2010) tentang Gambaran perilaku keluarga terhadap penderita pasca stroke dalam upaya rehabilitasi, di RS St. Elisabeth Medan Tahun 2010 terhadap 110 keluarga penderita stroke, menemukan sebagian besar responden yaitu sebesar 36 orang (32,7%) memiliki tingkat pengetahuan pada kategori “kurang”. Sebagian besar responden yaitu sebesar 48 orang (43,6%) memiliki tingkat sikap pada kategori “kurang”. Sebagian besar responden yaitu sebesar 16 orang (14,5%) memiliki tingkat tindakan pada kategori “baik”. Kepada keluarga diharapkan untuk memberikan dukungan kepada penderita pasca stroke dan tetap menggunakan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan kesehatan penderita pasca stroke. Kepada instalasi terkait diharapkan untuk memberikan informasi lebih banyak lagi kepada keluarga pasien tentang upaya rehabilitasi supaya meningkatkan pengetahuan keluarga dan menimbulkan motivasi untuk tetap menggunakan fasilitas kesehatan.

Penelitian Dewi S. & Apridawati, (2012) tentang Hubungan peran serta keluarga dalam perawatan stroke dengan tingkat depresi pada penderita pasca stroke, Jumlah sampel sebanyak 100 responden. Hasil penelitian menunjukkan peran serta keluarga rendah yaitu sebanyak 50 responden, responden yang mengalami depresi berat sebanyak 44

responden. Ada hubungan antara peran serta keluarga dalam perawatan stroke dengan tingkat depresi pada penderita pasca stroke dengan p-value 0.001 dan tingkat hubungan sebesar -0,876 dengan arah hubungan negatif artinya bahwa semakin rendah peran serta keluarga semakin tinggi tingkat depresi pada pasien pasca stroke.

Penelitian Widayati, N. (2010) tentang studi fenomenologi pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat anggota keluarga pasca stroke, hasil penelitian menunjukkan bahwa alasan utama *caregiver* merawat pasien pasca stroke adalah motivasi *caregiver* untuk kesembuhan pasien pasca stroke dan kecacatan pasien pasca stroke yang membutuhkan bantuan. Upaya yang dilakukan *caregiver* untuk mencapai perbaikan adalah pengobatan medis, herbal, alternatif dan perawatan di rumah. Keluarga selalu berusaha untuk tetap merawat dengan menghadapi berbagai kendala. Tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan penyuluhan dan dukungan kepada *caregiver*.

Saat ini, penyuluhan kesehatan yang telah dilaksanakan dan biasanya diberikan pada saat pasien yang akan pulang dengan diberi petunjuk lisan oleh dokter atau perawat, sehingga belum dapat memberikan dampak yang maksimal. Oleh karena itu, pentingnya untuk memberikan penyuluhan dengan terstruktur agar dapat memberi dampak yang lebih maksimal bagi keluarga dalam melakukan perawatan pasca stroke di rumah.

Adapun metode penyuluhan kesehatan yang akan diterapkan oleh peneliti yaitu metode ceramah dan *focus group discussion* (FGD). Metode ceramah disebut juga metode *didaktif* yaitu metode yang menggunakan komunikasi satu arah (*one-way-communication*). Oleh sebab itu dalam metode ini tidak memungkinkan terjadinya pertukaran pendapat. Metode FGD atau disebut juga metode diskusi kelompok atau metode *sokratif* merupakan metode yang menggunakan komunikasi dua arah (*two-way-communication*), yang memungkinkan terjadinya tukar pendapat dalam metode ini.

Penelitian Gayatri Dj., & Soga (2009) menemukan bahwa membentuk penyuluhan dalam kelompok kecil dengan memakai leaflet lebih baik dari penyuluhan konvensional, terlihat dari terjadi peningkatan rerata pengetahuan, sikap dan perilaku responden dalam mencegah penyakit demam berdarah dengue pada kelompok perlakuan. Hasil ini relevan dengan penelitian Ratniana & Septi (2005) bahwa dengan metode FGD sebagai metode pengumpulan data primer menunjukkan adanya sikap positif dari penderita dalam menjalani pengobatan serta dukungan keluarga dan tokoh masyarakat.

Pelayanan keperawatan di rumah merupakan pelayanan keperawatan yang di berikan di tempat klien dan keluarga, sehingga klien tetap memiliki otonomi untuk memutuskan hal-hal yang terkait dengan masalah kesehatannya. Keluarga yang melakukan perawatan di rumah

perlu mendapat penyuluhan kesehatan agar dapat melaksanakan tugasnya dengan maksimal.

Petugas kesehatan disarankan agar memberikan penyuluhan secara lengkap sesuai standar pedoman penyuluhan, selain itu perlu diadakan pelatihan khusus mengenai teknik dan metode penyuluhan (Ratniana & Septi, 2005). Berdasarkan masalah yang telah diuraikan di atas maka peneliti tertarik untuk memberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan stroke dan meneliti “ pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah pasca perawatan di Rumah Sakit Umum Samboja”.

## **B. Rumusan Masalah**

Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan seminimal mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke. Proses pemulihan di rumah membutuhkan pemahaman tentang hal-hal yang di lakukan keluarga.

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah “Bagaimana perbedaan penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara”?

### **C. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk diketahuinya perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Diketahuinya perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah.
- b. Diketahuinya perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode FGD.
- c. Diketahuinya perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan antara metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi pimpinan RSUD Samboja untuk lebih meningkatkan kualitas pelaksanaan penyuluhan kesehatan terhadap keluarga penderita stroke dan atau *discharge planning*.

2. Bagi keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan pertimbangan dan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Terutama dalam hal memberikan penyuluhan kesehatan terhadap keluarga pasien di setiap rumah sakit.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan serta pengetahuan mahasiswa mengenai pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di RSUD Samboja. Dengan demikian, hal ini diharapkan dapat memacu institusi pendidikan menciptakan penelitian-penelitian lain yang dapat mendukung dan menguatkan hasil penelitian ini.

4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi para pembaca yang berasal dari kalangan masyarakat untuk mendapatkan pengetahuan terutama yang berkaitan tentang penyakit stroke serta bagaimana perawatan pasien stroke di rumah.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti selanjutnya baik mengenai konsep dan teori keperawatan maupun penerapan riset keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka merupakan aspek teoritis yang mendasari penelitian yang merinci hal-hal yang telah diuraikan dengan singkat di dalam latar belakang masalah, sebagai berikut:

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Stroke**

##### **1. Definisi**

Stroke adalah suatu “*brain attack*” atau “serangan otak”. Sesuai dengan istilah “serangan”, kejadian stroke hampir selalu tiba-tiba dengan gejala yang beragam. Gejala yang paling sering ditemukan adalah keadaan lumpuh separuh badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Stroke sering dihubungkan dengan “strees” walaupun hal ini tidak selalu ada (Mulyatsih, E. & Ahmad, A. 2010).

##### **2. Etiologi**

Stroke biasanya disebabkan oleh salah satu dari empat kejadian berikut ini yaitu: (Smeltzer & Suzane, C. 2001).

##### **a. Trombosis (bekuan darah di dalam pembuluh otak atau leher)**

Biasanya disebabkan oleh aterosklerosis serebral diperlambatan sirkulasi serebral. Tanda-tanda trombosis bervariasi, beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif atau kejang dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intraserebral/embolisme serebral.

- b. Embolisme Serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain)

Abnormalisme patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infektif, penyakit jantung reumatik dengan infark miokard serta infeksi pulmonal adalah tempat-tempat asal emboli. Kegagalan paru, jantung, fibrasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan stroke.

- c. Iskemia ( Penurunan aliran darah ke area otak)

Hal ini terutama terjadi karena konstriksi aterioma pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

- d. Hemoragik serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak)

Hal ini dapat terjadi di luar durameter (hemoragi ekstradural/ epidural), di bawah durameter (hemoragi subdural), di ruang subaracnoid (hemoragi subaracnoid), atau di dalam substansi otak.

### 3. Klasifikasi

Secara garis besar terdapat dua macam jenis stroke yaitu: (Mulyatsih, E & Ahmad, A. 2010).

- a. Stroke Iskemik (penyumbatan)

Stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju otak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal. pertama adalah karena adanya penebalan

pada dinding pembuluh darah (*atherosclerosis*) dan bekuan darah yang bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan istilah *thrombus*. Kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari *thrombus* atau bekuan darah di jantung ini biasanya terjadi pada pasien yang terpasang katup jantung buatan, setelah serangan miokard infark akut, atau pasien dengan gangguan irama jantung berupa *febrilasi atrial*, yaitu irama jantung yang tidak teratur yang berasal dari serambi jantung.

b. Stroke hemoragik (perdarahan)

Sekitar 70% stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya disebabkan oleh *rupture* atau pecahnya *aneurysma*, yaitu pembuluh darah yang berstruktur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena *rupture* pada *arterovenomalformation*, yaitu suatu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena. Kedua jenis penyebab stroke perdarahan, yaitu *Aneurysme* dan *malformasi arteriovenosa* merupakan kelainan anatomis pembuluh darah yang terbawa sejak lahir (Mulyatsih, E & Ahmad, A 2010).

Stroke hemoragik dapat dibedakan secara mudah menjadi perdarahan subaracnoid, perdarahan intraserebral dan perdarahan

subdural/ekstradural berdasarkan gambaran klinis dan CT scan (Goldsmidt, A.,J. & Caplan, R., L., 2011).

- 1) Perdarahan subaracnoid, menunjukkan gejala nyeri kepala hebat mendadak, terhentinya aktivitas dan muntah tanpa tanda-tanda neurologis fokal. CT scan menunjukkan darah dalam rongga subaracnoid dan sisterna serebri, serta cairan spinal selalu mengandung darah.
- 2) Perdarahan intraserebral, menunjukkan gejala neurologis fokal. Nyeri kepala, muntah dan menurunnya kesadaran sering terjadi pada perdarahan yang lebih luas. CT scan dan MRI menunjukkan hematoma di dalam otak.
- 3) Perdarahan subdural/ekstradural, biasanya disebabkan trauma kepala. Lesi terjadi di luar otak, baik di dalam (subdural) maupun di luar (ekstradural) durameter.

Ditinjau dari aspek waktu, proses stroke dapat bermanifestasi sebagai: (Rasyid AL. & Soertidewi, L. 2007).

- 1) Serangan otak sepintas *transient ischemic attack* (TIA), berlangsung kurang dari 24 jam dan sembuh sendiri.
- 2) Serangan otak iskemik yang reversible (*reversible ischemic neurological deficit*) (RIND)
- 3) Serangan stroke iskemik irreversible.

#### 4. Faktor Resiko

Keadaan-keadaan tertentu menyebabkan seseorang terancam serangan stroke. Keadaan ini disebut faktor resiko. Terdapat beberapa keadaan yang dapat memperbesar resiko untuk terkena stroke, Yaitu: (Mulyatsih, E & Ahmad, A. ( 2010).

##### a. Hipertensi

Menyebabkan terjadinya penebalan dinding pembuluh darah yang dapat menyumbat atau merusak dinding pembuluh darah yang kemudian dapat pecah.

##### b. Diabetes

Sering terjadi stroke jenis iskemik atau infark karena sumbatan umumnya pada pembuluh darah kecil.

##### c. Jenis kelamin dan penuaan

Makin tua umur seseorang makin besar resiko untuk mendapat stroke. Oleh karena itu stroke digolongkan juga sebagai penyakit degeneratif.

##### d. Obesitas

Penambahan berat badan yang berlebih dapat memperbesar resiko untuk terkena stroke.

##### e. Penyakit jantung

Terutama yang memberikan gejala gangguan irama jantung merupakan faktor resiko untuk kejadian stroke.

f. Merokok

Dapat mengganggu kemampuan darah untuk mengikat oksigen dan merusak kelenturan sel darah merah

g. Kolesterol tinggi

Mempercepat proses kerusakan dinding pembuluh darah.

5. Tanda dan Gejala

Sekitar dua pertiga stroke terjadi tanpa peringatan apapun, sekitar sepertiga memang memperlihatkan tanda-tanda dan gejala sebagai berikut: (Feigin, V. 2004).

- a. Hilangnya kekuatan/ timbulnya gerakan canggung di salah satu bagian tubuh terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan dan tungkai.
- b. Rasa baal (hilangnya sensasi)
- c. Hilangnya penglihatan total/ parsial di salah satu sisi
- d. Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa
- e. Hilangnya keseimbangan, seperti berdiri
- f. Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing, kesulitan menelan, kebingungan akut atau gangguan daya ingat
- g. Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.
- h. Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang.

## 6. Manifestasi klinis

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah yang tersumbat), ukuran, area yang perfusinya tidak adekuat dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Manifestasi stroke secara umum antara lain yaitu: (Smeltzer & Suzane, C. 2001).

### a. Kehilangan motorik

Stroke penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerak-gerak motorik. Disfungsi motor paling umum adalah:

- 1) *hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan.
- 2) *Hemiparesis*, atau kelemahan salah satu sisi tubuh

### b. Kehilangan komunikasi

Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut:

- 1) *Disastria* (kesulitan bicara)
- 2) *Disfasia* atau *afasia* (bicara detektif atau kehilangan bicara)
- 3) *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya)

### c. Gangguan persepsi

Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi.

- 1) *Disfungsi persepsi visual*, kehilangan setengah lapang pandang
  - 2) *Gangguan hubungan visual-spasial*, mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial
  - 3) *Kehilangan sensori*, Kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil dan auditorius.
- d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik
- Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi. Masalah psikologik yang umum terjadi emosional, bermusuhan, frustrasi, dandam, dan kurang kerjasama.
- e. Disfungsi kandung kemih
- Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi.

## **7. Pemeriksaan Diagnostik dan laboratorium**

- a. Pemeriksaan Diagnostik (Goldsmidt, A.,J. & Caplan, R., L. 2011).
  - 1) *Computerized tomography/Magnetic resonance imaging* (CT/MRI), untuk menentukan lokasi, jenis (iskemik atau perdarahan) dan komplikasi stroke (edema, efek massa, hidrosefalus).
  - 2) Ultrasonografi doppler, untuk melihat stenosis atau oklusi arteri vertebralis dan karotis di leher.

- 3) *Magnetik Resonance Angiography* (MRA), menemukan adanya penyakit oklusif berat pada arteri ekstrakranial dan arteri intrakranial yang besar.
  - 4) Angiografi serebral, untuk menjelaskan jenis lokasi dan keparahan penyakit oklusif vaskuler serta untuk mengidentifikasi kelainan vaskuler yang mengarah ke perdarahan otak.
  - 5) Pungsi lumbal, untuk mendiagnosis perdarahan subaracnoid bila CT/MRI tidak tersedia atau menunjukkan hasil negatif.
  - 6) Elektrokardiogram, untuk menilai jenis dan luas penyakit miokardial/valvular ketika emboli kardiogenik diduga sebagai penyebab stroke.
  - 7) Elektrokardiografi, untuk mendeteksi iskemia/infark miokardium, aritmia, dan pembesaran bilik jantung yang mengarah ke kardiomiopati atau ke penyakit jantung valvular.
  - 8) Elektroensefalografi, EEG berguna untuk kecurigaan kejang namun tidak untuk mengklarifikasi subtype stroke atau keparahan stroke.
- b. Pemeriksaan laboratorium (Goldsmidt, A.,J. & Caplan, R., L. 2011).
- 1) Darah lengkap untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab stroke: hematokrit > 60%; leukosit > 150.000/mm<sup>3</sup>; trombosit

> 1 juta/mm<sup>3</sup> atau < 20.000/mm<sup>3</sup>; adanya anemia sel sabit atau hemoglobinopati lain.

- 2) Laju endap darah (meningkat pada tumor, infeksi, vaskulitis)
- 3) Glukosa serum
- 4) Elektrolit
- 5) Profil lipid dan fibrinogen
- 6) *Protrombin time* (PT), *Partial thromboplastin time* (PTT) dan untuk mendeteksi koagulopati dan sebagai patokan dalam terapi antikoagulasi
- 7) Antibodi antikardiolipin
- 8) Skrining uri untuk kokain jika terdapat kecurigaan.

#### 8. Penatalaksanaan Pasien Stroke

Penatalaksanaan stroke secara umum terbagi dalam empat fase (Mulyatsih, E. & Ahmad, A. (2010) yaitu:

##### a. Fase Hiperakut

Yaitu fase segera setelah pasien terserang stroke. Prinsipnya penolong harus mempertahankan jalan nafas pasien tetap lancar. Bagi penolong non kesehatan, yang dapat dilakukan adalah meninggikan posisi kepala sekitar 15-30°, tidak memberikan makan atau minum apapun melalui *oral* untuk mencegah tersedak, dan segera membawa ke rumah sakit yang memiliki fasilitas ruang perawatan stroke. Pasien harus diperiksa darah dan CT-scan kepala. Di beberapa negara maju, pasien

stroke iskemik yang terkena serangan kurang dari tiga jam dapat diberikan terapi *recombinant Tissue Plasminogen Activator (r-TPA)* yaitu suatu obat untuk menghancurkan bekuan darah dan melancarkan kembali aliran darah ke otak.

b. Fase Akut

Fase ini, idealnya pasien di rawat di ruang Unit Stroke. Kecuali pasien stroke yang mengalami gangguan pernafasan berat, harus secepatnya di rawat di ruang ICU. Tujuan utama perawatan adalah menghindari komplikasi dan memperbaiki oksigenasi ke otak, diantaranya antaranya adalah mempertahankan fungsi jantung, fungsi paru, sistem kekebalan darah dan tekanan darah. Pasien biasanya diberikan oksigen, cairan infus. Pada stroke iskemik obat anti pembekuan darah (*antikoagulansia*) dan obat untuk mengencerkan darah. Apabila pasien stroke perdarahan, berikan cairan melalui infus, obat-obatan untuk melindungi sel saraf, bila perlu tindakan operatif.

c. Fase Pemulihan

Kondisi pasien stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase yang ketiga yaitu fase pemulihan. Di negara maju, biasanya pada fase pemulihan ini pasien dipindah rawat dari Rumah Sakit akut ke pusat Rehabilitasi (*Rehabilitation Center*) atau Rumah Sakit Komunitas (*Step Down Care Hospital*). Tetapi,

di Indonesia hampir semua pasien pasca stroke pulang ke rumah atau ke tempat tinggal keluarganya.

#### 9. Komplikasi Lanjut Pada Stroke

Komplikasi lanjut terjadi setelah fase akut terlampaui. Komplikasi umum terjadi akibat tindakan rehabilitasi yang kurang memadai. Berbagai komplikasi lanjut stroke akibat imobilisasi adalah sebagai berikut: (Mulyatsih, E. & Ahmad, A. (2010).

a. Ulkus decubitus

Merupakan komplikasi inatrogenik yang dapat dihindari dengan prosedur rehabilitasi yang baik

b. Kontraktur atau nyeri bahu

*Shoulder hand syndrome* terjadi pada 27% pasien stroke

c. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.

d. Osteopenia dan osteoporosis

Hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.

e. Depresi dan efek psikologis lain

Hal ini mungkin karena kepribadian penderita karena umur tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan pasca stroke. Depresi harus ditengarai sebagai penyebab pemulihan yang tidak wajar, tidak kooperatif

saat rehabilitasi dan keadaan emosi yang tidak stabil. Keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.

f. Inkontinensia alvi dan konstipasi

Umumnya menyebabkan adalah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat

g. Komplikasi musculoskeletal

Spastisitas dan kontraktur umumnya sesuai pola hemiplegi. Nyeri bahu umumnya di sisi yang lemah, bengkak dan tungkai dingin, lebih sering pada kaki jatuh dan fraktur.

#### 10. Perawatan Stroke Di Rumah

Berikut ini berbagai masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya (Mulyatsih, E & Ahmad, A. 2010).

a. Kelumpuhan / Kelemahan

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan, seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit, dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dibandingkan kaki. Sehingga biasanya pasien telah mampu belajar berjalan tetapi tangannya masih mengalami kelemahan.

Apabila sewaktu pulang kerumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah. Posisi tangan dan kaki

yang lemah sebaiknya di ganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan menjadi terjadinya bengkak *edema* pada tangan dan kaki.

Keluarga dapat mencegah kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang di lakukan di rumah sakit. Sebaiknya di lakukan minimal dua kali sehari. Juga dapat membantu pasien berlatih berjalan dengan cara berdiri di sisi yang lemah atau di belakang pasien.

b. Mengaktifkan tangan yang lemah

Pada pasien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

c. Gangguan sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)

Selain mengalami kelemahan separuh badan, seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa separuh badan. Untuk mengatasi masalah ini, keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh

yang lemah. Saat berkomunikasi, pengasuh dapat menyentuh dan menggosok dengan lembut tangan yang mengalami kelamahan

Keluarga dianjurkan memberikan motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak atau sesering mungkin, terutama saat melakukan aktifitas sehari-hari, seperti makan, minum atau kegiatan harian lain. Keluarga hendaknya menjauhkan hal-hal yang dapat membahayakan keselamatan pasien misalnya: nyala api, benda tajam dan benda bahaya lainnya.

d. Gangguan keseimbangan

Pada saat mulai latihan mobilisasi seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan keseimbangan pada saat duduk, berdiri, atau berjalan. Berikut ini beberapa cara melatih keseimbangan pasien:

1) Melatih keseimbangan duduk

Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan penolong lainnya disisi yang sehat. Letakkan lengan penolong dibelakang punggung pasien, tarik bersama-sama pasien ke arah duduk tegak. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal di belakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal di bawah lengan yang lemah.

## 2) Melatih keseimbangan berdiri

Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin. Keluarga dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman.

### e. Gangguan berbicara atau gangguan berkomunikasi

Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia. Afasia terbagi dalam tiga jenis; afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Agar memahami pembicaraan pasien, sebaiknya keluarga mendengarkan secara cermat. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain usahakan berbicara perlahan, tenang dengan intonasi suara normal. Atau dapat juga gunakan papan komunikasi/alat tulis berisi gambar atau simbol aktifitas kegiatan harian pasien.

### f. Gangguan menelan

Pasien menunjukkan gejala tersedak pada saat makan atau minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut atau mengiler, memerlukan waktu yang lama untuk makan dan tersisa makanan di mulut setelah makan.

Untuk mengatasi masalah ini, bila memungkinkan pasien harus duduk di kursi pada waktu makan atau minum. Bila terpaksa harus makan di tempat tidur, pasien harus di dudukkan tegak 60-90°. Ketika pasien menelan anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan. Pada waktu pasien menelan anjurkan untuk memutar kepala (menengok) ke sisi yang lemah. Pergunakan sendok kecil dan tempatkan makanan pada sisi yang sehat. Pertahankan pasien tetap duduk setengah jam setelah makan. Bersihkan gigi dan mulut sebelum dan setelah pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur dan gigi berlubang.

g. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan pada pasien stroke bervariasi, mulai dari pandangan dobel, pandangan kabur, pandangan gelap seperti tertutup layar lebar pada sebelah mata, atau berkurangnya lapang pandang.

Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, pada saat pasien makan letakkan makanan pada sisi yang dapat di lihat oleh pasien. Beritahukan pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien, terutama pada sisi yang tidak dapat di lihat oleh pasien. Untuk melatih penglihatan pasien sebaiknya keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang.

h. Gangguan buang air kecil

Sekitar 80% pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel. Pada siang hari berikan pasien minum segelas tiap dua jam dan hindari minum pada malam hari. Untuk mengantisipasi agar pasien tidak mengompol keluarga dapat menawarkan pasien untuk berkemih secara teratur tiap dua atau tiga jam. sebaiknya tersedia urinal/botol “bak” sebelum pasien mengompol yang mudah dijangkau oleh pasien. Padas pasien yang kooperatif keluarga dapat menganjurkan untuk berlatih “*kegel exercise*” yaitu suatu latihan mengencangkan dan melemaskan otot-otot panggul, yang pada akhirnya meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol buang air kecil atau berkemih.

i. Gangguan buang air besar

Masalah buang air besar pada pasien pasca stroke bervariasi, seperti konstipasi (sulit buang air besar), diare, dan buang air besar tidak terasa. Banyak hal yang menyebabkan terjadinya konstipasi, antara lain tirah baring lama, kurang aktifitas fisik, asupan kurang serat, kurang air minum dan efek samping obat.

Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien agar bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih 8 gelas perhari atau minimal 2 liter, dan membiasakan diri duduk di kloset

secara teratur setiap pagi. Pada beberapa pasien yang mengalami konstipasi berulang, biasanya dokter akan memberikan obat *laxative* per oral atau *glyseril* melalui rektal sesuai kondisi pasien

j. Kesulitan mengenakan pakaian

Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari kembali oleh pasien pasca stroke. Seperti cara menggunakan kemeja dan celana.

Cara mengenakan kemeja

- 1) Masukkan terlebih dahulu lengan yang lemah kedalam lengan kemeja
- 2) Tarik lengan kemeja ke atas sampai bahu
- 3) Putar kemeja ke lengan yang sehat dari belakang
- 4) Masukkan tangan yang sehat ke lengan kemeja satunya

Cara mengenakan celana

- 1) Masukkan kaki yang lemah terlebih dahulu kedalam celana
- 2) Setelah itu masukkan kaki yang sehat kedalam celana
- 3) Jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik keatas
- 4) Jika keseimbangan berdiri pasien belum baik, pasien berbaring dahulu, baru celana ditarik ke atas secara bergantian

k. Gangguan memori

Pasien pasca stroke kadang juga mengalami gangguan fungsi luhur berupa gangguan memori atau gangguan daya ingat.

Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan melihat foto album keluarga, teman dan kerabat atau gambar-gambar yang pernah dikenal oleh pasien. Selain itu keluarga juga dapat mengajak pasien untuk membicarakan mengenai masa lalu yang menyenangkan.

#### l. Perubahan kepribadian emosi

Sebagian pasien pasien pasca stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi. Hal ini terutama terjadi pada pasien stroke dengan afasia. Sehingga seringkali pasien menjadi frustrasi, marah, kehilangan harga diri dan emosi pasien menjadi labil. Keadaan ini pada akhirnya menyebabkan pasien menjadi depresi.

Untuk mengatasi hal tersebut, keluarga memberikan support mental dan selalu me-reorientasikan pasien pada realita. Upaya lain yang dapat di lakukan adalah kegiatan yang menyenangkan secara bersama-sama di luar rumah, atau mengikutsertakan pasien pada acara keluarga atau acara keagamaan. Bila diperlukan dapat dilakukan konsultasi pada psikolog. Keluarga harus bersikap optimis bahwa pasien akan mengalami kemajuan.

#### m. Gangguan seksual

Banyak pasien pasca stroke dan pasangannya mengalami penurunan fungsi seksual, baik penurunan libido, berkurangnya

gairah seksual, menurunnya kemampuan untuk ereksi dan orgasme. Faktor utama penyebab penurunan fungsi ini adalah faktor fisik, psikis, dan sosial. Tetapi sekitar 10% pasien pasce stroke mengalami hal sebaliknya, yaitu terjadi peningkatan libido dan kepuasan seksual bertambah. Hal ini kemungkinan disebabkan karena bertambah erat relasi antara pasangan atau terjadi perubahan elemen psikis ke arah yang lebih baik.

n. Mencengah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan

Pada waktu pulang ke rumah kadang beberapa pasien pasca stroke belum mampu bergerak sendiri. Pada pasien ini berisiko mengalami luka di kulit akibat tekanan, sehingga peran keluarga sangat penting untuk mencengah terjadinya luka ini. Pengasuh harus mengubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam. Perhatikan daerah yang berisiko terjadi luka, seperti tumit, lutut, bokong, siku, punggung, telinga, khususnya pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Pada saat merubah posisi pasien, cobalah untuk mengangkat pasien dan jangan menggeser untuk menghindari terjadinya luka. Upaya lain adalah oleskan pelembab atau minyak kelapa pada daerah yang tertekan. Bila pasien masih sering mengompol pengasuh harus memperhatikan kebersihan daerah kemaluan dan mempertahankan supaya tetap kering.

o. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi

Untuk mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi, keluarga atau pengasuh dapat melakukan latihan gerak sendi lengan dan tungkai secara pasif dan aktif bila memungkinkan minimal dua kali sehari. Latihan gerak sendi lengan meliputi gerakan menekuk dan meluruskan siku dan gerakan memutar pergelangan tangan. Latihan gerak sendi tungkai meliputi gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha, gerakan menekuk dan meluruskan lutut, gerakan menjauh dan mendekati badan, dan gerakan memutar pergelangan kaki.

p. Mencegah terjadinya nyeri bahu (*shoulder pain*)

Nyeri bahu yang dialami pasien stroke seringkali terjadi akibat kurang tepatnya keluarga atau pengasuh dalam memperlakukan bahu pasien, terutama bahu pada sisi yang lemah. Untuk mencegah terjadinya hal ini, beri perhatian khusus pada bahu pasien setiap kali mengatur posisi atau mengangkat pasien. Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah, pada saat mengangkat pasien, jangan meletakkan tangan pada ketiak pasien tetapi letakkan kedua tangan penolong pada badan atau punggung pasien, gunakan penyangga bahu jika diperlukan.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Keluarga**

### 1. Definisi

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dan dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988 dalam Andarmoyo, S. 2012)

### 2. Tujuan Dasar Keluarga

- a. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu
- b. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat
- c. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosial ekonomi dan kebutuhan seksual
- d. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

### 3. Keperawatan Kesehatan Keluarga

Adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai sarana atau penyalur (Maglaya, B, 1978 dalam Andarmoyo, S. 2012)

4. Tujuan Keperawatan Kesehatan Keluarga
  - a. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan
  - b. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah kesehatan
  - c. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan terkait dengan masalah kesehatan
  - d. Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit
  - e. Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya
5. Alasan Keluarga Sebagai Unit Pelayanan (Freeman, BR., 1981 dalam Andarmoyo, S. 2012)
  - a. Keluarga sebagai unit utama dari masyarakat
  - b. Keluarga sebagai suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah dan mengabaikan, atau memperbaiki masalah kesehatan dan kelompoknya
  - c. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan
  - d. Dalam memelihara kesehatan, anggota keluarga sebagai individu (klien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya
  - e. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat

Penelitian Widayati, N. (2010). Tentang studi fenomenologi pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat anggota keluarga pasca stroke. Tujuan dari penelitian ini untuk mendeskripsikan pengalaman keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat anggota keluarga pasca stroke, jumlah sampel tiga orang pengasuh. Menemukan bahwa ketidakmampuan pasien pasca stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari mendorong peran serta keluarga untuk merawat pasien pasca stroke sehingga menjadikan beban psikososial yang berupa cemas, depresi ringan dan penurunan status kesehatan, alasan utama *caregiver* merawat pasien pasca stroke adalah motivasi *caregiver* untuk kesembuhan pasien pasca stroke dan kecacatan yang membutuhkan bantuan.

Upaya yang dilakukan *caregiver* untuk mencapai perbaikan adalah pengobatan medis, herbal alternative dan perawatan di rumah. perawatan dan pengobatan menunjukkan perkembangan pasien pasca stroke menuju perbaikan. Kendala yang dialami *caregiver* selama merawat pasien pasca stroke adalah kesulitan ekonomi, kesulitan mencari pengobatan dan kurangnya dukungan dari orang lain. Keluarga mengalami gangguan aktivitas dan psikologis ketika merawat pasien pasca stroke. Kesimpulan penelitian ini adalah keluarga selalu berusaha untuk tetap merawat dengan menghadapi berbagai kendala. Tenaga kesehatan diharapkan memberikan penyuluhan dan dukungan kepada *caregiver*.

Penelitian ini relevan dengan penelitian Lenni, F. & Saragi (2010) tentang Gambaran perilaku keluarga terhadap penderita pasca stroke

dalam upaya rehabilitasi di RS St. Elisabeth Medan 2011 terhadap 110 keluarga penderita stroke. menyatakan bahwa Peranan keluarga sangat penting, karena anggota keluarga sangat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan keluarga ikut berperan terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan penderita. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebesar 36 orang (32,7%) memiliki tingkat pengetahuan pada kategori “kurang”. Sebagian besar responden yaitu sebesar 48 orang (43,6%) memiliki tingkat sikap pada kategori “kurang”. Sebagian besar responden yaitu sebesar 16 orang (14,5%) memiliki tingkat tindakan pada kategori “baik”. Keluarga diharapkan untuk memberikan dukungan kepada penderita pasca stroke dan tetap menggunakan fasilitas kesehatan untuk meningkatkan kesehatan penderita pasca stroke.

Penelitian oleh Dewi, S. & Apridawati (2012) tentang hubungan peran serta keluarga dalam perawatan stroke dengan tingkat depresi pada penderita pasca stroke di rumah sakit umum daerah dr. Moewardi surakarta, Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan peran serta keluarga dalam perawatan stroke dengan tingkat depresi pada penderita pasca stroke. Sampel sebanyak 100 responden. Menemukan pasien stroke yang dirawat di rumah sakit sekitar 30-40% menderita depresi. Pasien stroke cenderung mengalami depresi karena ada keterbatasan atau ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Peran serta keluarga pasien stroke di RSUD Dr. Moewardi cenderung kurang

maksimal, hal ini ditandai dengan pasien yang melakukan kontrol kemudian ditinggal sendiri saat pasien diperiksa oleh anggota keluarganya yang mengantar.

Hasil penelitian menunjukkan peran serta keluarga rendah yaitu sebanyak 50 responden, responden yang mengalami depresi berat sebanyak 44 responden. Ada hubungan antara peran serta keluarga dalam perawatan stroke dengan tingkat depresi pada penderita pasca stroke yang berkunjung ke poliklinik saraf RSUD Dr. Moewardi dengan  $p$  value = 0,001 dan tingkat hubungan sebesar -0,876 dengan arah hubungan negatif artinya bahwa semakin rendah peran serta keluarga semakin tinggi tingkat depresi pada pasien pasca stroke.

### **C. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan**

#### **1. Definisi**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan rasa. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, S. 2007).

#### **2. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor menurut Nursalam (2003) dalam Notoatmodjo, S. (2007) yaitu :

a. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sifat berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga

3) Umur

Usia individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umum tingkat kematangan dan kekuatan seseorang semakin matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan dipercaya daripada orang yang belum cukup kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan

kematangan jiwanya, makin tua seseorang maka makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Saifuddin & Azwar, 2009).

b. Faktor eksternal

1) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya dapat mempengaruhi perkembangan dan prilaku orang atau kelompok.

2) Sosial budaya

Sistem sosial yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

3. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan domain diatas (Notoatmodjo, S. 2007). Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Lawrence Green (Green, dalam Notoatmodjo, S. 2007) mencoba menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi perilaku (*non behaviour causes*).

Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau dibentuk dari 3 faktor, yaitu :

- a. Faktor-faktor pengaruh (*predisposing factor*) yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai.
  - b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*) yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
  - c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan.
4. Kriteria tingkat pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) dalam Wawan. A. & Dewi M, (2010) dalam pengetahuan seseorang dapat diketahui dan di interpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu:

- a. Pengetahuan baik, 61-100%
- b. Pengetahuan kurang, < 60 %

#### **D. Tinjauan Umum Tentang Penyuluhan Kesehatan**

##### 1. Definisi

Undang-Undang No.23 tahun 1992 menyatakan bahwa Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan dari intelektual, psikologi dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan

manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga dan masyarakat. (*A Joint Committee on Terminolog in Health Education of United States*, 1973, dikutip dalam Susilo, R. 2011).

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Anwar, 1983, dikutip dalam Machfoedz. I. & Suryani. E. 2009).

## 2. Sasaran

Sasaran penyuluhan kesehatan tidak lain juga merupakan sasaran pendidikan kesehatan (Machfoedz, I & Suryani, E. 2009) yakni:

- a. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
- b. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja. Termasuk dalam kelompok ini adalah kelompok keluarga penderita stroke.
- c. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

### 3. Langkah-langkah merencanakan penyuluhan

Pada tahun 1985 Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Departemen RI, dikutip dalam Machfoedz, I & Suryani, E (2009), menyusun model “Langkah-langkah Merencanakan Penyuluhan”, yang dimuat dalam buku “Perencanaan Penyuluhan Kesehatan Masyarakat”.

### 4. Beberapa pemikiran dasar dalam merencanakan penyuluhan antara lain: (Machfoedz, I & Suryani, E. 2009).

- a. Penyuluhan kesehatan merupakan bagian integral dari program kesehatan itu sendiri. Ini berarti bahwa segi penyuluhan dari pada program mulai dibuat dan dikembangkan sejak dari perencanaan program itu sendiri.
- b. Perencanaan penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan tim yang melibatkan: pimpinan dan pelaksana program, petugas latihan (training) dan penelitian, petugas penyuluhan dan masyarakat.
- c. Perencanaan penyuluhan didasarkan atas pengetahuan yang cukup tentang: masalah kesehatan yang akan ditanggulangi, program kesehatan yang akan ditunjang, daerah dan masyarakat yang akan menjadi sasaran, sarana yang diperlukan dan bisa dimanfaatkan, perencanaan dan Penyuluhan.
- d. Rencana penilaian penyuluhan harus sudah dibuat waktu merencanakan program.

5. Berdasarkan hal-hal yang dikemukakan, dapat disusun langkah-langkah perencanaan sebagai berikut:

Mengenal masalah, masyarakat dan wilayah, menentukan prioritas, menentukan tujuan penyuluhan, menentukan sasaran penyuluhan, menentukan isi penyuluhan, menentukan metode penyuluhan yang akan digunakan, memilih alat-alat peraga atau media penyuluhan yang dibutuhkan, Menyusun rencana penilaiannya, menyusun rencana kerja atau rencana pelaksanaannya.

6. Metode Penyuluhan

Metode yang dapat dipergunakan dalam memberikan penyuluhan kesehatan terbagi atas beberapa macam, tetapi pada penelitian ini peneliti menggunakan metode ceramah dan *fokus group discussion* (FGD).

a. Metode Ceramah

Metode ceramah disebut juga metode didaktif yaitu metode yang menggunakan komunikasi satu arah (*one-way-communication*). Oleh sebab itu, metode ini tidak memungkinkan terjadinya pertukaran pendapat.

Hasil penelitian Pulungan, R. (2009) tentang pengaruh metode penyuluhan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dokter kecil dalam pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah di Kecamatan Helvetia menyatakan bahwa hingga saat ini kegiatan penyuluhan tersebut belum menunjukkan hasil yang optimal.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh metode penyuluhan yang dilakukan terhadap dokter kecil, baik dalam bentuk ceramah dengan leaflet maupun ceramah dengan film. Melalui penelitian ini ingin diketahui perubahan tingkat pengetahuan dan sikap dokter kecil terhadap pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dan menganalisis perbedaan diantara keduanya. Penelitian ini menggunakan metode eksperimen semu (*quasi-experiment*) dengan rancangan *pre test post group design*. Penelitian dilakukan di Kecamatan Helvetia dengan melibatkan 51 sekolah dasar negeri dan swasta yang memiliki dokter kecil. Sampel dilakukan secara purposive sampling yang hasilnya berjumlah 120 orang dan seluruhnya ditetapkan sebagai sampel. Sampel dibagi ke dalam dua kelompok yaitu kelompok ceramah dengan leaflet dan kelompok ceramah dengan film yang jumlahnya masing-masing 60 orang.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap kedua kelompok dokter kecil sebelum diberikan penyuluhan baik dengan metode ceramah dan leaflet maupun dengan metode ceramah dan film adalah mayoritas setara yaitu berpengetahuan sedang dan bersikap negatif. Sesudah pemberian penyuluhan terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap yang bermakna. Hal tersebut dapat dilihat dari perbandingan rerata nilai pengetahuan dan sikap responden sebelum dan sesudah penyuluhan yang menunjukkan

peningkatan signifikan. Penyuluhan dengan menggunakan metode ceramah dan film lebih bermakna dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap dokter kecil tentang pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah dibandingkan dengan penyuluhan metode ceramah dan leaflet. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa penyuluhan dengan kedua metode tersebut berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap dokter kecil. Metode ceramah dan film dapat dijadikan sebagai satu alternatif dalam pelaksanaan penyuluhan di sekolah dasar

b. *Focus Group Discussion* (FGD)

1. Definisi

*Fokus group discussion* (FGD) disebut juga fokus diskusi kelompok atau metode sokratif, merupakan metode yang menggunakan komunikasi dua arah (*two-way-communication*) sehingga dalam metode ini memungkinkan terjadinya tukar pendapat dan terdapat interaksi didalamnya. Sehingga memungkinkan terjadinya proses tanya jawab dan komunikasi yang terjalin pun akan menjadi lebih interaktif.

Biasanya Diskusi Kelompok ini mencakup 6-12 orang peserta yang tertarik pada satu topik atau program tertentu. Di dalamnya terdapat fasilitator, moderator dan asisten yang akan

memandu peserta untuk mendiskusikan beberapa pertanyaan sesuai dengan topik yang dibicarakan.

a) Keuntungan diskusi kelompok

- 1) Aspek yang didiskusikan oleh peserta bisa berkembang bahkan melebihi aspek-aspek yang dikemukakan oleh penyuluh
- 2) Peserta adalah pengamat yang lebih baik dari pada penyuluh dalam penyelesaian praktis. Hal ini terjadi karena peserta adalah orang yang merasakan langsung masalah-masalah yang mereka hadapi.
- 3) Dalam diskusi kelompok ada hubungan yang kuat antara pengetahuan dan praktek sehari-hari, yang biasanya tidak terdapat dalam metode lain.
- 4) Bahasa yang digunakan dalam diskusi lebih akrab bagi peserta, sehingga memungkinkan peserta tidak malu untuk berbicara

b) Kelemahan Diskusi Kelompok

- 1) Peserta seringkali tidak mewakili seluruh kelompok sasaran.
- 2) Kelompok yang terlibat mungkin sulit untuk dikendalikan.
- 3) Hasil dan kesimpulan diskusi dapat dipengaruhi oleh pandangan atau pendekatan dari fasilitator.

## 2. Fasilitator

Dalam memoderasi kelompok diskusi kelompok, penting bahwa seorang fasilitator memiliki kualitas sebagai berikut: (Krueger, RA.,1988) yaitu: Keakraban dengan topik diskusi, kemampuan untuk berbicara sesuai bahasa yang digunakan di daerah tersebut, sensitivitas budaya, termasuk tidak bertindak sebagai hakim, guru, tidak melihat bawa pada responden, kepekaan terhadap pria dan wanita, kesopanan, empati, menghormati peserta.

## 3. Pedoman dalam melakukan diskusi kelompok (FGD) (Krueger, RA.,1988)

- a. FGD adalah kesempatan bagi peneliti untuk mendengar dan belajar, dan bukan untuk kuliah.
- b. Tetap berpikiran terbuka dan lebih banyak mendengar. Jangan memaksakan agenda sendiri.
- c. Hindari pertanyaan yang menghasilkan jawaban ya atau tidak.
- d. Peka terhadap norma-norma lokal dan adat istiadat
- e. Upayakan untuk menyelesaikan FGD dalam jangka waktu yang disebutkan kepada peserta.
- f. Jangan lupa mengucapkan terimakasih kepada peserta setelah pelaksanaan FGD

## 4. Langkah-langkah dalam melakukan sesi FGD (Krueger, RA.,1988)

- a. Setelah pengantar singkat, tujuan dan ruang lingkup diskusi dijelaskan

- b. Para peserta diminta untuk memberikan nama mereka dan informasi singkat tentang latar belakang
  - c. Diskusi ini disusun di sekitar tema kunci dan dipersiapkan dimuka
  - d. Dalam diskusi tersebut, semua peserta diberi kesempatan untuk berpartisipasi.
  - e. Menggunakan berbagai taktik moderat untuk memfasilitasi kelompok. Diantara taktik ini bahwa, moderator dapat menggunakan meliputi:
    - 1) Merangsang peserta untuk berbicara satu sama lain, tidak selalu moderator.
    - 2) Mendorong peserta tidak malu untuk berbicara.
    - 3) Mencegah peserta dominan melalui isyarat verbal dan nonverbal.
5. SOP Pelaksanaan *Fokus Group Discussion* (Shine UI, pdf)
- a. Sebelum FGD
    - 4) Penanggung Jawab FGD adalah fasilitator akan di bantu oleh asisten untuk mempersiapkan FGD meliputi: konsumsi dan menyiapkan hal-hal lain yang berhubungan dengan FGD
    - 5) Peserta FGD diharapkan datang tepat waktu
    - 6) Peserta FGD dikelompokkan antara 6-12 orang/kelompok dan duduk dengan membentuk lingkaran

b. Saat FGD

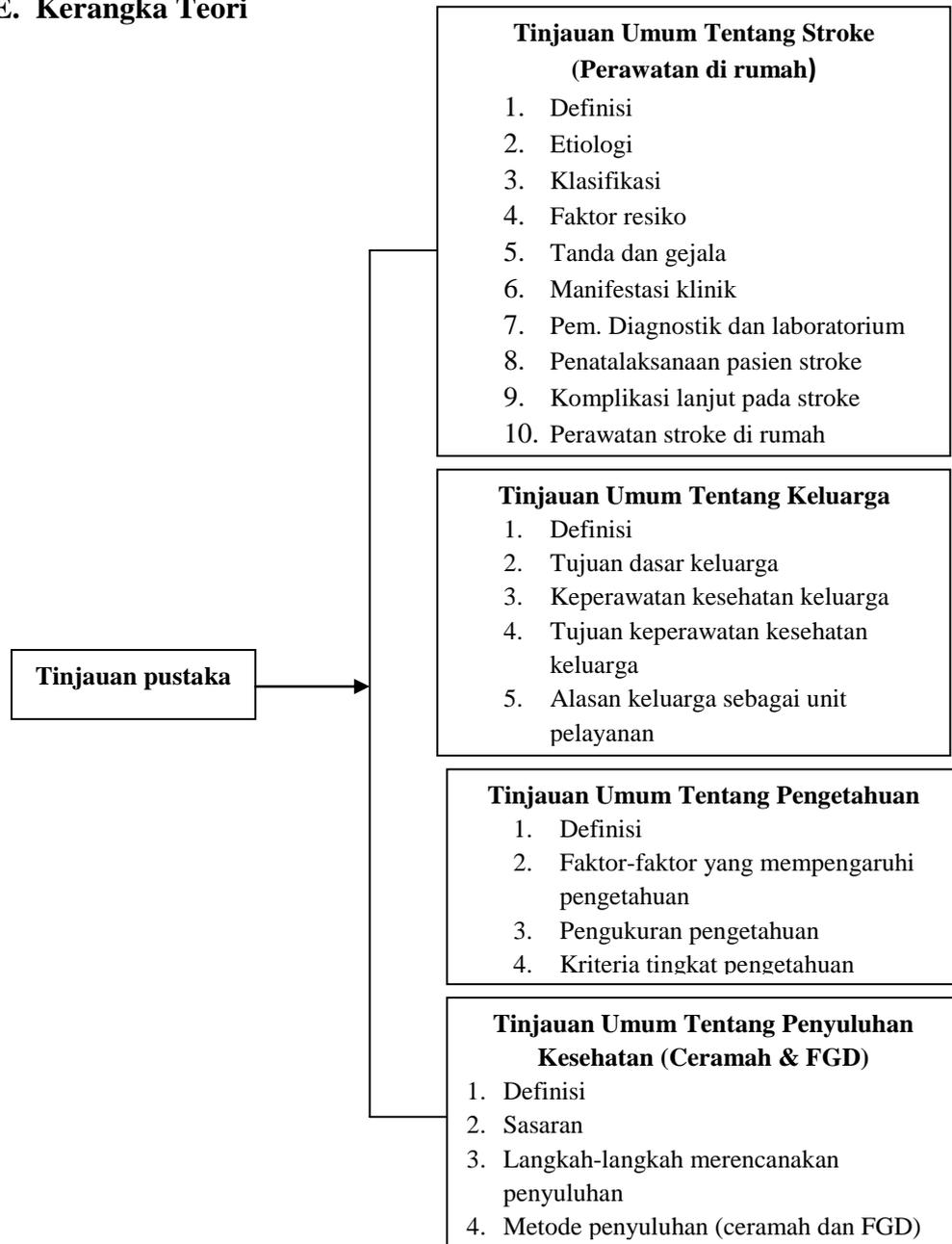
- 1) FGD dimulai dengan pembukaan baca doa
- 2) Fasilitator sebagai notulen yang mencatat jalannya diskusi  
(Tanya jawab)
- 3) Peserta FGD di beri materi berupa leaflet untuk didiskusikan sesuai dengan subtema yang telah diberikan
- 4) Diskusi antar peserta selama 20 menit, dimulai dengan pemaparan pendapat sesuai subtema dari tiap-tiap orang dalam kelompok
- 5) Tanya jawab antara peserta selama 40 menit termasuk arahan oleh fasilitator .
- 6) Peserta FGD diharapkan aktif berpartisipasi dalam mengikuti diskusi.
- 7) Diskusi diakhiri dengan penarikan kesimpulan moderator
- 8) FGD diakhiri dengan penutupan dan doa.

Hasil penelitian Gayatri Dj. & Soga (2009) bahwa Berbagai promosi kesehatan sudah dilakukan melalui penyuluhan, tetapi belum menunjukkan perubahan. Untuk itu perlu dilakukan penggabungan metode penyuluhan konvensional dengan membentuk penyuluhan dalam kelompok kecil dengan memakai leaflet agar mudah dipahami serta dapat mendorong masyarakat untuk lebih cepat bertindak.

Hasil penelitian Ratniana & Septi, (2005) bahwa dengan metode FGD sebagai metode pengumpulan data primer menunjukkan adanya sikap

positif dari penderita dalam menjalani pengobatan serta dukungan keluarga dan tokoh masyarakat.

### E. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

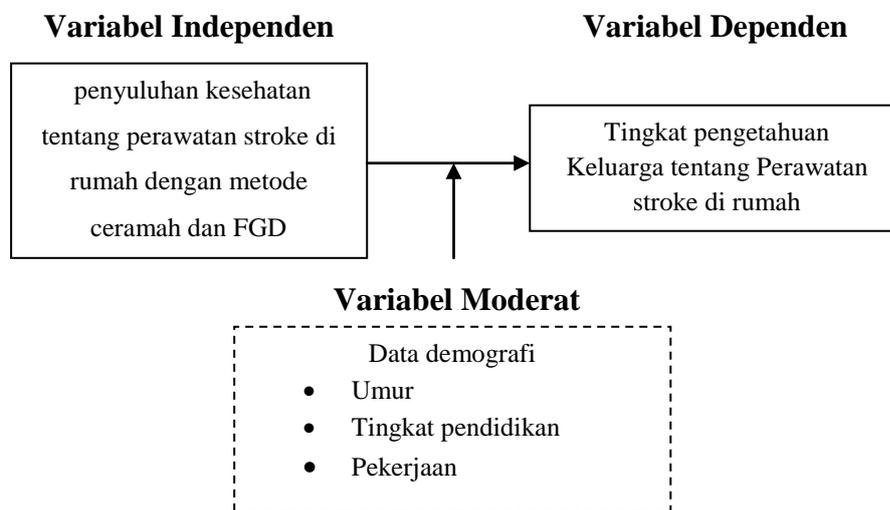
### BAB III

#### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

Kerangka konsep adalah ringkasan berbagai aspek teoritis (kerangka teori) yang telah disajikan dalam tinjauan pustaka, dibuat dalam bentuk diagram yang menunjukkan jenis serta hubungan antar variabel yang diteliti dalam batas-batas ruang lingkup penelitian dan hipotesis penelitian.

##### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini “pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke Rumah Sakit Umum Daerah Samboja Kutai Kartanegara”.



Skema 3.1 Kerangka Konsep

## **B. Hipotesis**

1. Ada perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah.
2. Ada perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode FGD.
3. Ada perbedaan pengaruh penyuluhan kesehatan antara metode ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke.

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Metodologi penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Dalam bab ini diuraikan komponen-komponen metode penelitian, sebagai berikut:

#### **A. Rancangan Penelitian**

Desain penelitian adalah rancangan yang mencerminkan langkah-langkah teknis dan operasional penelitian. Berdasarkan tujuan penelitian, rancangan penelitian yang digunakan adalah metode eksperiment semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *pre test- post test group design*, dimana kedua kelompok baik metode ceramah dan metode FGD diberikan perlakuan penyuluhan (Sugiyono, 2011).

#### **B. Tempat Dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan Agustus tahun 2012 di Aula RSUD Samboja Kutai Kartanegara.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang bertugas menjaga pasien stroke yang dirawat di RSUD Samboja.

##### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam sampel ini adalah sebagai berikut:

- 1) Keluarga dari penderita stroke yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Samboja.
- 2) Keluarga bertugas menjaga pasien stroke dan tinggal serumah dengan pasien.
- 3) Keluarga dari penderita stroke yang bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi dalam sampel ini adalah sebagai berikut:

- 1) Keluarga yang tidak mengikuti semua kegiatan penyuluhan (tidak menyelesaikan semua materi yang ada)
- 2) Keluarga yang tidak yang mengisi pre dan post kuesioner secara keseluruhan.

c. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel untuk menentukan sampel yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2011). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non-propability sampling* yaitu pengambilan sampel yang tidak memberikan peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Teknik pendekatan yang digunakan adalah *Consecutive sampling*, semua subjek yang datang berurutan dan memenuhi kriteria pemilihan

dimasukan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, S & Ismael, S. 2011).

d. Estimasi besar sampel

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel. Berdasarkan tujuan penelitian, rumus untuk menghitung ukuran sampel dari populasi yang diketahui jumlahnya adalah sebagai berikut: (Sugiyono, 2011)

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P}$$

Keterangan:

S : jumlah sampel

$\lambda^2$ : dengan dk = 1

d : taraf kesalahan

P = Q = 0,5

N : populasi

$$\begin{aligned} S &= \frac{1^2 \cdot 68 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 (68 - 1) + 1^2 \cdot 0.5} \\ &= 25.37 \text{ (dibulatkan 25)} \end{aligned}$$

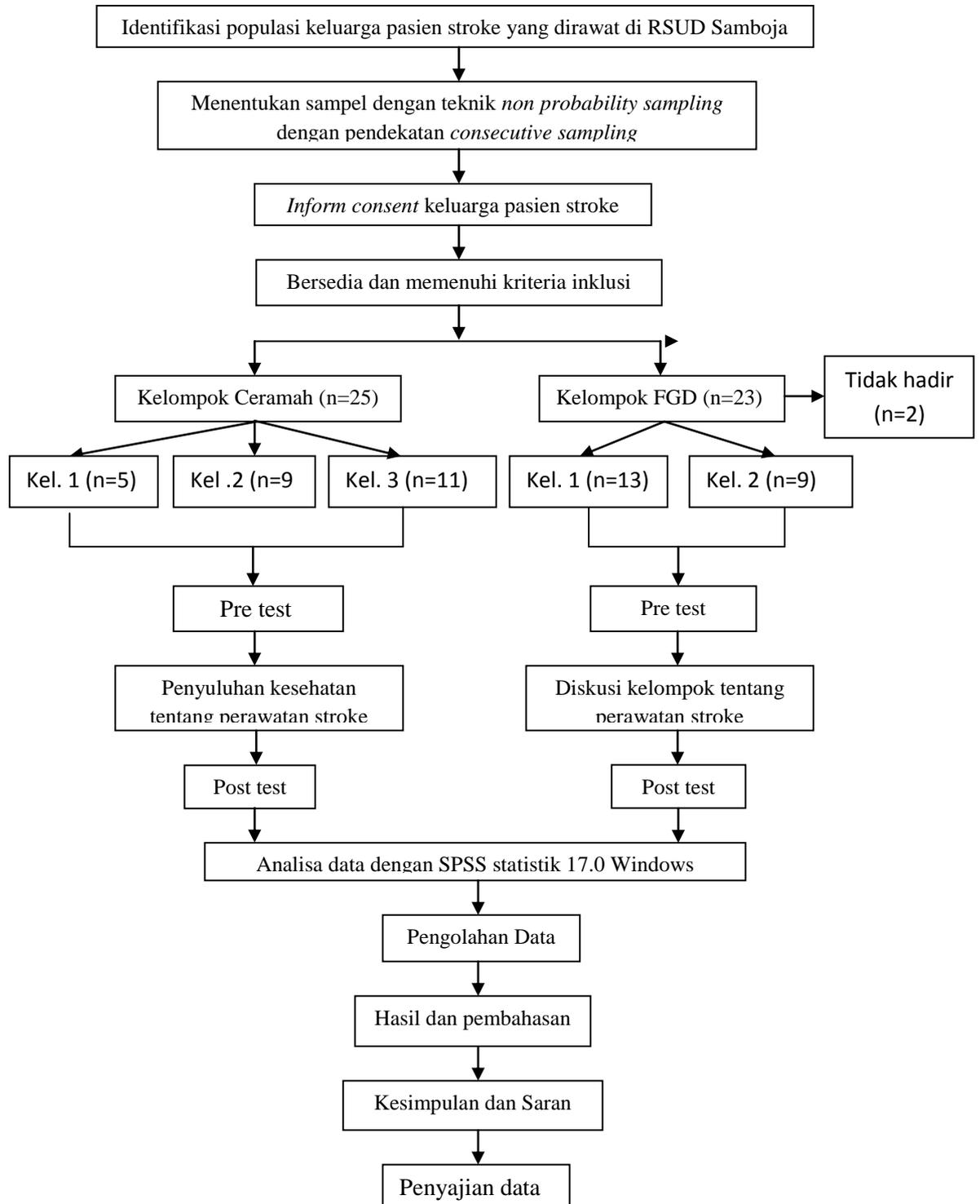
Berdasarkan hasil perhitungan di atas diperoleh jumlah sampel 25 responden untuk kelompok metode ceramah dan 25 responden untuk kelompok metode FGD.

Penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dilakukan sebanyak tiga kali oleh karena jumlah responden yang tidak memungkinkan untuk dilakukan dalam sekali waktu dengan jumlah keseluruhan 25 responden. Untuk dapat menilai tingkat perbedaan pengetahuan responden maka sebelum penyuluhan terlebih dahulu dilakukan pretest dalam bentuk kuesioner dengan mengisi 19 pertanyaan dan sesudah penyuluhan selama  $\pm 30$  menit responden maka dilakukan posttest dengan kuesioner yang sama dan pertanyaan yang sama sebanyak 19 nomor.

Penyuluhan kesehatan dengan metode FGD dilaksanakan sekali. Dalam hal ini peneliti terlebih dahulu mendata setiap keluarga pasien stroke yang dirawat kemudian mengadakan kontrak untuk mengadakan diskusi, pasien yang diperbolehkan pulang, diambil alamat dan no telepon/ hp untuk menghubungi kembali saat diadakan diskusi. Sehari sebelum diskusi peneliti menghubungi keluarga pasien yang sudah diperbolehkan pulang dan mengkonfirmasi kembali waktu kontrak yang sudah ditetapkan sebelumnya. Tetapi pada saat penyuluhan ada dua responden yang tidak hadir, sehingga jumlah responden yang hadir saat itu 23 responden yang dibagi menjadi dua kelompok. Sebelum

dilaksanakan diskusi responden terlebih dahulu diberikan pretest dengan mengisi kuesioner yang berisi 19 pertanyaan dan setelah diskusi kelompok selama  $\pm 60$  menit responden diberikan posttest dengan kuesioner dan jumlah pertanyaan yang sama.

#### D. Alur Penelitian



Skema 4.1 Alur Penelitian

## E. Variabel Penelitian

### 1. Identifikasi variabel

Variabel penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya ( Sugiyono, 2011)

- a. *Variabel independen*: disebut sebagai variabel *stimulus*, *prediktor*, *antecedent*. Dalam bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel bebas. Variabel bebas adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat). Dalam penelitian ini yang merupakan variabel independen adalah penyuluhan kesehatan tentang perawatan stroke di rumah dengan metode ceramah dan FGD.
- b. *Variabel dependen*: disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuen. Dalam bahasa Indonesia sering disebut variabel terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas. Dalam penelitian ini yang merupakan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah
- c. Variabel moderator: adalah variabel yang mempengaruhi (memperkuat dan memperlemah) hubungan antara variabel independen dengan dependen. Variabel disebut juga sebagai

variabel independen kedua. Dalam penelitian ini yang merupakan moderat adalah umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

## 2. Definisi operasional dan kriteria objektif

### a. Variabel dependen

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah pemahaman keluarga tentang stroke dan perawatannya di rumah. Skala pengukuran yang digunakan adalah skala Guttman, jawaban benar nilai 1, dan salah nilai 0. (Sugiyono, 2011).

Kriteria objektif:

- 1) Pengetahuan baik, 61-100%
- 2) Pengetahuan kurang, < 60 %

### b. Variabel independen

- 1) Penyuluhan kesehatan dalam penelitian ini adalah kegiatan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dalam merawat dan meningkatkan pemulihan anggota keluarga yang mengalami stroke.
- 2) Penyuluhan kesehatan metode ceramah dalam penelitian ini adalah cara memberikan penyuluhan dimana penyuluh menerangkan atau menjelaskan tentang stroke dan cara perawatannya dengan lisan menggunakan komunikasi satu arah.
- 3) Penyuluhan kesehatan metode FGD dalam penelitian ini adalah cara memberikan penyuluhan kesehatan dengan membentuk

diskusi kelompok 6-12 responden berkelompok dengan komunikasi dua arah.

#### **F. Instrumen Penelitian**

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner, terdiri dari dua bagian yaitu kuesioner data demografi dan kuesioner tentang konsep stroke dan perawatannya. Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab.

Kuesioner yang akan digunakan terlebih dahulu dilakukan diuji validitas dan reliabilitasnya, karena kuesioner ini baru dibuat oleh peneliti sehingga belum pernah digunakan dalam penelitian sebelumnya. Uji validitas dilakukan terhadap 15 orang dengan karakteristik yang sama tetapi responden yang berbeda dalam penelitian ini. Selanjutnya mengisi kuesioner yang berisi 20 pertanyaan, kemudian jawaban diinput ke SPSS statistik 17.0 windows dan dilakukan uji validitas, dengan mengacu pada  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel, ( $r$  tabel = 0,514). Untuk pertanyaan no. 4 nilai  $r$  hitung = 0,345 sehingga  $0,514 > 0,345$  disimpulkan bahwa pertanyaan no. 4 tidak valid, dan pertanyaan seluruhnya dalam kuesioner adalah 19 pertanyaan.

#### **G. Rancangan Pengumpulan Data**

Peneliti meminta Izin kepada Direktur RSUD Samboja Kutai Kartanegara untuk melakukan penelitian di RS tersebut. Responden pada penelitian ini adalah keluarga dari penderita stroke yang di rawat di RSUD Samboja. Responden yang sudah ditetapkan sebagai sampel sesuai dengan

kriteria inklusi dan menyatakan kesediaannya untuk berpartisipasi, responden diminta untuk mengisi surat persetujuan (*Informed Consent*) dan selanjutnya mengisi kuesioner pre post mengenai data demografi dan pengetahuan yang berhubungan dengan stroke dan perawatnya. responden didampingi peneliti dalam menjawab pertanyaan, bila terdapat pertanyaan yang kurang dimengerti oleh responden, diberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya.

## **H. Pengolahan dan Analisa data**

### 1. Pengolahan data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang langsung diperoleh dari responden dengan mengisi kuisisioner yang diberikan oleh peneliti. Setelah data terkumpul di lanjutkan pengolahan data secara manual, Sebelum data dianalisa terlebih dahulu diadakan :  
(Sugiyono, 2011)

#### *a. Editing*

Merupakan kegiatan melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner sebelum dikumpulkan dan memastikan jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Pada saat editing data yang dikumpulkan sudah lengkap dan jelas.

#### *b. Coding*

Mengklasifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item kuesioner.

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisa dengan program komputer.

d. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan data kembali yang sudah di *entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

2. Analisa data

Data yang telah diperoleh diolah dengan menggunakan komputer program SPSS 17.0 dan disajikan dalam bentuk tabel. Analisa data yang digunakan adalah analisa data univariat dan bivariat yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh yang signifikansi antara variable penyuluhan kesehatan dengan metode caramah dan FGD tentang perawatan stroke di rumah dengan pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah.

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 95 % artinya  $p \text{ value} < 0,05$  maka hasilnya bermakna yang berarti  $H_0$  ditolak atau ada pengaruh penyuluhan kesehatan tentang perawatan stroke di rumah terhadap tingkat pengetahuan keluarga. Tetapi bila  $p \text{ value} > 0,05$  maka hasilnya tidak bermakna yang berarti  $H_0$  diterima atau tidak ada pengaruh penyuluhan

kesehatan tentang perawatan stroke di rumah terhadap tingkat pengetahuan keluarga.

Analisis untuk uji beda sebelum dan sesudah penyuluhan pada penelitian ini, diuji dengan menggunakan uji *Wilcoxon* dan telah dilakukan transformasi data, karena data tidak berdistribusi normal. Analisis untuk uji beda kelompok yang diberikan ceramah dan FGD digunakan uji *Mann Whitney* setelah sebelumnya dilakukan transformasi data, karena data tidak berdistribusi normal.

## **I. Masalah Etika**

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek, tidak boleh bertentangan dengan etika. Tujuan penelitian harus etis dalam arti hak pasien harus dilindungi ( Nursalam, 2000 ) . Pada penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makasar dan permintaan izin ke Direktur RSUD ABADI Samboja. Setelah mendapat izin barulah peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika penelitian yang meliputi :

### **1. *Self Determination***

Prinsip *self determination* dijelaskan bahwa responden (pasien dan keluarga) diberi kebebasan oleh peneliti untuk menentukan keputusan sendiri apakah bersedia ikut dalam penelitian atau tidak tanpa paksaan (sukarela). Jika responden bersedia maka langkah selanjutnya peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta manfaat

penelitian, kemudian peneliti menanyakan kesediaan responden setelah setuju responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi subyek penelitian atau *informed consent* yang disediakan.

Pada penelitian ini semua keluarga pasien stroke sebagai responden menyetujui dilakukan penelitian terkait dengan pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD tentang perawatan stroke di rumah kemudian responden dijelaskan tentang penelitian tersebut oleh peneliti, setelah itu responden diminta membaca dan menandatangani lembar *informed consent*.

## 2. *Privacy* dan *Anonymity*

Prinsip etik *privacy* dan *anonymity* yaitu prinsip menjaga kerahasiaan informasi responden dengan tidak mencantumkan nama tetapi hanya menuliskan kode inisial dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Informasi yang dikumpulkan akan dijamin oleh peneliti kerahasiaannya dengan memusnahkan data ketika datanya sudah selesai diambil dan dianalisa.

## 3. *Beneficence*

*Beneficence* merupakan prinsip etik yang mementingkan keuntungan baik bagi peneliti maupun responden sendiri. Peneliti menjelaskan kepada responden tentang manfaat penelitian ini untuk mempersiapkan responden agar mampu melakukan perawatan stroke di rumah.

#### 4. *Maleficence*

Penelitian ini tidak menimbulkan bahaya bagi responden dan terbebas dari rasa tidak nyaman seperti kelelahan, dalam hal ini peneliti meyakinkan responden bahwa selama penelitian berlangsung responden yang merasa tidak nyaman sehingga menimbulkan masalah secara fisik maupun psikologis, responden dapat memutuskan untuk menghentikan partisipasinya menjadi responden. Selama proses penelitian berlangsung tidak ada responden yang memutuskan untuk menghentikan penelitian akibat tidak nyaman

#### 5. *Justice*

*Justice* merupakan prinsip etik yang memandang keadilan dengan memberikan keadilan bagi responden. Responden yang termasuk kelompok kontrol tetap diberikan intervensi penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan kelompok intervensi dengan metode ceramah dan FGD.

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Samboja Kutai Kartanegara pada tanggal 25 Juli sampai dengan 31 Agustus 2012. Peneliti dalam hal ini memberikan penyuluhan dengan dua metode yaitu metode Ceramah dan metode FGD. Adapun dalam metode Ceramah dilakukan sebanyak tiga kali oleh karena saat itu jumlah pasien stroke yang di rawat di RSUD Samboja tidak memungkinkan untuk memberikan penyuluhan dengan metode Ceramah sehingga keluarga pasien sebagai responden juga tidak mencukupi untuk diberikan penyuluhan dalam sekali waktu, dan untuk metode FGD dilakukan satu kali saja, akan tetapi pada saat hari pelaksanaan responden yang hadir tidak mencukupi oleh karena pada saat itu ada dua responden yang tidak dapat hadir tanpa alasan.

Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan teks yang didasarkan pada analisis statistik yang mencakup analisis univariat dan analisis bivariat.

##### **1. Analisis univariat**

Hasil analisis univariat menjelaskan tentang distribusi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status tinggal serumah. Adapun hasil analisis data sebagai berikut:

a. Karakteristik Responden

*Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan status tinggal serumah di RSUD Samboja Juli - Agustus 2012*

Karakteristik	Ceramah (n= 25)		FGD (n=23)	
	n	%	n	%
<b>Umur (tahun)</b>				
Rerata ± S.D (min-max)	41,52 ± 6,56 ( 28-49 )		37,96 ± 6,87 ( 25-47 )	
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	4	16,0	1	4.3
Perempuan	21	84,0	22	95.7
<b>Pendidikan</b>				
SD	13	52,0	6	26.1
SMP	7	28,0	9	39.1
SMA	5	20,0	7	30.4
PT	-		1	4.3
<b>Pekerjaan</b>				
IRT	10	40,0	15	65.2
Petani	5	20,0	3	13,0
Pedagang	3	12,0	-	-
Swasta	5	20,0	3	13,0
PNS	2	8,0	2	8.7
<b>Status tinggal serumah</b>				
Serumah	25	100,0	23	100,0

Tabel 5.1 memperlihatkan distribusi karakteristik responden pada metode Ceramah dan metode FGD. Berdasarkan data demografi pada metode Ceramah diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden adalah perempuan (84%) dan rerata umur dengan standar deviasi  $41,52 \pm 6,56$  dengan umur terendah 28 tahun dan tertinggi 49 tahun, lebih dari setengah pendidikannya SD (52%) dan hampir

setengah pekerjaannya adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) yaitu (40%), dan status tinggal serumah (100%).

Berdasarkan data demografi metode FGD sebagian besar responden adalah perempuan (95.7%) dan rerata umur dengan standar deviasi  $37,9 \pm 6,87$  dengan umur terendah 25 tahun dan tertinggi 47 tahun, hampir setengah pendidikannya SMP (39.1%) dan lebih dari setengah pekerjaannya adalah Ibu Rumah Tangga (IRT) yaitu (65.2%), dan status tinggal serumah (100%)

b. Distribusi frekuensi pengetahuan responden

*Tabel 5.2 distribusi frekuensi berdasarkan pengetahuan responden pada metode Ceramah dan metode FGD (n = 48)*

Metode Penyuluhan	Pengetahuan			
	Baik		Kurang	
	f	%	f	%
Ceramah				
Pre	5	20,0	20	80,0
Post	25	100,0	-	-
FGD				
Pre	10	43.5	13	56.5
Post	22	95.6	1	4.4

Tabel 5.2 menunjukkan pengukuran pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah. Lebih dari setengah responden Pada metode Ceramah pengetahuan sebelum diberikan penyuluhan yaitu sebagian besar kurang, yaitu 20(80%) responden dan memiliki pengetahuan baik 5(20%) responden dan setelah diberikan penyuluhan kesehatan dengan metode Ceramah hasilnya meningkat yaitu pengetahuan responden semua baik sebesar 25(100%) responden.

Pada metode FGD mempunyai pengetahuan kurang sebesar 13 responden (56.5%) dan memiliki pengetahuan baik 10 responden (43,5%) dan setelah diberikan penyuluhan kesehatan dengan metode FGD hasilnya meningkat yaitu pengetahuan responden yang baik sebesar 22 responden (95.6%) dan yang kurang sebesar 4.4%.

*Tabel 5.3*  
*Distribusi frekuensi variabel pengetahuan responden (n=48)*

No	Item	Ceramah								FGD							
		Pre				Post				Pre				Post			
		Benar		Salah		Benar		Salah		Benar		Salah		Benar		Salah	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
1	Pengertian stroke	21	84,0	4	16,0	25	100,0	0	0,0	18	<b>78,2</b>	5	21,8	23	100,0	0	100,0
2	Penyebab stroke	19	76,0	6	24,0	24	96,0	1	4,0	19	<b>82,6</b>	4	17,4	23	100,0	0	100,0
3	Jenis stroke	19	76,0	6	24,0	24	96,0	1	4,0	16	<b>69,5</b>	7	30,5	21	91,3	2	8,7
4	Gejala stroke	12	48,0	13	52,0	23	92,0	2	8,0	17	<b>73,9</b>	6	26,1	22	95,6	1	4,4
5	Komplikasi stroke	12	48,0	13	52,0	22	92,0	3	8,0	11	<b>47,8</b>	12	52,2	21	91,3	2	8,7
6	Kelumpuhan	8	32,0	17	68,0	19	76,0	6	24,0	4	<b>17,4</b>	19	82,6	19	82,6	4	17,4
7	posisi tidur	11	44,0	14	56,0	23	92,0	2	8,0	13	<b>56,5</b>	10	43,5	20	86,9	3	13,1
8	Lecet punggung	14	56,0	11	44,0	22	88,0	3	12,0	18	<b>78,2</b>	5	21,8	19	82,6	4	17,4
9	Ekstremitas atas	14	56,0	11	44,0	21	84,0	4	16,0	13	<b>56,5</b>	10	43,5	20	86,9	3	13,1
10	Gang. sensibilitas	11	44,0	14	56,0	16	64,0	9	36,0	12	<b>52,2</b>	11	47,8	20	86,9	3	13,1
11	Gang. keseimbangan	14	56,0	11	44,0	23	92,0	2	8,0	14	<b>60,8</b>	9	39,2	22	95,6	1	4,4
12	Gang. berbicara	13	52,0	12	48,0	21	84,0	4	16,0	10	<b>43,5</b>	13	56,5	20	86,9	3	13,1
13	Gang. menelan	10	40,0	15	60,0	24	96,0	1	4,0	14	<b>60,8</b>	9	39,2	22	95,6	1	4,4
14	Batuk saat makan	8	32,0	17	68,0	20	80,0	5	20,0	4	<b>17,4</b>	19	82,6	19	82,6	4	17,4
15	Gangguan BAK	14	56,0	11	56,0	23	92,0	2	8,0	16	<b>69,5</b>	7	69,5	18	78,2	5	21,8
16	Mengenakan pakaian	11	44,0	14	56,0	23	92,0	2	8,0	8	<b>34,7</b>	15	65,3	19	82,6	4	17,4
17	Gangguan daya ingat	15	6,0	10	40,0	23	92,0	2	8,0	14	<b>60,8</b>	9	39,2	20	86,9	3	13,1
18	Perubahan emosi	12	48,0	13	52,0	24	96,0	1	4,0	14	<b>60,8</b>	9	39,2	21	91,3	2	13,1
19	Diet sehat	19	76,0	6	76,0	25	100,0	0	0,0	17	<b>73,9</b>	6	26,1	23	100	0	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 pada metode Ceramah beberapa pertanyaan yang meningkat setelah penyuluhan yaitu pertanyaan no. 1 dan 19 tentang pengertian stroke dan diet sehat, yang sebelum penyuluhan salah 4 dan 6, setelah penyuluhan pengetahuan responden meningkat 100%. Pertanyaan yang tidak terlihat peningkatan secara signifikan yaitu no. 6 & 9 tentang kelumpuhan dan gangguan sensibilitas yang sebelum penyuluhan salah 17 dan 14, setelah penyuluhan tetap salah 6 dan 9.

Pada pre test penyuluhan FGD terdapat beberapa pertanyaan yang meningkat 100% yaitu no. 1, 2 dan 19 tentang pengertian stroke, penyebab stroke, dan diet sehat, pada post test terlihat semua jawaban benar. Pertanyaan yang meningkat tidak signifikan sama halnya dengan pada metode ceramah yaitu no. 6 & 14 tentang kelumpuhan dan batuk saat makan, yang sebelum penyuluhan pertanyaan salah 19 dan setelah penyuluhan masih terdapat 4 nomor yang salah.

## 2. Analisa Bivariat

### a. Analisa uji dua kelompok berpasangan

*Tabel 5.4 Hasil analisa uji wilcoxon pada pengukuran pre post pengetahuan metode Ceramah dan Metode FGD*

Metode Penyuluhan	Pengetahuan			p
	n	Median (min-maks)	Rerata±SD	
Pre Ceramah	25	52,6 (31,5-82,2)	54,05±14,46	0,000
Post Ceramah		89,4 (63,1-100,0)	89,65±10,04	
Pre FGD	23	52,6(31,5-84,2)	57,83±17,34	0,000
Post FGD		94,7(52,6-100,0)	89,67±13,99	

*p=probability dengan uji wilcoxon*

Tabel 5.4 menunjukkan hasil analisa uji wilcoxon pada pengukuran pre post pengetahuan metode Ceramah dan metode FGD. Analisa pertama yakni melakukan analisis data pre test, post test dan perubahan prepost antara metode Ceramah dan metode FGD. Pada metode Ceramah dan metode FGD mempunyai distribusi tidak normal, baik pre maupun post penyuluhan, nilai  $p = 0,000$  atau ( $p < 0,05$ ), Maka dilakukan proses transformasi data untuk menormalkan distribusi data, tetapi data yang ada tetap berdistribusi tidak normal maka selanjutnya uji hipotesis alternatif yaitu *uji wilcoxon*. Secara analitis pada penelitian ini data dapat dilihat pada nilai *Shapiro-wilk* oleh karena sampel yang ada yaitu 25 responden metode Ceramah dan metode FGD 23 responden.

Dari uji wilcoxon dapat dilihat bahwa hasil dari penyuluhan metode FGD lebih bervariasi dibandingkan metode ceramah, hasil ini terlihat dari tabel 5.4 dimana median (minimum-maksimum) sebelum penyuluhan metode ceramah 52,6(31,5-82,2) dan setelah penyuluhan 89,4(63,1-100,0) dan rerata standar deviasi sebelum penyuluhan 54,05±14,46 dan setelah penyuluhan 89,65±10,04. Dan hasil dari penyuluhan metode FGD median (minimum-maksimum) sebelum penyuluhan 52,6(31,5-84,2) dan setelah penyuluhan 94,7(52,6-100,0). rerata standar deviasi sebelum penyuluhan 57,83±17,34) dan setelah penyuluhan 89,67±13,99.

b. Analisa uji dua kelompok tidak berpasangan

Analisa nilai rerata pengetahuan diawal penelitian dilakukan dengan uji non parametrik. *Maan Whitney* karena setelah dilakukan transformasi data seluruh data tidak berdistribusi dengan normal.

Tabel 5.5 perbedaan rerata pengetahuan antara penyuluhan metode Ceramah dan FGD (n=48)

Pengetahuan	n	Median (min-max)	Rerata±SD	p
Pre Ceramah	25	52,6 (31,5-82,2)	54,05±14,46	0,625
Pre FGD	23	52,6(31,5-84,2)	57,83±17,34	
Post Ceramah	25	89,4 (63,1-100,0)	89,65±10,04	0,552
Post FGD	23	94,7(52,6-100,0)	89,67±13,99	

p= probability dengan uji Mann-Whitney

Berdasarkan uji parametrik *Mann-Whitney* sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan dengan metode Ceramah dan FGD diperoleh pre dan post dengan nilai  $p = 0,625$  dan  $p = 0,052$  Karena nilai  $p > 0,05$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara penyuluhan metode Ceramah dan penyuluhan metode FGD.

Berdasarkan hasil uji statistik *Mann Whitney* tidak terlihat perbedaan yang bermakna, tetapi jika dilakukan analisis dari metode ceramah dan FGD dimana pada post penyuluhan didapatkan hasil rerata metode caramah  $89,65\pm 10,04$  dan metode FGD  $89,67\pm 13,99$ , maka dapat ditarik kesimpulan bahwa metode FGD lebih baik dari pada metode Ceramah.

## **B. Pembahasan**

Penyuluhan kesehatan dalam perkembangannya dikenal menggunakan beberapa metode, yaitu dengan metode langsung dan metode tidak langsung. Penyuluhan kesehatan dengan metode langsung adalah komunikasi yang dilakukan tanpa melalui perantara, dimana penyuluh berbicara langsung kepada seseorang atau sekelompok orang, melalui tanya jawab perorangan, ceramah kelompok dan konseling. Penyuluhan tidak langsung adalah penyuluhan yang dilakukan melalui alat bantu atau media perantara seperti radio, video, flipchart, poster, booklet, leaflet dan pameran (Pasaribu, ER., 2005).

Pada penelitian ini intervensi penyuluhan yang diberikan adalah menggunakan metode ceramah dan *focus group discussion*. Alasan pemilihan metode ini, ceramah merupakan metode yang paling lama atau disebut juga metode pembelajaran paling tua dan sudah sering digunakan dalam bidang pendidikan dasar sampai tingkat perguruan tinggi. Metode ceramah adalah cara mengajar melalui penyajian fakta dan ide secara lisan, baik dengan atau tanpa media. Metode ceramah di dalam pelaksanaannya memerlukan beberapa faktor penting, yaitu ruangan yang bisa ditempati sekelompok orang dan sebaiknya dilakukan dalam waktu yang tidak terlalu lama, cukup 30 menit. 10 menit pertama untuk memberi penjelasan singkat tetapi jelas, 20 menit berikutnya untuk tanya jawab. Ceramah jangan diberikan pada anak yang dalam keadaan lemah atau sakit. Penelitian tentang efektifitas metode ceramah tanya jawab pernah

dilakukan sebelumnya, untuk melihat pengaruhnya terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap ibu tentang pencegahan dini penyalahgunaan narkoba pada anak remaja sekolah menengah pertama (Pasaribu, ER., 2005).

Metode *focus group discussion* merupakan metode yang mengeksplorasi pikiran dan perasaan seseorang dalam membahas suatu topik tertentu. Karakteristik dari FGD adalah antara lain: peserta terdiri dari 6-12 orang, bersifat homogen artinya peserta dikelompokkan berdasarkan kesamaan jenis kelamin, usia, latar belakang sosial ekonomi (pendidikan, suku, status perkawinan dan sebagainya). FGD menggunakan diskusi terfokus, membutuhkan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan terbuka, dan memerlukan fasilitator, moderator, notulen dan observer (Irwanto, 2006).

Penelitian yang dilakukan pada kelompok metode ceramah dan FGD, dimana seluruh responden berjumlah 48 orang, jumlah ini tidak memenuhi jumlah perhitungan sampel yaitu sebesar 50 sampel. Oleh karena pada penyuluhan dengan metode FGD ada 2 orang yang tidak hadir tanpa pembatalan kontak waktu. Seluruh responden dalam penelitian ini diperoleh dari RSUD Samboja yang menjadi tempat dilakukannya penelitian ini.

Adapun bentuk penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dikelompokkan menjadi dua, yaitu kelompok besar (*large group*) yang lebih dari 15 orang dan kelompok kecil (*small group*) yang kurang dari 15

orang (Notoatmodjo, 2005). Penyuluhan yang dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah metode ceramah kelompok kecil karena terbagi menjadi tiga kelompok yaitu; kelompok pertama terdapat 5 responden, kemudian kelompok dua terdapat 9 responden, dan kelompok tiga terdapat 11 responden.

### **1. Perbedaan sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah.**

Dengan merujuk pada hasil analisis univariat dan bivariat di atas dapat dilihat bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada kelompok metode ceramah setelah penyuluhan kesehatan. Dari hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.2 didapatkan bahwa sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan tentang perawatan stroke terdapat 20 (80%) responden memiliki pengetahuan kurang dan 5 (20%) responden memiliki pengetahuan baik dan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan terdapat 25 (100%) responden yang memiliki pengetahuan baik.

Berdasarkan tabel 5.3 metode Ceramah beberapa pertanyaan yang meningkat setelah penyuluhan yaitu pertanyaan no. 1 dan 19 tentang pengertian stroke dan diet sehat, yang sebelum penyuluhan salah 4 dan 6, setelah penyuluhan pengetahuan responden meningkat 100%. Pertanyaan yang tidak terlihat peningkatan secara signifikan yaitu no. 6 & 9 tentang kelumpuhan dan gangguan sensibilitas yang

sebelum penyuluhan salah 17 dan 14, setelah penyuluhan tetap salah 6 dan 9.

Hasil ini menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan pengetahuan dari kurang menjadi baik seperti yang diharapkan dari penyuluhan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

Nilai rata-rata pengetahuan dalam penelitian pada metode ceramah sebelum penyuluhan adalah  $54,05 \pm 14,46$  nilai ini berbeda dengan nilai rata-rata pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan yaitu menjadi  $89,65 \pm 10,04$  ( $p < 0,01$ ) sehingga tampak adanya perubahan pengetahuan yang kurang menjadi pengetahuan yang lebih baik, hal ini sesuai dengan teori pendidikan dan perilaku kesehatan yang menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan '*behavioral investment*' jangka panjang. Hasil *investment* pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian, sedangkan dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan saja. (Notoatmodjo S., 2003).

Terjadinya peningkatan pengetahuan sesudah dilakukan penyuluhan kesehatan dalam penelitian ini, sesuai dengan penelitian di oleh Nur, M. (2007) bahwa adanya pengaruh yang bermakna dari penyuluhan kesehatan terhadap peningkatan tingkat pengetahuan keluarga penderita TB di wilayah Puskesmas Tamalanrea, hal ini pula

dapat terlihat pada rata-rata peningkatan dari  $X=17,53$  (pre) menjadi 18,40 (post).

Teori mengatakan bahwa metode ceramah adalah metode didaktif yaitu metode yang menggunakan komunikasi satu arah (*one-way-communication*). Oleh sebab itu, metode ini tidak memungkinkan terjadinya pertukaran pendapat dan atau mengajukan pertanyaan kepada komunikator.

Teori ini bertentangan dengan Penelitian Gayatri Dj., & Soga (2009) bahwa membentuk penyuluhan dalam kelompok kecil dengan memakai leaflet lebih mudah dipahami serta dapat mendorong masyarakat untuk lebih cepat bertindak, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terjadi peningkatan rerata pengetahuan, sikap, dan perilaku responden dalam pencegahan penyakit DBD pada kelompok perlakuan ( $p < 0,05$ ).

Hasil ini relevan dengan hasil penelitian dengan metode Ceramah yang di buktikan dengan  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) yang artinya terdapat perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah. Terlihat saat peneliti sedang menyampaikan materi, semua responden nampak serius menyimak materi yang disampaikan dan saat sesi pertanyaan responden juga aktif untuk mengajukan pertanyaan.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa penyuluhan kesehatan merupakan suatu proses perubahan perilaku yang dinamis dengan

tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia yang meliputi komponen pengetahuan, sikap, ataupun praktik yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat baik secara individu, kelompok maupun masyarakat, serta merupakan komponen dari program kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Teori ini di dukung oleh penelitian Nurhayati, I. (2010) bahwa penyuluhan kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa. Hasil observasi selama penelitian diatas di dukung oleh pendapat (Notoatmodjo, 2007) yaitu penyuluhan kesehatan sangat berpengaruh terhadap tujuan pengetahuan seseorang karena di mana kegiatan penyuluhan yang di lakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak hanya sadar, tahu dan mengerti, tetapi mau dan bisa melaksanakan suatu anjuran yng ada hubungannya dengan kesehatan.

Hal ini sejalan dengan tujuan dilakukan pendidikan kesehatan yakni peningkatan pengetahuan masyarakat di bidang kesehatan, tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat sebagai sasaran utama pendidikan kesehatan dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sesuai dengan konsep hidup sehat sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian (Notoatmodjo, 2007).

## **2. Perbedaan sebelum dan sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode *focus group discussion* (FGD).**

Hasil analisis univariat dan bivariat pada penyuluhan dengan metode FGD dapat di lihat bahwa terdapat peningkatan pengetahuan pada kedua kelompok setelah penyuluhan kesehatan. Dari hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.2 didapatkan bahwa sebelum dilakukan penyuluhan kesehatan tentang perawatan stroke terdapat 13 (56,5%) responden yang memiliki pengetahuan kurang dan 10 (43,5%) responden yang memiliki pengetahuan baik dan setelah di lakukan penyuluhan kesehatan dengan metode FGD atau yang disebut juga diskusi kelompok maka terdapat 1 (4,4%) responden yang masih tetap memiliki pengetahuan kurang dan terdapat 22 (95,6%) responden yang memiliki pengetahuan baik.

Nilai rata-rata pengetahuan dalam penelitian pada metode FGD sebelum penyuluhan adalah  $54,05 \pm 14,46$  nilai ini berbeda dengan nilai rata-rata pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan yaitu menjadi  $89,65 \pm 10,04$  ( $p < 0,01$ ), sehingga dapat disimpulkan bahwa penyuluhan dengan metode FGD dapat pengetahuan yang kurang menjadi pengetahuan yang lebih baik.

Berdasarkan tabel 5.3 penyuluhan metode FGD terdapat beberapa pertanyaan yang meningkat 100% yaitu no. 1, 2 dan 19 tentang pengertian stroke, penyebab stroke, dan diet sehat, pada post

test terlihat semua jawaban benar. Pertanyaan yang meningkat tidak signifikan sama halnya dengan pada metode ceramah yaitu no. 6 & 14 tentang kelumpuhan dan batuk saat makan, yang sebelum penyuluhan pertanyaan salah 19 dan setelah penyuluhan masih terdapat 4 nomor yang salah.

pada tabel 5.2 pada post test terlihat bahwa tingkat pengetahuan responden meningkat mencapai 95,6% karena ada satu responden yang memiliki pengetahuan kurang (4,4%). Hal ini menurut peneliti disebabkan oleh karena responden pendidikan responden kurang aktif saat diskusi berlangsung sehingga responden kurang memahami tentang materi. Keaktifan dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan sebab pendidikan merupakan penuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya dan dipergunakan untuk meningkatkan kualitas hidup, pendidikan kesehatan banyak dipengaruhi oleh pendidikan formal.

Hasil ini menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan pengetahuan dari kurang menjadi baik seperti yang diharapkan dari penyuluhan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke sesudah penyuluhan kesehatan dengan metode FGD. Hal ini sesuai dengan teori bahwa subjek belajar yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan adalah kesiapan fisik dan psikologis (motivasi dan minat), latar belakang pendidikan, sosial budaya (Suliha, 2001).

Metode ini juga disebut sebagai metode partisipatif yang memiliki banyak keuntungan, antara lain: aspek yang di diskusikan oleh peserta bisa berkembang bahkan melebihi aspek-aspek yang dikemukakan oleh penyuluh, peserta adalah pengamat yang lebih baik dari pada penyuluh, hal ini terjadi karena peserta adalah orang yang merasakan langsung masalah-masalah yang mereka hadapi, dalam diskusi kelompok ada hubungan yang kuat antara pengetahuan dengan praktek sehari-hari, yang biasanya tidak terdapat dalam metode lain seperti ceramah dan media massa, bahasa yang digunakan dalam diskusi lebih akrab bagi peserta, sehingga memungkinkan peserta tidak malu untuk berbicara.

Teori ini relevan dengan penelitian Ratniana & Septi (2005) penelitian dengan metode FGD menunjukkan hasil yang bermakna dengan  $p < 0,001$ , bahwa dengan metode *focus group discussion* sebagai metode pengumpulan data primer menunjukkan adanya sikap positif dari penderita dalam menjalani pengobatan serta dukungan keluarga dan tokoh masyarakat.

### **3. Perbedaan pengetahuan antara penyuluhan metode ceramah dengan penyuluhan metode FGD**

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan FGD selanjutnya dilakukan uji statistik *Maan Whitney*, terlihat bahwa kedua metode penyuluhan tersebut tidak bermakna secara statistik  $p = 0,552$  ( $p > 0,05$ ). Tetapi dari hasil analisis peneliti

berdasarkan tabel 5.5 nilai rata-rata pengetahuan setelah penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah  $89,65 \pm 10,04$ , sedangkan nilai rata-rata pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan kesehatan dengan metode FGD  $89,67 \pm 13,99$  maka dapat dilihat bahwa ada sedikit perbedaan dimana nilai rerata pada metode FGD lebih tinggi dibandingkan nilai rerata pada metode ceramah

Dapat dilihat bahwa hasil dari penyuluhan metode FGD lebih bervariasi dibandingkan metode ceramah, hasil ini terlihat dari tabel 5.4 dimana nilai median (min-mak) setelah penyuluhan pada metode ceramah 89,4 (63,1-100,0) dan median (min-mak) pada metode FGD 94,7(52,6-100,0). Sehingga dapat disimpulkan bahwa meskipun keduanya baik dalam meningkatkan pengetahuan ternyata berdasarkan analisis metode diskusi kelompok lebih efektif.

Hasil ini sesuai dengan teori bahwa penyuluhan metode *focus group discussion* (FGD) atau disebut juga diskusi kelompok merupakan metode yang menggunakan komunikasi dua arah (*two-way-communication*). Sehingga dalam metode ini memungkinkan terjadinya tukar pendapat dan terdapat interaksi di dalamnya sehingga memungkinkan terjadinya proses tanya jawab dan komunikasi yang terjalin pun akan menjadi lebih interaktif.

Teori ini relevan dengan hasil penelitian Rizki, AN., (2010) bahwa ada perbedaan pengaruh antara metode FGD dengan Metode

stimulation game (SIG) terhadap peningkatan pengetahuan siswa kelas XI tentang Kesehatan Reproduksi Remaja, ( $p= 0,001$ ).

Tingkat pendidikan yang terbanyak pada ceramah dan FGD adalah SD 13 responden (52%) dan SMP 9 (39,1%) tetapi responden antusias menyimak informasi yang diberikan, walaupun responden yang lain dengan tingkat pendidikan tersebut tetapi mengikuti kegiatan sampai selesai dan mereka telah memiliki pengalaman merawat keluarga mereka yang menderita stroke sehingga mereka telah mamahami cara merawat anggota keluarga yang menderita stroke berdasarkan pengalaman yang dimilikinya. Pengalaman merupakan suatu sumber pengetahuan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh baik itu pengalaman dari diri sendiri / orang lain untuk memecahkan masalah yang dihadapi (Junaeda, (2009) dalam Setijono, 2008)

Tingkat pendidikan tertinggi pada metode ceramah dan FGD adalah SMA 5 (20%) responden dan PT 1 (4,3) responden dimana dengan tingkat pendidikan responden itu kemampuan menerima informasi (proses belajar) sangat baik. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sifat berperan serta dalam pembangunan. Pada

umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi. Nursalam (2003) dalam Notoatmodjo, S. (2007).

Mengingat responden yang terbanyak adalah pekerjaan sebagai ibu rumah tangga agar responden dapat memahami dan mengerti penyuluhan tentang perawatan stroke, peneliti menyiapkan media cetak, media pendidikan atau penyuluhan kesehatan.

Umur responden pada metode ceramah 46-65 tahun (56%) dan pada metode FGD 31-45 tahun (65,2%), walaupun usia mereka sudah matang namun keinginan untuk belajar masih tinggi. Hal ini sesuai dengan teori bahwa Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang semakin matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan dipercaya daripada orang yang belum cukup kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua seseorang maka makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Saifuddin & Azwar, S. 2009).

Menurut notaatmodjo (2003), media pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan (AVA), salah satu medianya adalah leaflet yang merupakan bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Dengan demikian harapan peneliti, responden dengan status ibu rumah tangga, tetap dapat membaca informasi penyuluhan yang ada di leaflet.

Asumsi peneliti bahwa baik penyuluhan dengan metode ceramah atau pun metode fokus group discussion, keduanya memberikan peningkatan pengetahuan apabila responden memiliki semangat belajar dan di dukung oleh pengalaman-pengalaman dalam merawat keluarga mereka. Keluarga adalah *support system* terdekat dan 24 jam bersama-sama dengan klien. Keluarga yang mendukung klien secara konsisten akan membuat klien mandiri dan patuh mengikuti program pengobatan. Salah satu tugas perawat adalah melatih keluarga agar mampu merawat klien di rumah. Perawat perlu memberikan penyuluhan kesehatan kepada keluarga (Yosep, 2010).

### **C. Keterbatasan Penelitian**

1. Pelaksanaan penyuluhan metode focus group discussion, ada beberapa responden yang sulit di kontrol dalam mengemukakan pendapatnya artinya responden tersebut mendominasi pembicaraan sehingga responden yang lain tidak mendapat kesempatan yang sama.
2. Sampel dalam pelaksanaan penyuluhan metode focus group discussion tidak mencukupi karena ada dua responden yang tidak hadir tanpa adanya pembatalan kontrak waktu.



## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode Ceramah dan FGD terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah maka dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ada pengaruh yang bermakna dari penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dengan metode Ceramah.
2. Ada pengaruh yang bermakna dari penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga dengan metode FGD.
3. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara metode Ceramah dan metode FGD dalam memberikan penyuluhan kesehatan.

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan penelitian untuk lebih mengoptimalkan pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di rumah, maka di rumuskan beberapa saran-saran kepada beberapa pihak yang berkepentingan seperti :

1. Institusi Rumah sakit

Bagi institusi Rumah Sakit untuk dapat membuat prosedur tetap tentang pemberian penyuluhan kesehatan khususnya tentang perawatan perawatan stroke di rumah pasca di rawat di RS

2. Keluarga pasien yang mengalami stroke

Bagi keluarga pasien untuk dapat memotivasi pasien menerapkan pengetahuan tentang perawatan stroke di rumah agar proses penyembuhan lebih optimal dan mencegah kecacatan lebih lanjut

3. Profesi keperawatan

Bagi profesi keperawatan agar dapat meningkatkan kemampuan perawat karena perawat akan berperan bukan hanya sebagai pemberi asuhan tetapi, diperlukan perawat yang lebih berkompeten dalam memberikan penyuluhan kesehatan baik di tingkat pelayanan individu, keluarga maupun masyarakat.

4. Keilmuan

Perawat harus selalu mengembangkan kemampuan dan keterampilan dalam memberikan Intervensi keperawatan secara mandiri, termasuk pemberian penyuluhan kesehatan dapat dilakukan dan dapat dikembangkan guna memperoleh peningkatan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif dan meningkatkan kemampuan dalam menganalisa pengaruh pemberian pendidikan atau penyuluhan kesehatan

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, HR., & Priambodo, AP., (2009). *Kajian Kebutuhan Perawatan di Rumah Bagi Klien dengan Stroke di RSUD Cianjur*, diakses pada tanggal 28 Mei 2012, <<http://repository.ums.ac.id/handle/2011/15894>>.
- Andarmoyo, S., (2012). *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses Dan Praktik Keperawatan*. Penerbit Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Azwar & Saifuddin (2009). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Penerbit pustaka pelajar: Yogyakarta.
- Dewi, S., & Apridawati, (2012). *Hubungan Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Stroke dengan Tingkat Depresi pada Penderita Pasca Stroke yang Berkunjung kePoliklinik Saraf RSUD Dr. Moewardi*, diakses pada tanggal 10 Juni 2012, <<http://repository.ums.ac.id/handle/2011/15894>>.
- Feigin, V., (2004). *Panduan Bergambar Tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke*. Jakarta.
- Gayatri Dj., & Soga, (2009). *Metode Penyuluhan Kelompok Kecil dengan Media Leaflet Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Masyarakat dalam Upaya Pencegahan DBD Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo*, diakses tanggal pada tanggal 02 Juni 2012, <<http://www.fkm.undip.ac.id>>
- Goldsmidt, A.,J., & Caplan, R., L., (2011). *Stroke Essentials*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Irwanto. (2006). *Focused group discussion*. Yayasan obor Indonesia: Jakarta.
- Krueger, RA., (1988). *Fokus kelompok: Sebuah Panduan Praktis Untuk Penelitian Terapan*. Newbury Park, California, Amerika Serikat: Sage Publications, Inc.
- Lenni F., & Saragi, (2010). *Gambaran Perilaku Keluarga Terhadap Penderita Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi di RS St. Elisabeth Medan*, diakses pada tanggal 10 juni 2012, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/20042>>.
- Machfoedz, I., & Suryani, E., (2009). *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Penerbit Fitramaya: Yogyakarta.
- Mulyatsih, E., & Ahmad, A., ( 2010). *Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah. Edisi Ke-2*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

- Notoatmodjo S. (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Dalam : Ilmu Kesehatan Masyarakat. Prinsip-Prinsip Dasar*. Edisi ke-2. Jakarta; Rineka Cipta. 2003. 95-145.
- Notoatmodjo, S., ( 2007 ). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Penerbit PT Rineka Cipta: Jakarta.
- Notoatmodjo, S., (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta: Jakarta.
- Nurhayati, I., (2010). *Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Pampang*. Skripsi diterbitkan di Makassar : Program studi imu keperawatan.
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*: salemba medika: Jakarta.
- Palungan, R., (2009). *Pengaruh Metode Penyuluhan Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Dokter Kecil dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah di Kecamatan Helvetia Tahun 2007*, diakses tanggal pada tanggal 10 Juni 2012, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/6813>>.
- Pasaribu, ER., (2005) Tesis. *Perbandingan Penyuluhan Kesehatan Metode Ceramah Tanya Jawab dengan Penyuluhan Kesehatan Menggunakan Buku Kecacingan Dalam Mencegah Reinfeksi Ascaris lumbricoides Pada Anak Sekolah Dasar*. Proqram Pasca Sarjana Universitas diponegoro, Semarang.
- Ralph L. et al., (2012). *AHA/ASA Presidential Advisor* , diakses tanggal pada tanggal 25 Mei 2012, <<http://stroke.ahajournals.org> >.
- Rasyid AL., & Soertidewi, L., (2007). *Unit Stroke Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.
- Ratniana & Septi, (2005). *Studi Kualitatif Proses Penyuluhan pada Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Puskesmas Lebaksiu Kabupaten Tegal 2005*. Undergraduate Thesis, Faculty Of Public Health, diakses tanggal pada tanggal 20 Juni 2012, <<http://www.fkm.undip.ac.id>>
- Saragi, Lenni F., (2012). *Gambaran Perilaku Keluarga Terhadap Penderita Pasca Stroke dalam Upaya Rehabilitasi di RS St. Elisabeth Medan*, diakses tanggal 20 Juni 2012, <<http://repository.usu.ac.id/handle>>.

- Sastroasmoro, S., & Ismael, S., (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi Ke-4*. Penerbit Sagung seto: Jakarta.
- Shine UI, *Study and Research Of Islamic Economics and Business University Of Indonesia*, diakses pada tanggal 24 Juni 2012. <<http://www.etr.org/FFN/FGcourse/focusGroupCourse.html> >.
- Smeltzer & Suzane, C., (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah* Brunner & Suddarth. Edisi 8. EGC: Jakarta.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif R & D*. Penerbit Alfabeta: bandung.
- Susilo, R., (2011). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Penerbit Nuha Medika: Yogyakarta.
- Wawan, A., & Dewi, M. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Penerbit Nuha medika: Yogyakarta.
- Widayati, N., (2010). Skripsi. *Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Sebagai Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga Pasca Stroke di Kota Semarang*.
- Yosep, I., (2010). *Faktor Penyebab Proses Terjadinya Gangguan Jiwa*, [content/uploads/publikasi\\_dosen/proses%20terjadinya%20gg%jiwa.pdf](http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/proses%20terjadinya%20gg%jiwa.pdf), diakses pada tanggal 5 februari 2013. <[http://resources.unpad.ac.id/unpad-](http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/proses%20terjadinya%20gg%jiwa.pdf)>

## Lampiran 1

### PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN

Assalamu alaikum War. Wab/ selamat pagi Bapak/Ibu, saya Cornelia Pabutungan adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, saat ini sedang melakukan penelitian dalam rangka menyelesaikan pendidikan, dengan tujuan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan *focus group discussion* (FGD) terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara.

Saya mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi, Penelitian ini tidak memberikan dampak yang membahayakan bagi Bapak/Ibu. Keikutsertaan bapak/ibu sebagai responden penelitian ini adalah tanpa paksaan dari siapapun, dan dapat mengundurkan diri disaat penelitian, dan bapak/ibu akan tetap mendapatkan perlakuan yang sama seperti keluarga pasien yang lain. Kesediaan bapak/ibu dalam penelitian ini akan membantu saya dalam menyelesaikan tugas penelitian saya.

Apabila Bapak/Ibu bersedia maka saya akan memberikan formulir *informed consent* untuk ditandatangani, dan selanjutnya kuesioner untuk dijawab yang meliputi kuesioner data demografi dan kuesioner pengetahuan tentang perawatan stroke.

Hasil penelitian ini tidak akan dipublikasikan, dan hanya akan ditulis di log book penelitian serta ditampilkan saat presentasi hasil didepan forum ilmiah di

PSIK UNHAS dengan merahasiakan identitas lengkap pasien. Akhir kata saya berharap Bapak/Ibu dapat membantu saya untuk berpartisipasi sebagai responden pada penelitian ini.

Makassar, Juli 2012

Peneliti

**Lampiran 2**

**FORMULIR INFORMED CONSENT  
(KESEDIAAN MENGIKUTI PENELITIAN)**

Dengan ini saya,

Nama :

Jenis Kelamin :

Umur :

Alamat :

Menyatakan mengerti penjelasan yang telah diberikan dan bersedia mengikuti kegiatan Penelitian/Survei berjudul:

“pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan *focus group discussion* (FGD) terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara”

Dengan ketentuan apabila ada hal-hal yang tidak berkenan pada saya, maka saya berhak mengajukan pengunduran diri dari kegiatan Penelitian/Survei ini.

Samboja, \_\_\_\_\_

Peneliti,

Responden,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saksi-saksi,

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Lampiran 3

#### SATUAN ACARA PENYULUHAN PERAWATAN STROKE DI RUMAH

Topik	Perawatan stroke di rumah
Sub topik	Stroke, perawatan stroke di rumah, prinsip merawat stroke dan tips mencegah stroke berulang.
Sasaran	Keluarga pasien stroke yang di rawat di RSUD Samboja
Tempat	Aula RSUD Samboja
Hari / Tanggal	Juli 2012
Waktu	30 menit
Penyuluh	Cornelia Pabutungan

#### A. TUJUAN PEMBELAJARAN UMUM

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 30 menit keluarga mampu memahami tentang perawatan stroke di rumah.

#### B. TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan mengenai perawatan stroke keluarga mampu :

1. Menjelaskan Sekilas tentang stroke (pengertian, penyebab, klasifikasi, faktor resiko, tanda dan gejala, komplikasi)

2. Menjelaskan Perawatan pasien pasca stroke di rumah
3. Menjelaskan Prinsip merawat pasien stroke di rumah
4. Menjelaskan Tips mencegah serangan stroke berulang

#### C. MATERI PEMBELAJARAN

1. Sekilas tentang stroke (pengertian, penyebab, klasifikasi, faktor resiko, tanda dan gejala, komplikasi)
2. Perawatan pasien pasca stroke di rumah
3. Prinsip merawat pasien stroke di rumah
4. Tips mencegah serangan stroke berulang

#### D. METODA

Ceramah dan tanya jawab

#### E. MEDIA DAN ALAT PERAGA

1. Leaflet
2. Flipchart

#### F. KEGIATAN PENYULUHAN

1. Pra interaksi

Melakukan self evaluasi terhadap kesiapan dan kemampuan diri yang dimiliki oleh pemberi penyuluhan kesehatan.

2. Orientasi ( waktu 5 menit )

Tahap awal interaksi dengan klien

- a. Memberi salam
- b. Perkenalan

- c. Menjelaskan TIU dan TIK
  - d. Menjelaskan kontrak waktu
3. Kerja ( waktu 15 menit )
- Menyampaikan isi pokok dari materi pembelajaran.
4. Terminasi ( waktu 10 menit )
- a. Menyimpulkan isi pokok materi penyuluh telah disampaikan
  - b. Evaluasi terhadap peserta penyuluh tentang pokok materi penyuluh yang telah dijelaskan
  - c. Memberikan tugas kepada peserta penyuluh dalam melakukan saran-saran yang harus diperhatikan
  - d. Terminasi : sementara atau terminasi akhir pertemuan
5. Evaluasi
- Jenis post test dalam bentuk pertanyaan tertulis (kuesioner) meliputi pertanyaan pertanyaan pengetahuan.

## Lampiran 4

### *SOP Focus Group Discussion*

Topik	Perawatan stroke di rumah
Sub topik	Stroke, perawatan stroke di rumah, prinsip merawat stroke dan tips mencegah stroke berulang.
Sasaran	Keluarga pasien stroke yang di rawat di RSUD Samboja
Tempat	Aula RSUD Samboja
Hari / Tanggal	Agustus 2012
Waktu	60 menit
Fasilitator	Cornelia Pabutungan

#### A. TUJUAN UMUM DISKUSI

Setelah mengikuti diskusi kelompok selama 60 menit keluarga mampu memahami tentang perawatan stroke di rumah.

#### B. TUJUAN KHUSUS DISKUSI

Setelah mengikuti diskusi kelompok mengenai perawatan stroke keluarga

mampu :

1. Menjelaskan Sekilas tentang stroke (pengertian, penyebab, klasifikasi, faktor resiko, tanda dan gejala, komplikasi)

2. Menjelaskan Perawatan pasien pasca stroke di rumah
3. Menjelaskan Prinsip merawat pasien stroke di rumah
4. Menjelaskan Tips mencegah serangan stroke berulang

#### C. MATERI DISKUSI

1. Sekilas tentang stroke (pengertian, penyebab, klasifikasi, faktor resiko, tanda dan gejala, komplikasi)
2. Perawatan pasien pasca stroke di rumah
3. Prinsip merawat pasien stroke di rumah
4. Tips mencegah serangan stroke berulang

#### D. METODE

*Focus Group Discussion* atau disebut Diskusi Kelompok

#### E. MEDIA

Leaflet

#### F. PROSES FGD (DISKUSI KELOMPOK)

1. Sebelum FGD
  - a. Penanggung Jawab FGD adalah fasilitator akan di bantu oleh moderator dan asisten untuk mempersiapkan FGD meliputi: menyiapkan konsumsi, dokumentasi dan menyiapkan hal-hal lain yang berhubungan dengan FGD.
  - b. Peserta FGD diharapkan datang tepat waktu
  - c. Peserta FGD dikelompokkan antara 6-12 orang/kelompok dan duduk dengan membentuk lingkaran

d. Responden mengisi kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertulis tentang pengetahuan keluarga tentang stroke dan perawatannya sebelum diskusi dimulai.

## 2. Saat FGD

a. FGD dimulai dengan pembukaan baca doa

b. Fasilitator sebagai notulen yang mencatat jalannya diskusi (Tanya jawab)

c. Peserta FGD di beri materi berupa leaflet untuk didiskusikan sesuai dengan subtema yang telah diberikan

d. Diskusi antar peserta selama 20 menit, dimulai dengan pemaparan pendapat sesuai subtema dari tiap-tiap orang dalam kelompok

e. Tanya jawab antara peserta selama 40 menit termasuk arahan oleh fasilitator .

f. Peserta FGD diharapkan aktif berpartisipasi dalam mengikuti diskusi.

g. Diskusi diakhiri dengan penarikan kesimpulan oleh fasilitator

h. FGD diakhiri dengan penutupan dan doa.

## 3. Evaluasi

Jenis post test dalam bentuk pertanyaan tertulis (kusioner) meliputi pertanyaan-pertanyaan pengetahuan.

## Lampiran 5

### MATERI PENYULUHAN TENTANG PERAWATAN STROKE

#### A. Sekilas tentang stroke

##### 1. Pengertian stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak secara fokal atau global yang dapat menimbulkan kematian dan kelainan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskuler dengan gejala yang paling sering di temukan adalah lumpuh separoh badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran.

##### 2. Penyebab stroke

- a. Bekuan darah di dalam pembuluh darah otak atau leher
- b. Bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh lain
- c. Penurunan aliran darah ke area otak
- d. Pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak

##### 3. Secara garis besar terdapat dua macam jenis stroke, yaitu:

###### a. Stroke Penyumbatan

Adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju otak

###### b. Stroke hemoragik (perdarahan)

Sekitar 70% stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah ke otak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi

4. Faktor resiko dari stroke yaitu:
  - a. Hipertensi (tekanan darah tinggi)
  - b. Diabetes (penyakit gula)
  - c. Jenis kelamin dan penuaan
  - d. Obesitas
  - e. Penyakit jantung
  - f. Merokok
  - g. Kolesterol tinggi
  
5. Tanda dan gejala dari penyakit stroke yaitu:
  - a. Hilangnya kekuatan/ timbulnya gerakan canggung di salah satu bagian tubuh terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan dan tungkai.
  - b. Rasa baal (hilangnya sensasi)
  - c. Hilangnya penglihatan total/ parsial di salah satu sisi
  - d. Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami bahasa
  - e. Hilangnya keseimbangan, seperti berdiri
  - f. Serangan sementara jenis lain, seperti vertigo, pusing, kesulitan menelan, kebingungan akut atau gangguan daya ingat
  - g. Nyeri kepala yang terlalu parah, muncul mendadak atau memiliki karakter tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.
  - h. Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang.

6. Berbagai komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien pasca stroke antara lain:

a. Ulkus decubitus

b. Kontraktur atau nyeri bahu

Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.

c. Osteopenia dan osteoporosis

Disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.

d. Depresi dan efek psikologis lain

e. Inkontinensia alvi dan konstipasi

f. Komplikasi musculoskeletal

Nyeri bahu umumnya di sisi yang lemah, bengkak dan tungkai dingin, lebih sering pada kaki jatuh dan fraktur.

## **B. Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah**

Berikut ini berbagai masalah yang mungkin dialami pasien pasca stroke dan cara keluarga mengatasinya.

### **1. Kelumpuhan / Kelemahan**

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan. Apabila sewaktu pulang kerumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah. Posisi

tangan dan kaki yang lemah sebaiknya di ganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan menjadi terjadinya bengkak *edema* pada tangan dan kaki. Keluarga dapat mencegah kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang di lakukan di rumah sakit. Sebaiknya di lakukan minimal dua kali sehari. Juga dapat membantu pasien berlatih berjalan dengan cara berdiri di sisi yang lemah atau di belakang pasien.

## 2. Mengaktifkan tangan yang lemah

Pada pasien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas, beri dukungan kepada pasien untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah dibawah pengawasan pengasuh. Dengan mengaktifkan tangan yang lemah akan memberikan stimulasi kepada sel-sel otak untuk berlatih kembali aktifitas yang dipelajari sebelum sakit.

## 3. Gangguan sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)

Selain mengalami kelemahan separo badan, seringkali pasien pasca stroke mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa separo badan. Untuk mengatasi masalah ini, keluarga sebaiknya menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah. Saat

berkomunikasi, pengasuh dapat menyentuh dan menggosok dengan lembut tangan yang mengalami kelamahan

Keluarga di anjurkan memberikan motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak atau sesering mungkin, terutama saat melakukan aktifitas sehari-hari, seperti makan, minum atau kegiatan harian lain. Keluarga hendaknya menjauhkan hal-hal yang dapat membahayakan keselamatan pasien misalnya: nyala api, benda tajam dan benda bahaya lainnya.

#### 4. Gangguan keseimbangan

Berikut ini beberapa cara melatih keseimbangan pasien :

##### a. Melatih keseimbangan duduk

Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan penolong lainnya di sisi yang sehat. Letakkan lengan penolong dibelakang punggung pasien, tarik bersama-sama pasien ke arah duduk tegak. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal di belakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal di bawah lengan yang lemah.

##### b. Melatih keseimbangan berdiri

Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin. Keluarga dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman.

5. Gangguan berbicara atau gangguan berkomunikasi

Agar memahami pembicaraan pasien, sebaiknya keluarga mendengarkan secara cermat. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain usahakan berbicara perlahan, tenang dengan intonasi suara normal. Atau dapat juga gunakan papan komunikasi/alat tulis berisi gambar atau simbol aktifitas kegiatan harian pasien.

6. Gangguan menelan

Pasien menunjukkan gejala tersedak pada saat makan atau minum, keluar nasi dari hidung, pasien terlihat tidak mampu mengontrol keluarnya air liur dari mulut atau mengiler, memerlukan waktu yang lama untuk makan dan tersisa makanan di mulut setelah makan.

Untuk mengatasi masalah ini, bila memungkinkan pasien harus duduk di kursi pada waktu makan atau minum. Bila terpaksa harus makan di tempat tidur, pasien harus di dudukkan tegak 60-90°. Ketika pasien menelan anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan. Pada waktu pasien menelan anjurkan untuk memutar kepala (menengok) ke sisi yang lemah. Bila pasien batuk saat makan, hentikan menyuapi. Bila berkepanjangan segera lapor ke petugas kesehatan terdekat. Pergunakan sendok kecil dan tempatkan makanan pada sisi yang sehat. Pertahankan pasien tetap duduk setengah jam setelah makan.

Bersihkan gigi dan mulut sebelum dan setelah pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur dan gigi berlubang.

#### 7. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan pada pasien stroke bervariasi, mulai dari pandangan dobel, pandangan kabur, pandangan gelap seperti tertutup layar lebar pada sebelah mata, atau berkurangnya lapang pandang.

Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, pada saat pasien makan letakkan makanan pada sisi yang dapat dilihat oleh pasien. Beritahukan pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien, terutama pada sisi yang tidak dapat dilihat oleh pasien. Untuk melatih penglihatan pasien sebaiknya keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang.

#### 8. Gangguan buang air kecil

Sekitar 80% pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel. Pada siang hari berikan pasien minum segelas tiap dua jam dan hindari minum pada malam hari. Untuk mengantisipasi agar pasien tidak mengompol keluarga dapat menawarkan pasien untuk berkemih secara teratur tiap dua atau tiga jam. sebaiknya tersedia urinal/botol "bak" sebelum pasien mengompol yang mudah dijangkau oleh pasien

## 9. Gangguan buang air besar

Masalah buang air besar pada pasien pasca stroke bervariasi, seperti konstipasi (sulit buang air besar), diare, dan buang air besar tidak terasa. Banyak hal yang menyebabkan terjadinya konstipasi, antara lain tirah baring lama, kurang aktifitas fisik, asupan kurang serat, kurang air minum dan efek samping obat.

Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien agar bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih 8 gelas perhari atau minimal 2 liter, dan membiasakan diri duduk di kloset secara teratur setiap pagi. Pada beberapa pasien yang mengalami konstipasi berulang, biasanya dokter akan memberikan obat *laxative* per oral atau *glyseril* melalui rektal sesuai kondisi pasien

## 10. Kesulitan mengenakan pakaian

Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari kembali oleh pasien pasca stroke. Seperti cara menggunakan kemeja dan celana.

Cara mengenakan kemeja

- a. Masukkan terlebih dahulu lengan yang lemah kedalam lengan kemeja
- b. Trik lengan kemeja ke atas sampai bahu
- c. Putar kemeja ke lengan yang sehat dari belakang
- d. Masukkan tangan yang sehat ke lengan kemeja satunya

Cara mengenakan celana

- a. Masukkan kaki yang lemah terlebih dahulu kedalam celana
- b. Setelah itu masukkan kaki yang sehat kedalam celana
- c. Jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik keatas
- d. Jika keseimbangan berdiri pasien belum baik, pasien berbaring dahulu, baru celana ditarik ke atas secara bergantian

#### 11. Gangguan memori

Pasien pasca stroke kadang juga mengalami gangguan fungsi luhur berupa gangguan memori atau gangguan daya ingat. Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan melihat foto album keluarga, teman dan kerabat atau gambar-gambar yang pernah dikenal oleh pasien. Selain itu keluarga juga dapat mengajak pasien untuk membicarakan mengenai masa lalu yang menyenangkan.

#### 12. Perubahan kepribadian emosi

Sebagian pasien pasca stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi. Hal ini terutama terjadi pada pasien stroke dengan afasia. Sehingga seringkali pasien menjadi frustrasi, marah, kehilangan harga diri dan emosi pasien menjadi labil. Keadaan ini pada akhirnya menyebabkan pasien menjadi depresi.

Untuk mengatasi hal tersebut, keluarga memberikan support mental dan selalu me-reorientasikan pasien pada realita. Upaya lain yang dapat di lakukan adalah kegiatan yang menyenangkan secara

bersama-sama di luar rumah, atau mengikutsertakan pasien pada acara keluarga atau acara keagamaan. Bila diperlukan dapat dilakukan konsultasi pada psikolog. Keluarga harus bersikap optimis bahwa pasien akan mengalami kemajuan.

### 13. Gangguan seksual

Banyak pasien pasca stroke dan pasangannya mengalami penurunan fungsi seksual, baik penurunan libido, berkurangnya gairah seksual, menurunnya kemampuan untuk ereksi dan orgasme. Faktor utama penyebab penurunan fungsi ini adalah faktor fisik, psikis, dan sosial. Tetapi sekitar 10% pasien pasce stroke mengalami hal sebaliknya, yaitu terjadi peningkatan libido dan kepuasan seksual bertambah. Hal ini kemungkinan disebabkan karena bertambah erat relasi antara pasangan atau terjadi perubahan elemen psikis ke arah yang lebih baik.

## **B. Prinsip Merawat Pasien Stroke Di Rumah**

1. Menjaga kesehatan punggung pengasuh atau keluarga
2. Mencengah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan

Pengasuh harus mengubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam. Pada saat merubah posisi pasien, cobalah untuk mengangkat pasien dan jangan menggeser untuk menghindari terjadinya luka. Upaya lain adalah oleskan pelembab atau minyak kelapa/body lotion pada daerah yang tertekan/mengalami lecet

3. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi

Untuk mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi, keluarga atau pengasuh dapat melakukan latihan gerak sendi lengan dan tungkai secara pasif dan aktif bila memungkinkan minimal dua kali sehari

4. Mencegah terjadinya nyeri bahu (*shoulder pain*)

Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah, pada saat mengangkat pasien, jangan meletakkan tangan pada ketiak pasien tetapi letakkan kedua tangan penolong pada badan atau punggung pasien, gunakan penyangga bahu jika diperlukan.

5. Memulai latihan dengan mengaktifkan anggota gerak atas dan bawah, pasien juga harus berlatih menggerakkan batang tubuh

**C. Beberapa tips cara mencegah serangan stroke**

1. Olahraga
2. Hidangan makan dengan menu sehat seimbang
3. Makan dengan menu seimbang
4. Kurangi asupan lemak, gula dan garam
5. Perbanyak makan sayur dan buah yang mengandung tinggi serat untuk membantu mengontrol kadar gula dalam darah, menurunkan kolesterol darah, serta dapat mengurangi resiko terserang penyakit kardiovaskuler
6. Masak dengan cara merebus, mengukus, panggang, atau bakar bahan makanan, hindari cara masak dengan menggoreng

## Lampiran 6

### INSTRUMENT DATA DEMOGRAFI DAN EVALUASI KOGNITIF PRE-POST PENYULUHAN

#### A. Kuesioner data demografi

No kuisisioner :  
Kode Responden :  
Tanggal :  
(diisi oleh peneliti)

Isilah pertanyaan no 1 sampai 5 dengan mengisi tanda silang (x) pada kotak yang sesuai

1. Umur Responden : Tahun
2. Jenis Kelamin :  Laki-laki  
 Perempuan
3. Pendidikan :  SD  SMP  
 SMA  PT
4. Pekerjaan :  IRT  Petani  
 Pedagang  Swasta  
 PNS
5. Apakah Bapak/ibu tinggal serumah dengan pasien :  Ya  
 Tidak

## **B. Kuesioner evaluasi kognitif pre-post penyuluhan**

Petunjuk pengisian

1. Bacalah pertanyaan dengan teliti
2. Pilih salah satu jawaban yang dianggap paling benar dengan memberi tanda silang (x) pada jawaban yang telah disediakan
3. Mohon jawaban diisi sendiri sesuai dengan apa yang Bapak/Ibu ketahui, demi tercapainya hasil yang di harapkan.

Pertanyaan Pengetahuan

### **Soal-Soal**

1. Stroke adalah.....
  - a. Gangguan fungsi otak
  - b. Gangguan fungsi ginjal
  - c. Gangguan fungsi paru
  - d. Gangguan fungsi hati
2. Stroke biasanya disebabkan oleh.....
  - a. Bekuan darah di dalam pembuluh darah di kaki
  - b. Penurunan aliran darah ke hati
  - c. Pecahnya pembuluh darah otak
  - d. Pecahnya pembuluh darah di ginjal
3. Ada dua macam jenis stroke yaitu.....
  - a. Penyumbatan dan perdarahan pada pembuluh darah otak
  - b. Percabangan pembuluh darah
  - c. Pikiran dan perasaan
  - d. Pelebaran pembuluh darah
4. Gejala dari orang yang terkena stroke adalah.....
  - a. Kelumpuhan separoh atau seluruh badan
  - b. Kekuatan otot baik
  - c. Tidak mengalami sakit kepala
  - d. Daya ingat baik

5. Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit stroke adalah.....
  - a. Emosi stabil
  - b. Nafsu makan meningkat
  - c. Tidak terjadi nyeri bahu
  - d. Nyeri bahu umumnya disisi yang lemah
6. Pada pasien yang mengalami kelumpuhan, hal yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah.....
  - a. Pada saat pasien tidur terlentang atau miring, tangan dan kaki yang lemah di ganjal dengan bantal
  - b. Latihan gerak sendi dilakukan seminggu sekali
  - c. Pada saat membantu pasien berjalan, dengan cara berdiri di sisi yang sehat
  - d. Biarkan pasien melakukan aktivitas sendiri
7. Pada pasien stroke yang masih dalam keadaan baring total di tempat tidur, keluarga harus mengubah posisi untuk miring kanan atau miring kiri setiap.....
  - a. 2-3 jam berupa terlentang, miring kesisi yang sehat dan miring kesisi yang sakit
  - b. 1 kali sehari
  - c. 2 kali sehari
  - d. 3 kali sehari
8. Pasien stroke dengan tirah baring lama dapat mengalami lecet pada punggung, perawatan yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah.....
  - a. Tidak perlu merawat luka lecet yang ada
  - b. Pasien tidak di mandikan selama ada luka
  - c. Bagian punggung di oles dengan minyak kelapa atau body lotio
  - d. Menyarankan pasien baring terus menerus
9. Pada pasien yang masih mengalami kelemahan pada anggota gerak atas yaitu tangan, maka beri dukungan kepada pasien untuk.....
  - a. Tidak mengaktifkan tangan yang lemah

- b. Anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan lainnya menggunakan tangan yang lemah dibawah pengawasan keluarga
  - c. Jangan melakukan aktivitas
  - d. Melakukan aktivitas yang berat
10. Selain kelemahan separuh badan, seringkali pasien mengalami gangguan sensibilitas atau hilang rasa separoh badan, maka keluarga sebaiknya.....
- a. Jauhkan benda-benda yang membahayakan keselamatan pasien, misalnya nyala api, benda tajam atau benda berbahaya lainnya
  - b. Menghampiri berbicara dari sisi yang sehat
  - c. Beritahu pasien supaya tidak menggunakan tangan yang lemah
  - d. Sentuhan lambut pada tangan yang lemah tidak perlu diberikan
11. Cara melatih pasien yang mengalami gangguan keseimbangan duduk oleh keluarga adalah.....
- a. Keluarga menopang sisi yang sehat
  - b. Keluarga menopang sisi yang lemah
  - c. Membiarkan pasien duduk sendiri
  - d. Pasien duduk tanpa ganjalan bantal di belakang kepala
12. Hal yang harus dilakukan keluarga pada pasien yang mengalami gangguan berbicara adalah
- a. Berbicara dengan suara nyaring
  - b. Ketika berbicara tidak perlu menatap wajah pasien
  - c. Sediakan alat tulis
  - d. Gunakan kalimat yang panjang saat berbicara
13. Bila pasien mengalami gangguan menelan, maka yang perlu diperhatikan keluarga saat memberi makan adalah.....
- a. Leher dan kepala tegak
  - b. Gunakan sendok yang besar
  - c. Kepala menengok ke sisi yang sehat
  - d. Posisi duduk 60-90° pada waktu makan di kursi atau di tempat tidur

14. Bila pasien batuk saat makan maka yang dilakukan keluarga adalah.....
- Hentikan menyuapi
  - Teruskan menyuapi
  - Beri minum
  - Baringkan pasien
15. Pasien stroke biasanya terjadi pengeluaran urin atau buang air kecil tanpa disadari, keluarga dianjurkan untuk.....
- Menyediakan botol “bak” sebelum pasien mengompol
  - Jangan menyediakan bel pada pasien yang mengalami gangguan bicara
  - Biarkan saja mengompol
  - Pada siang hari beri minum 1 gelas tiap 4 jam
16. Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari sendiri oleh pasien stroke, seperti cara mengenakan kemeja yaitu.....
- Masukkan terlebih dahulu lengan yang sehat ke dalam lengan kemeja
  - Masukkan kedua lengan bersamaan ke dalam lengan kemeja
  - Masukkan terlebih dahulu lengan yang lemah ke dalam lengan kemeja
  - Tidak perlu mengenakan pakaian
17. pasien stroke yang mengalami gangguan daya ingat, keluarga dapat melatih dengan cara.....
- Tidak Membicarakan mengenai masa lalu
  - Memperlihatkan foto album keluarga, teman atau kerabat
  - Jangan mengajak bicara
  - Membiarkan pasien sendiri di kamar
18. Sebagian pasien stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi, untuk mengatasi hal ini yang dapat dilakukan keluarga adalah.....
- Tidak mengikutsertakan pasien pada acara keluarga
  - Melarang pasien menangis

- c. Mengurung pasien dalam kamar
- d. Melakukan kegiatan menyenangkan secara bersama-sama diluar rumah

19. Makanan sehat yang dapat mencegah terulangnya stroke adalah.....

- a. Perbanyak makan buah dan sayur secara bergantian jenisnya
- b. Perbanyak makan daging
- c. Gunakan lebih banyak garam, gula dan minyak
- d. Makan dengan tinggi lemak

## Lampiran 8

```
EXAMINE VARIABLES=nilaipre nilaipost /PLOT BOXPLOT HISTOGRAM
NPLOT /COMPARE GROUP /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE /NOTOTAL.
```

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
NILAI PRE	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%
NILAI POST	25	100.0%	0	.0%	25	100.0%

### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
NILAI PRE	Mean	54.052	2.8932	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	48.081	
		Upper Bound	60.023	
	5% Trimmed Mean	53.630		
	Median	52.600		
	Variance	209.262		
	Std. Deviation	14.4659		
	Minimum	31.5		
	Maximum	84.2		
	Range	52.7		
	Interquartile Range	10.5		
	Skewness	.639	.464	
	Kurtosis	.290	.902	
NILAI POST	Mean	89.648	2.0075	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	85.505	
		Upper Bound	93.791	
	5% Trimmed Mean	90.431		
	Median	89.400		
	Variance	100.751		
	Std. Deviation	10.0375		
	Minimum	63.1		
	Maximum	100.0		
	Range	36.9		
	Interquartile Range	18.4		
	Skewness	-.845	.464	
	Kurtosis	.339	.902	

## Explore

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
NILAI PRE	.220	25	.003	.899	25	.017
NILAI POST	.170	25	.060	.882	25	.008

a. Lilliefors Significance Correction

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
NILAI PRE	23	100.0%	0	.0%	23	100.0%
NILAI POST	23	100.0%	0	.0%	23	100.0%

### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
NILAI PRE	Mean	57.830	3.6159	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	50.332	
		Upper Bound	65.329	
	5% Trimmed Mean	57.792		
	Median	52.600		
	Variance	300.719		
	Std. Deviation	17.3412		
	Minimum	31.5		
	Maximum	84.2		
	Range	52.7		
	Interquartile Range	36.8		
	Skewness	.198	.481	
	Kurtosis	-1.445	.935	
NILAI POST	Mean	89.670	2.9175	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	83.619	
		Upper Bound	95.720	
	5% Trimmed Mean	91.117		
	Median	94.700		
	Variance	195.767		
	Std. Deviation	13.9917		

Minimum	52.6	
Maximum	100.0	
Range	47.4	
Interquartile Range	15.8	
Skewness	-1.549	.481
Kurtosis	1.573	.935

#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
NILAI PRE	.166	23	.102	.909	23	.039
NILAI POST	.293	23	.000	.750	23	.000

a. Lilliefors Significance Correction

```
GET FILE='D:\skripsi cornelia 2012\fgd crmh gabungan\tabel
MASTER TABEL GABUNGAN FIX.sav'. NPAR TESTS /M-W= nilaipre BY
kelompok(1 2) /MISSING ANALYSIS.
```

## NPar Tests

#### Notes

Output Created	27-Jan-2013 12:40:38	
Comments		
Input	Data	D:\skripsi cornelia 2012\fgd crmh gabungan\tabel MASTER TABEL GABUNGAN FIX.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	48
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax	NPAR TESTS /M-W= nilaipre BY kelompok(1 2) /MISSING ANALYSIS.	
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.000
	Number of Cases Allowed <sup>a</sup>	112347

a. Based on availability of workspace memory.

[DataSet1] D:\skripsi cornelia 2012\fgd crmh gabungan\tabel MASTER TABEL GABUNGAN FIX.sav

## Mann-Whitney Test

### Ranks

	KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
NILAI PRE	CERAMAH	25	23.56	589.00
	FGD	23	25.52	587.00
	Total	48		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	NILAI PRE
Mann-Whitney U	264.000
Wilcoxon W	589.000
Z	-.489
Asymp. Sig. (2-tailed)	.625

a. Grouping Variable: KELOMPOK

NPAR TESTS /M-W= nilaipost BY kelompok(1 2) /MISSING ANALYSIS.

## NPar Tests

### Notes

Output Created		27-Jan-2013 12:41:10
Comments		
Input	Data	D:\skripsi cornelia 2012\fgd crmh gabungan\tabel MASTER TABEL GABUNGAN FIX.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	48
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPAR TESTS /M-W= nilaipost BY kelompok(1 2) /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.000
	Elapsed Time	0:00:00.000
	Number of Cases Allowed <sup>a</sup>	112347

a. Based on availability of workspace memory.

[DataSet1] D:\skripsi cornelia 2012\fgd crmh gabungan\tabel MASTER  
TABEL GABUNGAN FIX.sav

## Mann-Whitney Test

		Ranks		
	KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
NILAI POST	CERAMAH	25	23.38	584.50
	FGD	23	25.72	591.50
	Total	48		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	NILAI POST
Mann-Whitney U	259.500
Wilcoxon W	584.500
Z	-.595
Asymp. Sig. (2-tailed)	.552

a. Grouping Variable: KELOMPOK

## Lampiran 9

### Reliability

#### Notes

Output Created		24-Jan-2013 15:26:28
Comments		
Input	Data	D:\skripsi cornelia 2012\data mentah uji validitas cornelia.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
	Matrix Input	D:\skripsi cornelia 2012\data mentah uji validitas cornelia.sav
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18 p19 p20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	0:00:00.016
	Elapsed Time	0:00:00.015

#### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	93.8
	Excluded <sup>a</sup>	1	6.3
	Total	16	100.0

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

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.943	20

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
p1	.60	.507	15
p2	.53	.516	15
p3	.40	.507	15
p4	.60	.507	15
p5	.80	.414	15
p6	.67	.488	15
p7	.60	.507	15
p8	.73	.458	15
p9	.60	.507	15
p10	.40	.507	15
p11	.60	.507	15
p12	.53	.516	15
p13	.67	.488	15
p14	.40	.507	15
p15	.40	.507	15
p16	.53	.516	15
p17	.60	.507	15
p18	.60	.507	15
p19	.60	.507	15
p20	.80	.414	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	11.07	41.210	.908	.936
p2	11.13	42.695	.655	.941
p3	11.27	43.495	.542	.943
p4	11.07	44.781	.345	.946
p5	10.87	43.267	.724	.940
p6	11.00	42.286	.765	.939
p7	11.07	41.210	.908	.936
p8	10.93	43.781	.560	.942
p9	11.07	43.495	.542	.943
p10	11.27	43.495	.542	.943
p11	11.07	42.924	.632	.941
p12	11.13	42.695	.655	.941
p13	11.00	42.286	.765	.939
p14	11.27	43.495	.542	.943
p15	11.27	43.495	.542	.943
p16	11.13	42.981	.610	.941
p17	11.07	42.781	.655	.941
p18	11.07	41.210	.908	.936
p19	11.07	42.924	.632	.941
p20	10.87	43.267	.724	.940

### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.67	47.381	6.883	20

```
RELIABILITY /VARIABLES=p1 p2 p3 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13
p14 p15 p16 p17 p18 p19 p20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL.
```

### Reliability

#### Notes

Output Created		24-Jan-2013 15:28:04
Comments		
Input	Data	D:\skripsi cornelia 2012\data mentah uji validitas cornelia.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	16
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=p1 p2 p3 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18 p19 p20 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	0:00:00.015
	Elapsed Time	0:00:00.010

[DataSet1] D:\skripsi cornelia 2012\data mentah uji validitas cornelia.sav

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	15	93.8
	Excluded <sup>a</sup>	1	6.3
	Total	16	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.946	19

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
p1	.60	.507	15
p2	.53	.516	15
p3	.40	.507	15
p5	.80	.414	15
p6	.67	.488	15
p7	.60	.507	15
p8	.73	.458	15
p9	.60	.507	15
p10	.40	.507	15
p11	.60	.507	15
p12	.53	.516	15
p13	.67	.488	15
p14	.40	.507	15
p15	.40	.507	15
p16	.53	.516	15
p17	.60	.507	15
p18	.60	.507	15
p19	.60	.507	15
p20	.80	.414	15

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	10.47	38.838	.900	.939
p2	10.53	40.267	.648	.943
p3	10.67	40.952	.550	.945
p5	10.27	40.781	.724	.942
p6	10.40	39.829	.765	.941
p7	10.47	38.838	.900	.939
p8	10.33	41.238	.567	.945
p9	10.47	40.981	.546	.945
p10	10.67	40.952	.550	.945
p11	10.47	40.410	.638	.944
p12	10.53	40.267	.648	.943
p13	10.40	39.829	.765	.941
p14	10.67	40.952	.550	.945
p15	10.67	40.952	.550	.945
p16	10.53	40.552	.602	.944
p17	10.47	40.267	.661	.943
p18	10.47	38.838	.900	.939
p19	10.47	40.410	.638	.944
p20	10.27	40.781	.724	.942

**Scale Statistics**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
11.07	44.781	6.692	19