

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN RESPON TIME KELUARGA
PADA TIGA JAM PERTAMA PASCA SERANGAN STROKE
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**



Oleh:

**MUHAMMAD ABDUL WAHID
R011221061**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN RESPON TIME KELUARGA
PADA TIGA JAM PERTAMA PASCA SERANGAN STROKE
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Oleh:

**MUHAMMAD ABDUL WAHID
R011221061**

Disetujui untuk diajukan di hadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi Ilmu
Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 19850304 201012 2 0003


Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D
NIP. 19830310 200812 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN RESPON TIME KELUARGA
PADA TIGA JAM PERTAMA PASCA SERANGAN STROKE
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada:

Hari/ Tanggal : Rabu, 13 Desember 2023

Pukul : 11.00 Wita - Selesai

Tempat : Ruang KP 112

Disusun Oleh:

**MUHAMMAD ABDUL WAHID
(R011221061)**


Dan yang bersangkutan dinyatakan:

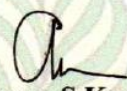
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB
NIP. 19850304 20101220003


Andi Masvitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D
NIP. 19830310200812 2002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Juliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 197606182002122002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhammad Abdul Wahid

NIM : R011221061

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan 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 bertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

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

Makassar, Desember 2023
Yang membuat pernyataan

A 10,000 Indonesian postage stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'METERAI TEMPORER' and '10000'. The signature is written in black ink over the stamp.

Muhammad Abdul Wahid

KATA PENGANTAR

Puji dan rasa syukur yang berlimpah penulis ucapkan atas kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Hubungan Pengetahuan dengan Respon Time Keluarga pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**.

Penulis menyadari tersusunnya skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dan doa dari berbagai pihak kepada penulis. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan skripsi ini kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk menyusun skripsi ini.
2. Ibu Dr. Yuliana Syam. S.Kep., Ns., M.Si, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk menyusun skripsi ini.
3. Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB, selaku dosen Pembimbing I yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan skripsi ini serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran.
4. Ibu Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph.D, selaku pembimbing II yang telah memberikan kesempatan dalam penyusunan skripsi ini serta membimbing penulis dengan penuh kesabaran.

5. Dosen penguji yang telah bersama-sama memberikan saran dan masukannya dalam penyempurnaan skripsi ini.
6. Ucapan terima kasih yang kepada kedua orang tua, bapak dan ibu telah memberikan doa, dorongan dan semangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Teristimewa kepada istriku yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat tiada henti untuk penulis.
8. Ucapan terima kasih kepada seluruh keluarga dan teman-teman yang telah memberikan dorongan dan bantuan dalam bentuk apapun pada penulisan skripsi ini.

Terima kasih penulis haturkan kepada semua pihak yang telah membantu dan berperan serta dalam penulisan skripsi ini dari awal sampai akhir dan tidak bisa disebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat-Nya kepada kita semua.

Makassar, 27 November 2023
Penulis



Muhammad Abdul Wahid

ABSTRAK

Muhammad Abdul Wahid, “Hubungan Pengetahuan dengan Respon Time Keluarga pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar” dibimbing oleh Rosyidah Arafat dan Andi Masyitha Irwan (xiii + 64 halaman + 8 tabel + 6 lampiran)

Latar belakang: Stroke merupakan salah satu penyebab kematian sebagian besar di Indonesia yang menjadi perhatian dunia, sehingga diperlukan pengendalian dan pencegahan dari awal faktor penyebab stroke. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengetahuan dengan respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini yaitu seluruh pasien stroke yang datang di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan jumlah sampel sebanyak 40 orang menggunakan *total sampling*. Analisis statistik menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 21.0.(SPSS, Inc Chicago, IL).

Hasil: Penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik berjumlah 22 orang, dimana terdapat 77,3% yang memiliki respon cepat dan 22,7% yang memiliki respon lambat. Responden yang memiliki pengetahuan cukup berjumlah 14 orang, dimana terdapat 14,3% yang memiliki respon cepat dan 85,7% yang memiliki respon lambat. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang berjumlah 4 orang, dimana terdapat 25,0% yang memiliki respon cepat dan 75,0% yang memiliki respon lambat. Hasil uji statistik dengan Chi-square diperoleh nilai $p=0,001$.

Kesimpulan: Ada hubungan pengetahuan dengan respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Oleh karena itu, diharapkan perawat dapat memberikan edukasi tentang deteksi dini dan penanganan awal pada pasien stroke secara kontinue dan berkelanjutan pada seluruh masyarakat karena mengingat sampai saat ini penyakit stroke masih menjadi trend kasus terbanyak di Indonesia.

Kata Kunci: pengetahuan, respon time, keluarga, stroke

Kepustakaan: 44 (2010-2023)

ABSTRACT

Muhammad Abdul Wahid, “The Relationship between Knowledge with Family Response Time in the First Three Hours After a Stroke at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar” supervised by Rosyidah Arafat and Andi Masyitha Irwan (xiii + 64 pages + 8 tables + 6 appendices)

Background: Stroke is one of the most common causes of death in Indonesia and is of global concern, so it is necessary to control and prevent the factors that cause stroke from the start. This study aims to determine the relationship between knowledge with family response time in the first three hours after a stroke at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Methods: This research used descriptive correlative with a cross sectional approach. The population in this study were all stroke patients who came to RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar with a total sample of 40 people used total sampling. Statistical analysis used the Chi-Square test. Results were analyzed used the SPSS 21.0 program (SPSS, Inc. Chicago, IL).

Results: This research shows that there were 22 respondents who had good knowledge, of which 77.3% had fast responses and 22.7% had slow responses. There were 14 respondents who had sufficient knowledge, of which 14.3% had fast responses and 85.7% had slow responses. Meanwhile, there were 4 respondents who had less knowledge, of which 25.0% had fast responses and 75.0% had slow responses. The results of statistical tests with Chi-square obtained a value of $p=0.001$.

Conclusion: There is a relationship between knowledge with family response time in the first three hours after a stroke at RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Therefore, it is hoped that nurses can provide education about early detection and early treatment of stroke patients in a continuous and sustainable manner to the entire community because up to now stroke is still the trend for the most cases in Indonesia.

Keywords: knowledge, response time, family, stroke

Bibliography: 44 (2010-2023)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan tentang Stroke.....	8
B. Pengetahuan Keluarga tentang Gejala Awal Stroke.....	22
C. Respon Time pada Pasien Stroke	23
D. Tingkat Pengetahuan Keluarga pada Penderita Stroke.....	26
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	29
A. Kerangka Konsep	29
B. Hipotesis Penelitian	30
BAB IV METODE PENELITIAN	31
A. Desain Penelitian	31
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	31
C. Populasi dan Sampel.....	32
D. Identifikasi Variabel dan Defenisi Operasional	33

E. Instrumen Penelitian	35
F. Validitas dan Reliabilitas Instrumen	37
G. Pengolahan Data.....	38
H. Analisa Data.....	39
I. Alur Penelitian.....	41
J. Etika Penelitian	41
BAB V HASIL PENELITIAN.....	44
A. Karakteristik Responden.....	45
B. Analisis Univariat.....	46
C. Analisis Item Pertanyaan	50
D. Analisis Bivariat.....	52
BAB VI PEMBAHASAN.....	54
A. Pembahasan Temuan	54
B. Implikasi Penelitian	61
C. Keterbatasan Penelitian.....	62
BAB VII PENUTUP.....	63
A. Kesimpulan	63
B. Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 4.1 : Definisi Operasional Variabel.....	34
Tabel 5.1 : Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	45
Tabel 5.2 : Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Keluarga tentang Stroke di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	46
Tabel 5.3 : Distribusi Pengetahuan Keluarga tentang Stroke Berdasarkan Karakteristik di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	46
Tabel 5.4 : Distribusi Responden Berdasarkan Respon Time Keluarga pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40).....	48
Tabel 5.5 : Distribusi Respon Time Keluarga pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke Berdasarkan Karakteristik di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	48
Tabel 5.6 : Distribusi Pengetahuan Keluarga tentang Stroke Berdasarkan Item Pertanyaan di Ruang Brain Center dan Perawatan Sawit RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	50
Tabel 5.7 : Hubungan Pengetahuan tentang Stroke dengan Respon Time Keluarga pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar (n=40)	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 3.1 : Kerangka Konsep.....	29
Gambar 4.1 : Alur Penelitian	41

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 Master Tabel
- Lampiran 5 Hasil Olah Data (SPSS)
- Lampiran 6 Surat-Surat

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah rusaknya otak spontan dikarenakan suplai darah ke otak sangat sedikit, adanya peumbatan pada aliran darah seperti gumpalan darah atau lemak yang mengakibatkan laju darah pada otak tidak normal, pecahnya pembuluh darah pada otak dapat mengakibatkan matinya sel-sel otak (Dharma, 2018). Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda-tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vascular. Menurut *World Health Organization* (WHO), stroke adalah salah satu yang menyebabkan 6,7 juta kematian setiap tahunnya di berbagai belahan dunia dan 5 juta penderita stroke lainnya mengalami kecacatan, setiap 60 detik terhitung ada 6 kematian, dan dalam 60 detik ada 30 insiden stroke baru di seluruh dunia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Stroke merupakan salah satu penyebab kematian sebagian besar di Indonesia yang menjadi perhatian dunia. Berdasarkan hasil laporan laporan Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (RISKESDAS) menunjukkan peningkatan. Prevalensi (per mil) stroke di Indonesia berlandaskan diagnosa dokter sebesar 10,9% pada tahun 2018 dan prevalensi stroke provinsi Sulawesi selatan yang tinggi berdasarkan

terdiagnosis dokter (10,6%) pada tahun 2018 (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Oleh karena prevalensi stroke di Indonesia meningkat dan merupakan salah satu penyebab kecatatan dan kematian, sehingga diperlukan pengendalian dan pencegahan dari awal faktor penyebab stroke.

Faktor penyebab stroke yang umumnya antara lain adalah hipertensi, kegemukan, lipidemia, makan makanan yang tinggi kolesterol dan kurang berolahraga, sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Utama & Nainggolan (2022), dimana riwayat hipertensi jenis kelamin, umur pendidikan, merokok, kolesterol tinggi, kelebihan berat badan (obesitas), penyakit jantung, makanan tinggi kandungan garam dan kurangnya olahraga serta kurangnya aktifitas fisik merupakan faktor penyebab resiko penyakit stroke, sehingga diharapkan keluarga dapat mengetahui faktor penyebab stroke dan gejala awal stroke yang dapat meminimalisir kejadian stroke yang semakin parah yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian.

Sebelum terjadinya serangan stroke ada tanda dan gejala tertentu yang menjadi petunjuk adanya resiko stroke pada seseorang, terkadang peringatan dini/tanda dan gejala awal stroke tidak diketahui sebagian besar masyarakat. Lebih parahnya lagi masyarakat dan keluarga terkadang tidak peduli terhadap gejala awal stroke. Gejala stroke diawali dengan muka terasa tebal, tangan dan kaki terasa kebas/mati rasa, secara mendadak merasa lemas di bagian lengan dan kaki terutama di satu sisi tubuh saja, kesulitan jalan, pusing, hilangnya keseimbangan dan koordinasi, sakit kepala parah tanpa penyebabnya, pingsan atau tidak sadarkan (WHO, 2016). Oleh karena itu, masyarakat, keluarga dan

pasien harus mengetahui cara pencegahan stroke dan gejala awal stroke serta penanganan cepat pada penderita stroke.

Stroke membutuhkan respon yang cepat dan penanganan yang cepat agar tidak menyebabkan kerusakan neurologis dan fungsional sampai menyebabkan kematian. Permasalahan itu juga terjadi di Indonesia dimana masih terlambatnya masyarakat atau keluarga membawa pasien ke fasilitas kesehatan atau rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan medis sehingga terlambatnya penanganan yang mengakibatkan kecacatan dan kematian. Masyarakat atau keluarga baru akan membawa ke rumah sakit apabila terdapat gejala klinis dan gangguan fungsi yang berat, sedangkan gejala ringan kurang mendapat respon dan membiarkan karena mengira sakit biasa selama 24 jam. Penanganan yang maksimal dapat menurunkan angka kecacatan pada saat jam awal terjadinya stroke (Prasetyo, 2017). Hal yang dapat mempengaruhi keberhasilan dalam menangani pasien stroke yaitu kecepatan, ketepatan dan kecermatan di awal menangani pasien stroke (Sari et al., 2019). Oleh karena itu diperlukan peran keluarga untuk membawa ke pelayanan kesehatan demi mendapatkan penanganan yang cepat.

Keluarga memegang peranan penting dalam mengatasi kejadian serangan stroke anggota keluarganya. Penanganan awal yang tepat dapat mengurangi sebagian kecil kecacatan pada penderita stroke dan keluhan pertama yang paling banyak terjadi di luar rumah atau di rumah. Penatalaksanaan yang baik untuk penanganan stroke yaitu terjadi pada periode emas (*golden period*). Penanganan stroke yang cepat pada periode emas (3

jam) adalah untuk meminimalkan kerusakan otak yang di sebabkan oleh stroke iskemik dan mengurangi kematian (Rosmary & Handayani, 2020). Masa emas pengobatan stroke adalah 3 jam, yang berarti pasien harus mendapatkan pengobatan segera yang memadai dan optimal dalam waktu 3 jam pertama pasca stroke (Setianingsih et al., 2019). Sehingga pasien atau penderita stroke harus segera mendapatkan terapi yang komprehensif dan optimal di rumah sakit agar tidak menyebabkan kecacatan, kerusakan syaraf dan kematian.

Keluarga merupakan orang pertama yang bertemu pasien dan yang ada di dekat pasien. Serangan stroke di keluarga terkadang di sepelekan dan di diamkan karena kurangnya pengetahuan terkait tanda dan gejala dini stroke. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rachmawati et al., (2017), mengatakan bahwa pengetahuan terkait faktor resiko dan gejala stroke dapat mengurangi keterlambatan datangnya pasien ke rumah sakit setelah serangan stroke iskemik akut. Jadi terlambatnya dibawa ke fasilitas kesehatan/rumah sakit merupakan masalah utama yang dihadapi pasien stroke yang harus mendapatkan pertolongan secepat mungkin. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Maratning et al., (2021), yaitu pengetahuan keluarga penderita stroke terkait faktor resiko penyebab stroke masih kurang yaitu 53,34%, sedangkan pengetahuan keluarga terkait tanda gejala stroke cenderung cukup yaitu 50%. Masyarakat atau keluarga yang mempunyai pengetahuan kurang tentang faktor risiko peringatan gejala stroke serta tidak memahami terkait dengan *golden period stroke* atau periode emas stroke yaitu 3 jam saat serangan

stroke terkadang cenderung terlambat merespon stroke sebagai kondisi gawat darurat.

Terlambatnya penanganan terhadap kejadian stroke disebabkan oleh keterlambatan pra rumah sakit. Dimana sesuai penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit di Semarang oleh Rosmary & Handayani (2020), yaitu keluarga pada penanganan awal stroke kurang baik dimana respon segera (*respon time*) diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan 79,2% dan respon segera diantar ke rumah sakit kurang dari 3 jam setelah serangan 21,8%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Batubara & Tat (2015), yang menjelaskan bahwa penanganan di rumah terbanyak adalah penanganan kurang baik sebesar 63,3%.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bagian *medical record* pasien stroke baik rawat jalan dan rawat inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2021 di dapat jumlahnya sebanyak 86 pasien dan mengalami peningkatan pada tahun 2022 sebanyak 347 pasien. (<http://dashboard.rsupwahidin.com/#all>, 2023).

Berdasarkan fenomena di atas peneliti ingin meneliti Hubungan Pengetahuan dengan Respon Time Keluarga Pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

B. Rumusan Masalah

Respon keluarga yang lambat untuk membawa keluarga yang stroke ke rumah sakit merupakan salah satu hal yang memperparah kondisi pasien sehingga dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan. Hal ini di karenakan

kurangnya pengetahuan terkait tanda dan gejala awal stroke serta tidak ada rasa kepedulian terhadap keluarga yang mengalami gejala yang mengarah ke stroke. Terutama pengetahuan penanganan yang tepat pada 3 jam (*golden period*) serangan stroke. Pengetahuan keluarga yang baik dapat meningkatkan respon yang baik dalam penanganan pasien stroke dengan cepat, tepat dan optimal sedangkan pengetahuan keluarga kurang membuat respon kita lambat untuk membawa pasien ke rumah sakit. Berdasarkan latar belakang diatas, maka Peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Pengetahuan dengan Respon Time Keluarga Pada Tiga Jam Pertama Pasca Serangan Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Umum

- a. Diketahui tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Diketahui respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- c. Diketahui hubungan pengetahuan dengan respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah yaitu membuktikan adanya hubungan pengetahuan dengan respon time keluarga pada tiga jam pertama pasca serangan stroke serta meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peneliti dalam bidang penelitian.

2. Manfaat Praktis

a. Profesi keperawatan

Sebagai bahan masukan bagi tenaga keperawatan di rumah sakit khususnya yang bekerja di instansi pelayanan gawat darurat dalam mengetahui penanganan yang cepat, tepat dan optimal pada pasien stroke terutama di 3 jam pertama pasca serangan stroke.

b. Peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar, bahan perbandingan dan informasi untuk melakukan penelitian lebih lanjut terhadap permasalahan pada pengetahuan dengan respon keluarga pada awal serangan stroke.

c. Institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk menambah kepustakaan dan pengetahuan dalam penanganan stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke adalah defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke terjadi akibat gangguan pembuluh darah di otak. Gangguan peredaran darah otak dapat berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah di otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Kekurangan pasokan oksigen ke otak akan memunculkan kematian sel saraf (neuron). Gangguan fungsi otak ini akan memunculkan gejala stroke.

Stroke adalah suatu serangan pada otak akibat gangguan pembuluh darah dalam mensuplai darah yang membawa oksigen dan glukosa untuk metabolisme sel sel otak agar dapat tetap melaksanakan fungsinya (Wardhani & Martini, 2014). Kurangnya aliran darah dan oksigen dapat merusakkan atau mematikan sel sel saraf di otak sehingga menyebabkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, dan penurunan kesadaran (Sudarsini, 2017). Jadi dapat disimpulkan stroke adalah gangguan pada pembuluh darah di otak yang disebabkan karena adanya sumbatan atau perdarahan sehingga menyebabkan aliran darah dan oksigenasi ke otak berkurang sehingga dapat menimbulkan gejala gangguan fungsional pada otak mengakibatkan matinya sel-sel otak (Dharma, 2018).

2. Penyebab Stroke

Secara umum, faktor risiko stroke yang umum termasuk hipertensi, diabetes, merokok, obesitas, fibrilasi atrium, dan penggunaan narkoba. Dari semua faktor risiko, hipertensi adalah faktor risiko stroke yang paling umum dapat dimodifikasi. Hipertensi kronis yang tidak terkontrol menyebabkan stroke pembuluh darah kecil terutama di kapsul internal, talamus, pons, dan otak kecil. Selain itu, sepertiga orang dewasa di AS mengalami peningkatan *Low-density lipoprotein* (LDL), yang menyebabkan pembentukan plak di pembuluh darah intraserebral. Akhirnya, akibat penumpukan plak yang berlebihan, stroke trombotik terjadi. Pada populasi yang lebih tua, risiko stroke kardioemboli meningkat terutama karena fibrilasi atrium, 20% sisanya adalah stroke yang bersifat hemoragik. Penyebab hemoragik dapat berasal dari hipertensi, ruptur aneurisma, malformasi arteriovenosa, angioma vena, perdarahan akibat obat-obatan terlarang seperti kokain, metastasis hemoragik, angiopati amiloid, dan etiologi tidak jelas lainnya (Khaku & Tadi, 2020).

3. Faktor Resiko Stroke

Faktor risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dan berlipat ganda di atas usia 55 tahun pada keduanya pria dan wanita. Resiko meningkat lebih jauh ketika seseorang memiliki kondisi medis seperti hipertensi, penyakit arteri koroner atau hiperlipidemia. Hampir 60% stroke terjadi pada pasien dengan riwayat serangan iskemik transien (TIA).

Beberapa faktor risiko stroke dapat diubah, dan beberapa tidak dapat dimodifikasi antara lain (Kuriakose & Xiao, 2020):

a. Faktor yang tidak dapat diubah

Beberapa faktor yang tidak dapat diubah antara lain; usia, jenis kelamin, etnis, serangan iskemik transien (TIA), dan keturunan. Usia 20-54 tahun memiliki peningkatan risiko stroke, mungkin karena faktor sekunder yang sudah ada sebelumnya. Sedangkan data terbaru menunjukkan bahwa sekitar 60% kejadian stroke di dunia terjadi pada usia dibawah 70 tahun. Wanita memiliki risiko stroke yang sama atau lebih besar daripada pria, tanpa memandang usia. Secara global, jumlah wanita lebih dari setengah (51%) dari semua orang yang pernah mengalami dan selamat dari stroke. Serangan iskemik transien (TIA) diklasifikasikan sebagai stroke ringan; mekanisme dasarnya sama dengan stroke sepenuhnya. Ketika terjadi TIA suplai darah ke bagian otak diblokir sementara, yang merupakan tanda awal sebelum serangan sebenarnya terjadi. Genetika berkontribusi pada faktor risiko stroke yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Risiko genetik adalah sebanding dengan usia, jenis kelamin dan ras individu (Kuriakose & Xiao, 2020).

b. Faktor yang dapat diubah

Faktor risiko utama yang dapat dimodifikasi untuk stroke adalah hipertensi, diabetes, kurang latihan fisik, penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan, kolesterol, dan manajemen diet (Kuriakose & Xiao, 2020).

1) Hipertensi

Hipertensi adalah salah satu faktor risiko utama stroke. Dalam sebuah penelitian, tekanan darah minimal 160/90 mmHg dan riwayat hipertensi dianggap sama pentingnya predisposisi stroke, dengan 54% populasi yang terkena stroke memiliki karakteristik ini. Diabetes: Ini menggandakan risiko stroke iskemik dan memberikan tingkat kematian sekitar 20% lebih tinggi. Selain itu, prognosis untuk penderita diabetes setelah stroke lebih buruk daripada pasien non-diabetes, termasuk tingkat kecacatan parah yang lebih tinggi dan pemulihan yang lebih lambat.

2) Diabetes melitus

Diabetes mellitus atau kencing manis dapat meningkatkan kadar lemak darah karena terganggunya konversi lemak tubuh. Hal ini akan menyebabkan risiko penyakit jantung dan stroke pada penderita diabetes meningkat. Diabetes akan mempercepat terjadinya aterosklerosis baik pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) maupun pada pembuluh darah besar (makroangiopati) di seluruh pembuluh darah termasuk pembuluh

darah otak dan jantung. Glukosa darah dengan kadar yang tinggi pada penderita stroke akan memperluas area infark (sel mati) karena terjadi pembentukan asam laktat akibat metabolisme glukosa yang dilakukan secara anaerob sehingga merusak jaringan otak

3) Dislipidemia

Dislipidemia adalah keadaan terjadinya peningkatan kadar LDL kolesterol dalam darah atau trigliserida dalam darah yang dapat disertai penurunan kadar HDL kolesterol

4) Alkohol dan penyalahgunaan obat

Hubungan antara resiko stroke dan konsumsi alkohol mengikuti pola lengkung dengan resiko terkait dengan jumlah alkohol yang dikonsumsi setiap hari. Konsumsi alkohol rendah hingga sedang (minuman standar setiap hari untuk pria dan 1 untuk wanita) mengurangi risiko stroke, sedangkan asupan tinggi meningkatkannya. Penggunaan obat-obatan terlarang adalah faktor predisposisi umum untuk stroke di antara individu berusia di bawah 35 tahun. Penelitian di AS menunjukkan bahwa proporsi pengguna narkoba di antara pasien stroke berusia 15-44 tahun enam kali lebih tinggi daripada pasien dengan usia yang sama yang dirawat dengan kondisi serius lainnya.

5) Merokok

Merokok secara langsung terkait dengan peningkatan risiko stroke. Seorang perokok rata-rata memiliki kemungkinan dua kali lipat untuk menderita stroke dari orang yang bukan perokok. Merokok berkontribusi pada 15% kematian terkait stroke. Penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang berhenti merokok mengurangi risiko relatif stroke, sementara perokok pasif dalam waktu lama meningkatkan risiko stroke sebesar 30%.

6) Kurang aktivitas fisik dan pola makan yang buruk

Kurang olahraga meningkatkan kemungkinan serangan stroke pada individu. Aktivitas fisik yang tidak mencukupi juga terkait dengan masalah kesehatan lainnya seperti tekanan darah tinggi, obesitas dan diabetes, semua kondisi yang berkaitan dengan insiden stroke yang tinggi. Pola makan yang buruk memengaruhi risiko stroke, berkontribusi pada hipertensi, hiperlipidemia, obesitas, dan diabetes. Komponen makanan tertentu terkenal dapat meningkatkan risiko; Misalnya, asupan garam yang berlebihan dikaitkan dengan hipertensi dan stroke yang tinggi. Sebaliknya, diet tinggi buah dan sayuran terbukti menurunkan risiko stroke (Kuriakose & Xiao, 2020).

4. Klasifikasi Stroke

Menurut Emergency Nurses Association (2018), stroke diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

a. Stroke iskemik

Stroke iskemik terjadi ketika pembuluh yang memasok darah ke otak terhalang. Stroke ini menyumbang sekitar 87% dari semua stroke (American Heart Association, 2017). Stroke iskemik terjadi jika trombus lokal atau embolus menyumbat arteri serebral. Emboli umumnya berasal dari jantung atau arteri besar setelah terjadi fibrilasi atrium, *infark miokard* akut (AMI), atau operasi. Gejala-gejala onsetnya tiba-tiba dan sering terjadi di pagi hari, seperti halnya AMI. Sedangkan menurut LeMone et al., (2014), stroke iskemik terbagi dalam beberapa jenis, antara lain:

1) Stroke iskemik transien (TIA)

Stroke Iskemik Transien (TIA) kadang-kadang disebut mini-stroke, adalah periode singkat dari iskemia otak terlokalisasi yang menyebabkan defisit neurologis yang berlangsung kurang dari 24 jam.

2) Stroke trombotik

Stroke trombotik disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah otak besar oleh trombus (bekuan darah). Stroke trombotik paling sering terjadi pada orang tua yang sedang beristirahat atau tidur. tekanan darah lebih rendah selama tidur,

jadi ada sedikit tekanan untuk mendorong darah melalui lumen arteri yang sudah menyempit, dan iskemia dapat terjadi.

3) Infark lakunar stroke

Stroke trombotik yang mempengaruhi pembuluh otak kecil disebut stroke lakunar (pembuluh kecil), karena area infark mengelupas, meninggalkan rongga kecil di jaringan otak. Terjadi di bagian otak yang lebih dalam atau batang otak dari penyumbatan cabang kecil arteri serebral besar.

4) Kardiogenik emboli stroke

Stroke emboli kardiogenik terjadi ketika bekuan darah dari fibrilasi atrium, trombus ventrikel, infark miokard, penyakit jantung kongestif, atau plak aterosklerotik memasuki sistem peredaran darah dan tersangkut pada pembuluh serebral yang terlalu sempit untuk memungkinkan pergerakan lebih lanjut.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah yang melemah pecah. Dua jenis pembuluh darah yang melemah biasanya menyebabkan stroke hemoragik: aneurisma dan malformasi arteriovenosa (AVM). Stroke hemoragik mencapai sekitar 13% dari kasus stroke. Ini disebabkan oleh pembuluh yang melemah yang pecah dan berdarah ke otak sekitarnya. Darah menumpuk dan menekan jaringan otak di sekitarnya (American Heart Association, 2017). Klasifikasi hemoragik stroke meliputi:

1) Pendarahan intraparenkimal atau intraserebral (*Intracerebral Hemmorage/ICH*)

Pendarahan intraserebral terjadi pada 10%-15% srangan pertama pada pasien stroke dan memiliki tingkat mortilitas 35%-52% untuk kejadian kematian dalam waktu 30 hari; setengah dari kematian terjadi pada 2 hari pertama sejak serangan. Pendarahan intraserebral paling sering disebabkan oleh hipertensi, koagulopati, antikoagulasi, AVM, angioma cavernosa, penggunaan obat terlarang, dan trauma.

2) Pendarahan subaraknoid

Sekitar 3% dari semua kejadian stroke merupakan pendarahan *Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage (SAH)*. Kejadian pendarahan subaraknoid spontan menyumbang 5% pada kematian akibat stroke. Rata-rata disabilitas dan mortalitas yang disebabkan oleh SAH cukup tinggi yaitu sekitar 50% dan pasien tidak selamat ketika terjadi serangan awal. Aneurisma serebral merupakan penyebab utama dair SAH non-traumatik. Faktor resiko untuk aneurisma serebral yakni riwayat keluarga SAH, hipertensi, merokok, jenis kelamin perempuan, lansia, alkohol, gangguan jaringan ikat.

5. Tanda dan Gejala Stroke

Ada beberapa tanda dan gejala yang dapat terjadi menurut LeMone et al., (2014), antara lain:

- a. Kelemahan tiba-tiba pada wajah, lengan, atau tungkai salah satu sisi tubuh.
- b. Mati rasa pada wajah, lengan atau tungkai salah satu sisi tubuh.
- c. Kesulitan berbicara atau memahami pembicaraan.
- d. Kesulitan melihat dengan satu mata atau kedua mata.
- e. Kesulitan berjalan, pusing berputar, hilang keseimbangan.
- f. Sakit kepala berat mendadak tanpa penyebab jelas, dan hilang kesadaran atau pingsan.

Oleh karena itu perlu adanya pengenalan sejak dini di masyarakat terkait penilaian untuk mengetahui tanda dan gejala awal stroke yang mudah di pahami dan cepat di aplikasikan. Salah satunya dengan menggunakan metode FAST (*Face, Arm, Speech, Time*) yaitu metode yang digunakan untuk deteksi dini pasien stroke dan menegakkan diagnosa stroke (American Stroke Association, 2015). Cara pemeriksaannya sebagai berikut:

- a. *Face* yaitu penilaian pada otot wajah dengan mengintruksikan pasien untuk tersenyum atau menunjukkan gigi. Kemudian kaji jika salah satu sisi wajah menurun atau tidak simetris pada pasien.
- b. *Arm* yaitu penilaian pada pergelangan tangan untuk mengetahui apakah terdapat kelemahan pada ekstermitas dengan mengintruksikan pasien mengangkat kedua tangan dan di tahan untuk beberapa saat.

Kemudian kaji jika pasien hanya mampu mengangkat salah satu lengannya.

- c. *Speech* yaitu penilaian bicara untuk mengetahui apakah ada perlambatan bicara dan dengarkan apakah suaranya terdengar pelo dengan mengintruksikan pasien berbicara dan mengulang kalimat pemeriksa. Kemudian kaji jika pasien berbicara seperti orang cadel.
- d. *Time* yaitu mencatat waktu apakah ada satu atau lebih gejala dini stroke dan membuat keputusan untuk segera ke rumah sakit terdekat.

6. Komplikasi

Pasien yang mengalami gejala berat rentan terhadap komplikasi diantaranya (Rosmary & Handayani, 2020):

- a. Pneumonia, aspirasi yang berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas atau hipoventilasi.
- b. Septikemia akibat ulkus dekubitus/infeksi saluran kemih. Keadaan ini diakibatkan karena berbaring terlalu lama dan malas berpindah posisi yang menyebabkan luka lecet dan infeksi pada bagian tubuh yang sering menjadi tumpuan berbaring seperti panggul, pantat dan kaki.
- c. Trombosis vena dalam (*deep vein thrombosis*), Terhentinya gerakan otot tungkai sehingga aliran didalam pembuluh darah vena tungkai terganggu yang meningkatkan resiko untuk terjadinya penggumpalan darah pada tungkai yang mengalami kelumpuhan.
- d. Emboli paru, *infark miokard*, aritmia jantung, dan gagal jantung
- e. Ketidakseimbangan cairan

f. Hipertensi/hipotensi

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan awal yang dilakukan bertujuan untuk mengoptimalkan metabolisme otak saat keadaan patologis, dengan melakukan stabilisasi jalan dan saluran nafas pada pasien untuk menghindari hipoksia. Selain itu, perlu dipastikan juga kemampuan menelan pada pasien. Apabila terjadi gangguan menelan pada pasien dengan keadaan yang tidak sadarkan diri, perlu dilakukan pemasangan pipa nasogastrik untuk mencegah adanya aspirasi pada saat pemberian makanan (Setiawan, 2021). Sedangkan untuk dilakukan perawatan awal untuk pasien yang mengalami peningkatan TIK adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan pemberian agen osmotik seperti manitol, salin hipertonik. Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg. hiperventilasi setelah intubasi dan sedasi, hingga pCO₂ 23-32 mmHg akan diperlukan jika terjadi peningkatan TIK lebih lanjut dan untuk penatalaksanaan bedah untuk stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter.

Beberapa percobaan yang dilakukan menunjukkan bahwa tidak didapatkan manfaat secara keseluruhan dari operasi dari perdarahan intraserebral bila dibandingkan dengan pengobatan konservatif awal. Pasien yang mengalami perdarahan lobaris dalam jarak 1 cm dari permukaan otak dan defisit klinis yang lebih ringan (GCS > 9)

mendapatkan manfaat dari pembedahan dini. Evakuasi bedah darurat diindikasikan pada perdarahan serebral dengan hidrosefalus atau kompresi batang otak. Serta tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengontrol tekanan darah, menghentikan kebiasaan merokok, alkoholisme, dan penggunaan kokain karena hal tersebut dapat memicu risiko perdarahan intraserebral berulang (Setiawan, 2021).

Tatalaksana stroke yang optimal pada fase akut penyakit stroke akan menentukan proses perbaikan pasca stroke dan mengurangi kecacatan pada stroke. Penanganan segera pada pasien stroke dapat meringankan kerusakan pada otak yang diakibatkan oleh stroke. Penangan stroke dapat efektif jika stroke diketahui dan didiagnosis dalam periode emas 4,5 jam setelah gejala pertama muncul. Oleh karena itu, penting bagi pasien stroke untuk segera dibawa ke rumah sakit. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2019), survivor stroke atau penderita yang sembuh dari penyakit stroke harus selalu menjaga kesehatannya seperti:

- a. Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter.
- b. Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur.
- c. Tetap diet sehat dengan gizi seimbang.
- d. Upayakan beraktifitas fisik dengan aman.
- e. Hindari rokok, alcohol dan zat karsinogenik lainnya.

8. Pencegahan Stroke

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk menghindari terjadinya stroke antara lain:

a. Berhenti merokok

Merokok sangat besar perannya dalam meningkatkan tekanan darah, karena nikotin yang terdapat didalam rokok yang memacu hormon adrenalin serta menyempitkan pembuluh darah yang menyebabkan tekanan darah meningkat.

b. Manipulasi diet (rendah lemak hewani, rendah garam, menghindari konsumsi alkohol berlebihan)

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa beberapa mineral bermanfaat mengatasi hipertensi. Kalium dibuktikan erat kaitannya dengan penurunan tekanan darah arteri dan menurunkan resiko terjadinya stroke.

c. Rutin mengontrol tekanan darah

Sebisa mungkin lakukan pemerisaan darah minimal sebulan sekali. Apabila ditemukan tekanan darah cenderung meningkat dapat mengantisipasi resiko stroke dengan cepat. Keluarga perluh diberi edukasi mengenai gejala-gejala stroke serta penatalaksanaan secara dini. Seringkali pasien yang mengalami tanda dan gejala stroke menunggu beberapa jam sebelum mencari perawatan karena percaya bahwa gejala tersebut akan menghilang. Keluarga diharapkan agar mempunyai pengetahuan yang baik tentang peringatan gejala stroke,

mampu mengenali dan menginterpretasikan stroke dengan segera mengantar pasien ke fasilitas kesehatan/ mencari bantuan kesehatan.

B. Pengetahuan Keluarga tentang Gejala Awal Stroke

Kejadian stroke seringkali terkesan mendadak, namun sesungguhnya tidaklah demikian. Sebelum serangan stroke terjadi, telah ada gejala-gejala yang memberikan petunjuk adanya resiko stroke pada diri seseorang. Tanda-tanda peringatan stroke yang perlu diwaspadai antara lain:

1. Sering pusing disertai mual dan pening yang berlangsung terus menerus meskipun telah minum obat penahan rasa sakit.
2. Muka terasa tebal, telapak kaki dan tangan kebas atau mati rasa.
3. Koordinasi anggota gerak (tangan dan kaki) tidak seperti biasanya, misalnya sulit digerakkan.
4. Mengalami kesulitan ketika akan mengenakan sandal jepit.
5. Tangan sulit diperintah untuk meraih suatu benda atau benda yang semula telah dipegang erat tiba-tiba jatuh.
6. Gagal meletakkan benda pada tempat yang pas.
7. Sulit ketika mengancingkan baju Tulisan menjadi jelek atau bahkan tidak bisa dibaca.
8. Mendadak mengalami kebingungan.
9. Penglihatan pada satu mata atau keduanya mendadak buram.
10. Mengalami kesulitan menelan makanan.
11. Ketika minum sering berceceran karena minuman tidak dapat masuk kedalam mulut dengan semestinya.

12. Mengalami gangguan kognitif dan demensia ketika berkomunikasi dengan orang lain.
13. Sering kejang, pingsan dan bahkan koma.

C. Respon Time pada Pasien Stroke

Untuk mewujudkan keberhasilan manajemen penanganan stroke yang diulas diatas, saat pasien tiba di Rumah Sakit kembali kita berpacu dengan waktu. Perlu penanganan cepat dan tepat, maka benar ada istilah terutama di triage IGD dalam penanganan pasien stroke ada istilah *Time is Brain*. Dikarenakan jaringan otak merupakan suatu jaringan yang jika terjadi kerusakan sifatnya irreversibel (tidak bisa kembali pulih). Bahkan pasien yang tidak segera mendapatkan terapi, kehilangan 1,9 juta neuron setiap menitnya di area yang terjadi iskemik. Menurut Rachmawati et al., (2017), menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan atau respon time pada pasien stroke adalah 3-4,5 jam. Hal ini bisa dicapai dengan hubungan yang baik antara pasien, keluarga pasien, dan time medis. Harapannya semakin cepat penegakan diagnosis, semakin cepat penatalaksanaan, maka akan semakin baik *outcome* yang didapat. Sehingga meminimalkan kerusakan neurologis yang terjadi. Jika respon time pada pasien stroke tidak tercapai diberikan kerusakan yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen, sehingga angka kecacatan dan angka kematian yang tidak kita harapkan semakin tinggi.

Untuk memaksimalkan respon time pada pasien penderita stroke, berikut hal-hal yang perlu keluarga dan tim medis harus kenali yang merupakan rantai penanganan stroke yaitu:

1. Pengenalan segera oleh pasien dan keluarga pasien tentang tanda dan gejala stroke yaitu kelumpuhan anggota gerak sebelah, bicara susah/pelo atau mulut merot, gangguan keseimbangan tubuh, penurunan kesadaran, gangguan bahasa atau bicara, gangguan memori, dan gangguan penglihatan.
2. Kedatangan pelayanan emergensi medis yang cepat
3. Pelayanan sistem transport emergensi dan pemberitahuan pre- hospitals.
4. Pemeriksaan segera ke radiologi untuk *CT Scan Brain*, MSCT, atau MRI dan pembacaan/interpretasi oleh dokter radiografer secepatnya (≤ 30 menit).

Apabila pengiriman atau transfer pasien memanggil ambulans gawat darurat, semua tindakan dalam ambulansi harus berpedoman pada protokol. Staff ambulans berperan memastikan dan menilai apakah pasien dicurigai mengalami stroke akut dengan mengevaluasi melalui metode FAST. Jika pemeriksaannya positif, maka tim ambulans akan menghubungi personil di pusat kontrol ambulans Rumah Sakit. Personel tersebut yang kemudian akan menghubungi petugas gawat darurat (UGD) untuk menyediakan tempat dan penanganan lebih lanjut (American Heart Association, 2017).

Setelah penanganan pertama (UGD) selesai, pasien akan menjalani proses penanganan rawat inap. Rawat inap sebaiknya dilakukan oleh tim ahli yang terdiri dari neurologis, perawat khusus dengan kompetensi keperawatan stroke, tim rehabilitasi medik, dan ahli gizi dalam bangsal khusus Stroke Unit. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pasien yang ditangani di Stroke Unit

oleh tim terlatih, memberikan hasil yang lebih memuaskan dan perbaikan yang signifikan dibandingkan dengan yang dirawat di bangsal biasa tanpa tim yang terlatih khusus stroke. Penangan yang komprehensif dalam masa perawatan di stroke unit, berpengaruh besar terhadap hasil, dan kembalinya fungsi normal penderita jika ditangani dengan baik (Purnomo et al., 2021).

Adapun menurut penelitian Prasetyo (2017), karakteristik penderita stroke di rumah sakit pemerintah di lima wilayah DKI Jakarta mayoritas usia produktif, laki-laki, tingkat pendidikan rendah, berpendapatan rendah, umumnya berasal dari suku Jawa, dan lamanya waktu kedatangan ke rumah sakit lebih dari 3 jam. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu kedatangan pasien stroke ke rumah sakit diantaranya yaitu (Pinzon, 2010):

1. Jarak rumah dengan layanan kesehatan

Jarak berobat adalah berapa jauh jarak yang ditempuh pasien dari rumah sampai ke tempat pengobatan atau pelayanan kesehatan. Jarak menentukan kesembuhan pasien stroke, karena jarak yang terlalu lama, akan mempengaruhi waktu emas (golden periode) dalam penanganan stroke adalah ± 3 jam, artinya dalam 3 jam awal setelah mendapatkan serangan stroke.

2. Tingkat pendidikan dan pengetahuan keluarga
3. Status tinggal, sehingga gejala dikenali terlambat oleh orang lain.
4. Transportasi dan akses ke layanan kesehatan.
5. Ambulans Gawat Darurat.

D. Tingkat Pengetahuan Keluarga pada Penderita Stroke

Menurut Prasetyo (2017), *cues to action* salah satunya dipengaruhi oleh kecepatan keluarga yang mendampingi pasien stroke. Hal ini dimulai dari pengenalan dini tanda dan gejala pada pasien stroke, dan pengambilan keputusan secara tepat dan cepat untuk membawa ke pelayanan kesehatan. Sehingga saat ditemukan tanda dan gejala, keluarga berperan untuk mengambil keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan terhadap penderita stroke. Untuk menjadi pemenang golden periode serangan stroke yang diulas di atas, ada peran keluarga sebagai pemegang kunci keberhasilan.

Hal ini sangat berhubungan erat dengan teori fungsi keluarga menurut Friedman et al., (2010), yang terakhir atau ke lima yaitu fungsi perawatan kesehatan, diantaranya yaitu:

1. Keluarga mampu mengenali masalah kesehatan termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
2. Mampu memutuskan tindakan yang tepat, termasuk peran dan upaya keluarga untuk mencari pertolongan yang tepatsesuai dengan keadaan keluarga. Disini juga dilihat bagaimana system pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.
3. Keluarga mampu memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

4. Mampu memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
5. Mampu menggunakan pelayanan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan sarana kesehatan. Disini perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas kesehatan yang dapat di jangkau keluarga, keuntungan dari adanya fasilitas kesehatan untuk keluarga, kepercayaan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang ada, dan apakah fasilitas kesehatan dapat terjangkau oleh keluarga.

Adapun hubungan tingkat pengetahuan dengan kecepatan membawa ke layanan kesehatan atau rumah sakit, dipengaruhi antara lain:

1. Tingkat pendidikan
2. Informasi dari media komunikasi
3. Persetujuan anggota keluarga lain

Pada saat terjadinya serangan stroke, inisiatif dari keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan juga dalam proses transportasi ke pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan stroke. Untuk mencapai itu, pendidikan dan penyuluhan perlu diupayakan terhadap masyarakat, petugas kesehatan, petugas ambulans, dan terutama para dokter yang berada di di ujung tombak pelayanan kesehatan seperti di Puskesmas, unit Gawat Darurat, atau tenaga medis yang bekerja di berbagai fasilitas kesehatan lainnya. Karena dengan penanganan yang benar pada jam-jam pertama, angka kecacatan stroke paling tidak akan berkurang sebesar 30% (Misbach, 2011).

Apabila pengiriman atau transfer pasien memanggil ambulans gawat darurat, semua tindakan dalam ambulansi harus berpedoman pada protokol. Staff ambulans berperan memastikan dan menilai apakah pasien dicurigai mengalami stroke akut dengan mengevaluasi melalui metode FAST. Jika pemeriksaannya positif, maka tim ambulans akan menghubungi personil di pusat control ambulans Rumah Sakit. Personel tersebut yang kemudian akan menghubungi petugas gawat darurat (UGD) untuk menyediakan tempat dan penanganan lebih lanjut (American Heart Association, 2017).