



SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE
DI UNIT FISIOTERAPI RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN PRE-EKSPERIMEN

OLEH:

**AGUSTINUS BEFI (C1414201001)
HIRONIMUS JOSPIN (C1414201026)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2018



SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE
DI UNIT FISIOTERAPI RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN PRE-EKSPERIMEN

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

AGUSTINUS BEFI (C1414201001)

HIRONIMUS JOSPIN (C1414201026)

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2018

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agustinus Befi (C1414201001)

Hironimus Jospin (C1414201026)

Menyatakan dengan sungguh – sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, 24 Maret 2018

Yang menyatakan,



Agustinus Befi



Hironimus Jospin

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

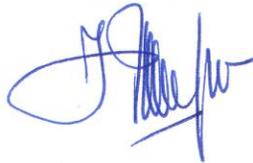
**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MERAWAT
PASIEN STROKE DI UNIT FISIOTERAPI
RS STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

AGUSTINUS BEFI (C1414201001)
HIRONIMUS JOSPIN (C1414201026)

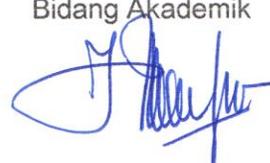
Disetujui Oleh:

Pembimbing



Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

Wakil Ketua I
Bidang Akademik

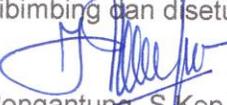


Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN**SKRIPSI****PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE DI UNIT
FISIOTERAPI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
AGUSTINUS BEFI HIRONIMUS JOSPIN
C1414201001 C1414201026

Telah dibimbing dan disetujui oleh:


Henny Pongantung, S.Kep.Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

Telah Diuji dan Dipertahankan
Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 9 April 2018
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I


Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes
NIDN. 0918087701

Penguji II


Serlina Sandi, Ns.,M.Kep
NIDN. 0913068201

Makassar, 9 April 2018
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0906097002



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan mencapai sarjana S1 Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari begitu banyak pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu penulis, baik secara moril maupun material. Terlebih khusus penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua I Bidang Akademik sekaligus dosen pembimbing yang telah meluangkan begitu banyak waktu ditengah kesibukannya dalam mendidik, memberikan bimbingan, serta pengarahan kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. Fransisiska Anita E.R.S, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.,KMB selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes dan Serlina Sandi, Ns.,M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk memberikan kritik dan saran yang sangat berguna demi penyempurnaan skripsi ini, serta memotivasi dan menginspirasi penulis untuk terus belajar dan berusaha menjadi lebih baik.
5. Dr. Thomas Suharto selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis untuk

melaksanakan penelitian dan semua staf pegawai yang telah membantu peneliti selama penelitian.

6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staf Pendidik yang telah memberikan ilmu bekal pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan di STIKS Stella Maris Makassar.
7. Teristimewa kepada kedua orang tua kami tercinta dari Agustinus Befi (Bapak Fransiskus Tanis dan Ibu Yuliana Halija) dan dari Hironimus Jospin (Bapak Fransiskus Jon dan Ibu Villia Lengos). Terima kasih atas segala doa, kasih sayang, motivasi dan pengorbanannya sehingga penulis dapat menyelesaikan studi.
8. Terima kasih kepada seluruh teman – teman seperjuangan STIK Stella Maris, khususnya program studi S! Keperawatan tingkat IV angkatan 2018 yang telah memberikan masukan melalui diskusi bersama yang bermakna banyak hal dalam suka dan duka selama di Kampus yang telah kita lewati bersama.
9. Terima kasih bagi seluruh pihak – pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa membalas semua jasa – jasa Bapak, Ibu, dan Saudara/l yang telah banyak membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Makassar, 5 April 2018

Penulis

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Agustinus Befi (C1414201001)

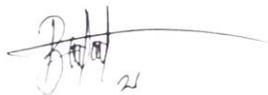
Hironimus Jospin (C1414201026)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya.

Makassar, 24 Maret 2018

Yang menyatakan,



(Agustinus Befi)



(Hironimus Jospin)

ABSTRAK**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE DI UNIT FISIOTERAPI
RS STELLA MARIS MAKASSAR****(Dibimbing Oleh: Henny Pongantung)****AGUSTINUS BEFI
HIRONIMUS JOSPIN****PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN STIK STELLA MARIS
MAKASSAR****XVIII+59 halaman+32 daftar pustaka+7 tabel+1 gambar+11 lampiran**

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan di masyarakat yang insidennya terus mengalami peningkatan. Penderita stroke membutuhkan bantuan dari keluarga atau orang terdekat dalam proses pemulihan dan menjalankan aktivitas sehari – harinya. Pengetahuan yang baik dari keluarga tentang stroke dan cara merawat penderitanya tentu akan berdampak baik bagi proses pemulihan penderita stroke. Pendidikan kesehatan perlu dilakukan untuk menambah wawasan keluarga dalam merawat penderita stroke. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah pre eksperimen dengan metode *One Group Pre-test – Pos-test design*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 26 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner tentang stroke dan perawatan pasien stroke oleh keluarga. Analisa data menggunakan *uji wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$, dan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,002$ ($p<0,05$) yang menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Diharapkan agar perawat melakukan pendidikan kesehatan terhadap keluarga pasien stroke.

Kata Kunci : Pendidikan kesehatan, Stroke, Pengetahuan, Keluarga**Pustaka : 29 (2006 – 2016)**

ABSTRACT**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON FAMILY KNOWLEDGE IN
CARING STROKE PATIENTS IN FISIOTERAPY UNIT STELLA MARIS
HOSPITAL MAKASSAR
(Supervised By: Henny Pongantung)****AGUSTINUS BEFI
HIRONIMUS JOSPIN****NERS AND BACHELOR STUDY PROGRAM
STIK STELLA MARIS MAKASSAR****XVIII+59 page+32 bibliography+7 table+1 image+11 attachment**

Stroke is one of the health problems in society which incidence continues to increase. Patients with stroke need help from family or relatives in the process of recovery and carry out their daily activities. Good knowledge of the family about stroke and how to treat the sufferer will certainly a good impact for the recovery process of stroke patients. Health education need to be done to increase family insight in caring for stroke patients. The purpose of this study was to determine the effect of health education on family knowledge in caring for stroke patients in the Physiotherapy Unit of Stella Maris Hospital Makassar. The research design used was pre experiment with One Group Pre-post test method design. Sampling collected with non probability sampling technique and consecutive sampling approach with 26 samples. The instrument used was a questionnaire about stroke and the treatment of stroke patients by the family. Data analyzed using wilcoxon test with significance level $\alpha = 0,05$, and statistic test result obtained p value = 0,002 ($p < 0,05$) showing that there is influence of health education to family knowledge in taking care of stroke patient at Stella Maris Hospital Physiotherapy Unit Makassar. It is expected that nurses conduct health education to families of stroke patients.

Keywords : Health Education, Stroke, Knowledge, Family

Reference : 29 (2006 - 2016)

DAFTAR ISI

Halaman	
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A..... Latar	
Belakang	1
B..... Rum	
usan Masalah	4
C..... Tuju	
an Penelitian	5
1..... Tuju	
an Umum	5
2..... Tuju	
an Khusus	5
D..... Manf	
aat Penelitian	5
1..... Bagi	
Keluarga dan Pasien Stroke	5
2..... Bagi	
Pengelola Rumah Sakit Stella Maris Makassar	6
3..... Bagi	
Perawat	6

4.....	Bagi	
Instansi Pendidikan		6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA		7
A.....	Tunj	
auan Umum Tentang Stroke		7
1.....	Defi	
nisi		7
2.....	Klasi	
fikasi		7
3.....	Etiol	
ogi		9
4.....	Pato	
fisiologi		13
5.....	Mani	
festasi Klinis		14
6.....	Pera	
watan Pasien Stroke		15
B.....	Tinja	
uan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan		28
1.....	Defi	
nisi Pendidikan Kesehatan		28
2.....	Tuju	
an Pendidikan Kesehatan		28
3.....	Taha	
p – tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan		29
C.....	Tinja	
uan Umum Tentang Pengetahuan		30
1.....	Defi	
nisi Pengetahuan		30

2.....	Ting	
kat Pengetahuan		31
3.....	Fakt	
or – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan		32
4.....	Pen	
getahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke		33
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		37
A.....	Kera	
angka Konseptual		37
B.....	Hipo	
tesis Penelitian		38
C.....	Defi	
nisi Operasional		39
BAB IV METODE PENELITIAN		40
A.....	Jeni	
s Penelitian		40
B.....	Tem	
pat dan Waktu Penelitian		41
C.....	Pop	
ulasi dan Sampel		41
D.....	Instr	
umen Penelitian		42
E.....	Pen	
gumpulan Data		44
F.....	Pen	
olahan Data		44
G.....	Anali	
sa Data		45
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN		47

A.....	Hasil	
.....		47
1.....	Pen	
gantar		47
2.....	Gam	
baran Umum Lokasi Penelitian		47
3.....	Kara	
kteristik Responden		50
4.....	Anali	
sa Univariat		51
5.....	Anali	
sa Bivariat		52
B.....	Pem	
bahasan		53
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN		57
A.....	Simp	
ulan		57
B.....	Sara	
n		57

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	39
Tabel 4.1 Kerangka Penelitian	40
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, dan Pendidikan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.....	50
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan	51
Tabel 5.3 Analisa Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke di Unit Fisioterapi RS Stella Maris Makassar	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	38
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Rencana Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2. Surat Izin Pengambilan Data Awa
- Lampiran 3. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4. Surat Keterangan Selesai Meneliti
- Lampiran 5. Kuesioner
- Lampiran 6. Leaflet
- Lampiran 7. Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran 8. Surat Persetujuan Responden
- Lampiran 9. Master Tabel
- Lampiran 10. Hasil Uji Statistik
- Lampiran 11. Lembar Konsultasi

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: World Health Organization
AVM	: Arteriovenosa Malformasi
TIK	: Tekanan Intra Kranial
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Nakes	: Tenaga Kesehatan
TIA'S	: Trans Ischemic Attack
MRO	: Medical Record
Rind	: Reversible Ischemic Neurologis Deficit
SPSS	: Statistic Package and Social Sciences
α	: Alpha
p	: Asym sig
<	: Lebih Kecil
>	: Lebih Besar
Ho	: Hipotesis Nol
Ha	: Hipotesis Alternatif
LDL	: Low Density Lipoprotein
HDL	: High Density Lipoprotein

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semakin meningkatnya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya teknologi dibidang kesehatan, pola penyakit dalam masyarakat telah berubah dari penyakit infeksi menjadi penyakit tidak menular dan degeneratif antara lain penyakit jantung, kanker, stroke dan gagal ginjal, hal tersebut disebabkan karena perubahan gaya hidup dan perilaku masyarakat (Rahajeng, 2011).

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan di masyarakat yang insidennya terus mengalami peningkatan. Kurang lebih 15 juta orang tiap tahun di seluruh dunia terserang stroke. Sebagian penderita stroke berada di negara berkembang termasuk Indonesia. Stroke merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia (WHO, 2013). Di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Di Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke (WHO, 2010). WHO memperkirakan bahwa kematian akibat stroke akan terus meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih dari 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030 di dunia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di

Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil.

Data yang diperoleh pada saat pengambilan data awal di MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar, jumlah pasien stroke yang pernah dirawat selama beberapa tahun terakhir dihitung mulai tahun 2014 sampai bulan juni 2017 adalah 738 orang (jumlah pasien keluar) termasuk 117 orang pasien yang meninggal,. Pada tahun 2014 jumlah pasien keluar = 297 orang, terdiri dari laki – laki = 162 orang, perempuan 135 orang, dan pasien meninggal = 42 orang. Pada tahun 2015 jumlah pasien keluar = 216 orang, terdiri dari laki – laki = 114 orang, perempuan 202 orang, dan pasien meninggal = 34 orang. Pada tahun 2016 jumlah pasien keluar = 134 orang, terdiri dari laki – laki = 60 orang, perempuan = 74 orang, dan pasien meninggal = 27 orang. Pada bulan januari – juni 2017 jumlah pasien keluar = 91 orang, terdiri dari laki – laki = 36 orang, perempuan = 59 orang, dan pasien meninggal = 14 orang. Dari data tersebut menunjukkan adanya penurunan jumlah pasien stroke yang dirawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar selama tiga tahun terakhir, ini juga berjalan bersamaan dengan penurunan jumlah pasien stroke yang meninggal.

Penelitian yang dilakukan oleh Van Excel (2010) pada 151 pasien stroke dan keluarganya menunjukkan bahwa seorang keluarga penderita stroke rata – rata menghabiskan waktu 3 – 4 jam sehari untuk bersama penderita stroke (mengantar ke dokter, mandi, dan berpakaian), dan 10,8 jam sehari untuk tugas mengawasi penderita stroke seperti mengawasi saat berjalan dan makan. Oleh karena itu, waktu dan ketekunan dari anggota keluarga ataupun orang terdekat penderita stroke sangat dibutuhkan untuk membantu dalam menjalankan aktivitas sehari – hari. Keluarga ataupun orang terdekat yang memberikan bantuan pada penderita pasca stroke inilah yang disebut dengan *Family Caregiver*.

Beberapa *Family Caregiver* dilaporkan mampu melaksanakan tugas pengasuhan lebih baik dari pada yang lain dikarenakan adanya pengetahuan, pengalaman, tingkat keterlibatan, dan keterampilan dalam merawat penderita pasca stroke. Pengetahuan dan keterampilan yang baik juga akan meningkatkan kualitas perawatan yang mereka berikan (Given, 2010). Studi menunjukkan bahwa pasien stroke memiliki hasil pemulihan yang lebih baik jika mereka memiliki system dukungan social yang kuat dan fungsi keluarga yang baik untuk membantu kebutuhan pemulihan mereka (Barbara & Mary, 2010).

Keluarga sangat berperan penting dalam proses pemulihan dan pengoptimalan kemampuan motorik pasien pasca stroke. Keluarga merupakan sistem pendukung utama memberi pelayanan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) anggota keluarga. Oleh karena itu, pelayanan perawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan pasien, tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga tersebut (Effendy, 1998 dalam Agonwardi & Budi, 2016).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui observasi yang telah dilakukan oleh peneliti di ruangan rawat inap Rumah Sakit Stella maris Makassar, ditemukan perawat yang kurang jelas memberikan informasi tentang pendidikan kesehatan terhadap keluarga pasien stroke. Dalam hal ini perawat terlalu terburu – buru serta tidak menerapkan komunikasi terapeutik. Hal ini menyebabkan keluarga pasien sering bingung dengan informasi yang diperoleh dari perawat, dan disisi lain keluarga juga cenderung menerima informasi tanpa banyak menanya kembali hal – hal yang kurang dimengerti yang pada akhirnya menyebabkan kurangnya pengetahuan keluarga dalam merawat pasien dengan stroke. Dalam melaksanakan keperawatan, menurut Hidayat (2012) perawat mempunyai peran dan fungsi seperti : pemberian perawatan (care giver), sebagai

advocat keluarga, pencegahan penyakit, pendidik, konseling, kolaborasi, pengambilan keputusan etik, peneliti.

Dari beberapa peran dan fungsi perawat diatas yang menjadi fokus dari penelitian ini adalah perawat sebagai pendidik. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada pasien atau keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan pasien tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat. Contoh dari peran perawat sebagai pendidik yaitu keseluruhan tujuan penyuluhan pasien dan keluarga adalah untuk meminimalkan stres pasien dan keluarga, mengajarkan mereka tentang terapi dan asuhan keperawatan di rumah sakit, dan memastikan keluarga dapat memberikan asuhan yang sesuai di rumah saat pulang (Kyle & Carman, 2015).

Berdasarkan uraian tentang teori fungsi dan peran perawat sebagai pendidik serta kenyataan di Rumah Sakit yang cenderung menyimpang, maka penulis ingin meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Hasil studi pendahuluan melalui observasi yang telah dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Stella maris Makassar, ditemukan perawat yang kurang jelas memberikan informasi tentang pendidikan kesehatan terhadap keluarga pasien stroke. Hal ini menyebabkan keluarga pasien sering bingung dengan informasi yang diperoleh dari perawat, dan disisi lain keluarga juga cenderung menerima informasi tanpa banyak menanya kembali hal – hal yang kurang dimengerti yang pada akhirnya

menyebabkan kurangnya pengetahuan keluarga dalam merawat pasien dengan stroke. Keluarga sangat berperan penting dalam proses pemulihan dan pengoptimalan kemampuan motorik pasien pasca stroke.

Berdasarkan uraian tentang teori fungsi dan peran perawat sebagai pendidik serta kenyataan di Rumah Sakit yang cenderung menyimpang, maka peneliti merumuskan masalah penelitian apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus:

- a. Mengetahui pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke sebelum dilakukan pendidikan kesehatan.
- b. Mengetahui pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.
- c. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Keluarga dan Pasien

Sebagai bahan untuk dijadikan pedoman bagi keluarga tentang pendidikan kesehatan dalam merawat pasien stroke serta menambah wawasan bagi pasien.

2. Bagi Pengelola Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Memberikan masukan dan pertimbangan dalam menetapkan peraturan dengan kewajiban melaksanakan peran dan fungsi perawat secara keseluruhan sebagai data bagi Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk program pendidikan kesehatan terhadap keluarga dan pasien stroke.

3. Bagi Perawat

Sebagai bahan pertimbangan dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam melakukan pendidikan kesehatan terhadap keluarga dalam merawat pasien stroke.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pendidikan kesehatan, khususnya pendidikan kesehatan terhadap keluarga dalam merawat pasien stroke.

5. Sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Defenisi

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (defisit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplay darah ke otak karena sumbatan (Stroke iskemik) atau pendarahan (Stroke hemoragic) (Junaidi, 2011 dalam Roza, Yunus, & Wahyuni, 2013,).

Stroke adalah adanya tanda – tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala – gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskular (Muttaqin, 2012)

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat (Risksdas, 2013).

Berdasarkan beberapa uraian defenisi diatas dapat disimpulkan, stroke adalah penyakit atau gangguan pada otak berupa gangguan pada saraf yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke otak yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, timbul mendadak, progresif, dan cepat yang dapat menyebabkan kematian.

2. Klasifikasi

Stroke diklasifikasikan sebagai berikut:

a. *Stroke Hemoragik*

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subaraknoid disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada area otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun biasa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran klien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu :

1) Perdarahan intraserebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak.

2) Perdarahan subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang – cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruangan subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemi sensorik, afasia dan lain – lain).

b. *Stroke non Hemoragik*

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang

menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.(Muttaqin, 2012)

Stroke non hemoragik dapat juga diklasifikasikan berdasarkan perjalanan penyakitnya, yaitu :

1) TIA'S (Trans Ischemic Attack)

Yaitu gangguan neurologist sesaat, beberapa menit atau beberapa jam saja dan gejala akan hilang sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Rind (Reversible Ischemic Neurologis Deficit)

Gangguan neurologist setempat yang akan hilang secara sempurna dalam waktu 1 minggu dan maksimal 3 minggu.

3) stroke in Volution

Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan yang muncul semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini biasanya berjalan dalam beberapa jam atau beberapa hari.

4) Stroke Komplit

Gangguan neurologist yang timbul bersifat menetap atau permanent.

3. Etiologi

Beberapa penyebab terjadinya stroke (Muttaqin,2012) :

a. Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya.

Beberapa keadaan dibawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak :

- 1) Aterosklerosis
- 2) Hiperkoagulasi pada polisitemia
- 3) Arteritis (radang pada arteri)
- 4) Emboli

b. Hemoragik

Perdarahan intracranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subaraknoid atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi.

c. Hipoksia umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah :

- 1) Hipertensi yang parah
- 2) Henti jantung – paru
- 3) Curah jantung turun akibat aritmia

d. Hipoksia setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah :

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

Beberapa faktor risiko stroke (Arum, 2015):

a. Faktor risiko medis

Faktor risiko medis yang memperparah stroke antara lain :

- 1) Arteriosklerosis atau pengerasan pembuluh darah.
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (faktor keturunan)
- 3) Migrain atau sakit kepala sebelah

b. Faktor risiko pelaku

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini dapat terlihat pada :

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan cepat saji (fast food and junk food)
- 4) Kurangnya aktivitas gerak atau olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas

c. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Hipertensi atau tekanan darah tinggi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun akan berkurang, sehingga terjadinya kekurangan suplai oksigen dan glukosa, yang lama – kelamaan jaringan otak akan mati.

2) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti jantung koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi faktor terbesar terjadinya penyakit stroke. Jika pusat pengaturan darah mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak atau pun bertahap.

3) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes melitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan

atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba – tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah otak. Kondisi seperti ini lama – kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah otak.

5) Obesitas

Obesitas atau overweight (kegemukan merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (Low Density Lipoprotein) lebih tinggi dibanding kadar HDL (High Density Lipoprotein).

6) Merokok

Dari berbagai penelitian diketahui bahwa orang – orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

d. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Semakin bertambahnya usia, semakin besar pula risiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah.

2) Jenis kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki – laki cenderung berisiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki – laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

3) Riwayat keluarga

Jika salah satu dari keluarga pernah menderita stroke maka, kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki risiko lebih besar untuk terkena stroke dibanding orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

4) Perbedaan ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa risiko stroke pada orang Afrika – Karibia sekitar dua kali lipat lebih tinggi dari pada orang non – Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang Afrika – Karibia dari pada orang non Afrika – Karibia. Hal ini dipengaruhi juga oleh faktor genetik dan faktor lingkungan.

4. Patofisiologi

a. Stroke non hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh thrombus atau embolus. Trombus umumnya terjadi karena berkembangnya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, menyebabkan iskemia kemudian menjadi kompleks iskemia akhirnya terjadi infark pada jaringan otak. Emboli disebabkan oleh embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut

menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologist focal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh emboli.

b. Stroke hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan intracranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak.

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis stroke akut (Rendy & TH, 2012):

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak)
- b. Gangguan sensabilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesik)
- c. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
- d. Afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
- e. Disartria (bicara pelo atau cadel)
- f. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler, atau diplopia)
- g. Ataksia (trunkal atau anggota badan)

h. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala

Gangguan lain yakni berupa ketidakmampuan mengontrol buang air kecil dan besar, kehilangan kemampuan untuk merasakan, mengalami kesulitan untuk menelan, dan bernapas. Gejala awal lainnya termasuk hilangnya kekerasan otot, seperti jari – jari dan tungkai yang terkulai, kaki menjadi kaku, dan kehilangan koordinasi gerakan, sebagian besar kasus terjadi secara mendadak, sangat cepat, dan menyebabkan kerusakan otak dalam beberapa menit (*complete stroke*). Stroke dapat bertambah buruk dalam 1 atau 2 hari kemudian akibat bertambah luasnya jaringan otak yang mati (Junaidin, 2012).

6. Perawatan Pasien Stroke di Rumah

Keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri, meningkatkan rasa percaya diri pasien, meminimalkan kecacatan menjadi seringan mungkin, serta mencegah terjadinya serangan ulang stroke. Proses pemulihan di rumah ini membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga dan pengasuh mengenai masalah yang mungkin timbul akibat stroke dan bagaimana cara keluarga mengatasinya (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Berikut ini berbagai masalah yang dialami oleh pasien stroke dan cara mengatasinya.

a. Kelumpuhan / Kelemahan

Sekitar 90% pasien stroke mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari Rumah Sakit. Dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dibandingkan

kaki. Sehingga biasanya telah mampu belajar berjalan tetapi lengannya masih mengalami kelemahan.

Apabila sewaktu pulang ke rumah pasien belum mampu bisa bergerak sendiri, aturlah posisi pasien 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 diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak edema pada tangan dan kaki.

Keluarga dan pengasuh dapat mencegah terjadinya kekakuan pada tangan dan kaki yang lemah dengan melakukan latihan gerak sendi, melanjutkan latihan yang telah dilakukan di Rumah Sakit. Sebaiknya latihan ini dilakukan minimal dua kali sehari. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot latihan harus dilakukan oleh fisioterapis 3-4 kali seminggu. Sedangkan sisa hari yang lain dapat dilakukan oleh keluarga atau pengasuh.

Keluarga atau pengasuh juga dapat membantu pasien berlatih berjalan kembali dengan beberapa cara. Yang pertama, berdirilah disisi yang lemah atau dibelakang pasien untuk memberi rasa aman pada pasien. Hindari penggunaan alat bantu jalan kecuali bila sangat diperlukan sesuai anjuran fisioterapis.

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 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 kelemahan.

Keluarga dianjurkan memberikan motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sebanyak atau sesering mungkin, terutama pada saat melakukan aktifitas sehari – hari, seperti makan, minum, atau kegiatan harian lain. Keluarga dan pengasuh hendaknya menjauhkan dan menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan pasien, misalnya : nyala api, benda tajam dan benda berbahaya lainnya. Keluarga juga harus selalu mengingatkan pasien untuk tidak mencoba sesuatu, misalnya air panas menggunakan tangan yang lemah.

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 di sisi yang sehat bila diperlukan.

Letakkan lengan anda yang dekat dengan pasien di belakang punggung pasien, demikian pula tangan penolong satunya. Tarik bersama – sama pasien ke arah duduk tegak. Bila pasien mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah lengan yang lemah. Cara lain melatih pasien duduk adalah penolong duduk di sisi yang lemah, satu tangan penolong menopang pergelangan tangan pasien dan tangan satunya menopang lengan atas. Selanjutnya penolong membimbing lengan pasien ke sisi yang lemah. Dengan demikian akan terjadi keseimbangan beban badan antara sisi yang sehat dan sisi yang lemah. Gerakan membimbing lengan ini dapat dilakukan berulang kali sampai pasien mampu mempertahankan keseimbangan duduknya.

2) Melatih keseimbangan berdiri

Untuk melatih keseimbangan berdiri, keluarga dapat menyediakan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah berdirinya sudah tegak atau belum. Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin. Keluarga atau pengasuh dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman. Idealnya, pada saat latihan berjalan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti tongkat, tripod, ataupun walker. Tetapi bila keadaan tidak memungkinkan seperti usia lanjut, nyeri sendi, atau pasien mengalami patah tulang, fisioterapis akan merekomendasikan alat bantu jalan yang sesuai dengan keadaan pasien.

e. Gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi

Bila stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia. Secara umum afasia terbagi dalam tiga jenis : afasia motorik, afasia sensorik, dan afasia global. Pasien afasia motorik ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan atau mengekspresikan kata – kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang lain kepadanya. Sebaliknya, pasien afasia sensorik tidak memahami pembicaraan orang lain, tetapi pasien dapat mengeluarkan kata – kata. Akibatnya pasien afasia sensorik terlihat tidak nyambung kalau diajak berbicara. Oleh karena otak tidak mampu menginterpretasikan pembicaraan orang lain meskipun fungsi pendengaran baik. Sedangkan bila kerusakan otak luas dan menyerang pusat ekspresi dan pusat pengertian bicara di otak kiri, pasien akan mengalami afasia global. Pasien tidak mampu memahami pembicaraan orang lain dan tidak mampu mengungkapkan kata – kata secara verbal. Hal yang harus dipahami oleh keluarga adalah, bahwa pasien afasia tetap membutuhkan kesempatan untuk mendengar pembicaraan orang lain secara normal. Bila keluarga mengabaikan pasien stroke yang mengalami afasia, misalnya mendiamkan atau menganggap seolah – olah pasien tidak memahami pembicaraan keluarga, pasien akan merasa frustrasi dan sakit hati. Pada saat berbicara dengan pasien afasia usahakan agar wajah kita menghadap lurus ke arah pasien. Hal ini akan membantu pasien untuk melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita, usahakan untuk mempergunakan kalimat – kalimat pendek dan berikan tekanan pada kata – kata yang penting. Jika

memungkinkan gunakan ekspresi wajah, gerakan tubuh dan irama suara sehingga pasien dapat memahami perkataan kita. Bila pasien tidak mengerti perkataan kita, usahakan untuk mengucapkan dengan kalimat yang artinya sama. Anjurkan dan berikan kesempatan kepada pasien untuk berkomunikasi secara total, yaitu dengan mempergunakan ekspresi wajah dan gerakan tubuh, jangan cemas bila pasien memberikan jawaban yang kurang jelas.

Agar memahami pembicaraan pasien, sebaiknya keluarga mendengarkan secara cermat dan memperhatikan kata – kata kunci, selanjutnya keluarga dapat mengira – ngira apa yang ingin pasien katakan. Jangan gusar bila tebakan keluarga kurang benar, minta maaf dan anjurkan pasien untuk mengulangi kata – katanya. Keluarga sebaiknya menggunakan kalimat verbal ketika melakukan kegiatan. Misalnya, pada saat menyisir rambut pasien keluarga atau pengasuh dapat mengatakan. “saya menyisir rambut ibu, ini sisanya, bolehkah saya menyisir rambut ibu?” bila biasanya pasien mengenakan alat bantu dengar, gigi palsu, atau kaca mata, anjurkan pasien untuk menggunakannya pada saat berkomunikasi dengan orang lain. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain, usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara normal, jangan berteriak, gunakan bahasa orang dewasa, kalimat pendek dan berikan rangsangan visual jika memungkinkan.

Seringkali pasien stroke dengan afasia, khususnya afasia motorik merasa frustrasi karena tidak mampu mengungkapkan apa yang diinginkan, sebagai akibatnya pasien marah atau bahkan mengamuk. Salah satu upaya untuk mengatasinya adalah dengan menyediakan papan komunikasi. Papan

komunikasi ini berisi gambar atau simbol aktifitas kegiatan harian pasien. Yang perlu diingatkan adalah, bahwa papan komunikasi ini bukan digunakan untuk melihat tetapi sebagai media komunikasi untuk mengantisipasi keinginan pasien dan mencegah pasien frustrasi.

f. Gangguan menelan

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat stroke. Biasanya 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. Selama di rumah sakit pasien dengan gangguan menelan biasanya makan dan minum melalui selang lambung. Kadang pasien pulang ke rumah sudah tidak terpasang selang tetapi masih mengalami kelemahan pada otot – otot menelannya, sehingga masih memerlukan penanganan khusus. Untuk mengatasi masalah ini, bila memungkinkan pasien harus duduk di kursi pada waktu makan atau minum. Bila terpaksa pasien harus makan di tempat tidur, pasien harus di dudukkan tegak 60 – 90 derajat. 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. Pastikan bahwa makanan telah tertelan semua, sebelum memberikan suapan berikutnya. Pertahankan pasien tetap duduk tegak setengah jam setelah makan. Pastikan mulut pasien telah kosong sehabis makan, sehingga tidak tersisa makanan di mulut

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

g. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan pada pasien pasca 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. Orientasikan atau beritahukan pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien, terutama pada sisi yang tidak dapat dilihat oleh pasien. Untuk melatih penglihatan pasien, sebaiknya pengasuh atau keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang, tutup salah satu mata pasien menggunakan kain kasa secara bergantian setiap dua jam.

h. Gangguan buang air kecil

Sekitar 80 % pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Tanda dan gejalanya antara lain pasien tidak dapat menahan berke mih, urin keluar tanpa disadari oleh pasien, dan frekuensi berkemih yang meningkat. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinensia, keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah dijangkau oleh pasien. Pada siang hari, berikan pasien minum satu gelas setiap 2 jam dan hindari minum pada malam hari. Untuk mengantisipasi agar pasien tidak mengompol, keluarga atau pengasuh dapat menawarkan pasien untuk berkemih secara teratur setiap dua atau tiga jam, atau sesuai dengan pola buang air kecil pasien

sebelumnya. Sebaiknya tersedia urinal yang mudah dijangkau oleh pasien. Bila pasien laki – laki dan belum mampu menggunakan urinal, terutama pada malam hari, keluarga dapat memasang kondom kateter yang dihubungkan dengan selang ke kantong penampung urin atau urin bag.

Pada pasien yang tidak mengalami gangguan fungsi luhur dan mampu bersifat kooperatif, keluarga atau pengasuh dapat menganjurkan pasien untuk berlatih “Kegel Exercise”. Yaitu suatu latihan mengencangkan dan melemaskan otot – otot panggul yang bertujuan untuk menguatkan 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 yang tidak terasa. Masalah yang paling sering ditemukan adalah konstipasi. Banyak hal yang menyebabkan konstipasi, antara lain tirah baring lama, kurang aktivitas fisik, asupan kurang serat, kurang air minum, dan efek samping obat.

Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari, 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 glycerin melalui rectal sesuai kondisi pasien.

j. Kesulitan mengenakan pakaian

Berpakaian secara mandiri merupakan salah satu kegiatan yang harus dipelajari kembali oleh pasien pasca stroke.

Cara mengenakan kemeja :

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

Cara mengenakan celana :

- 1) Masukan kaki yang lemah terlebih dahulu lengan yang lemah terlebih dahulu ke dalam celana
- 2) Setelah itu masukkan kaki yang sehat ke dalam celana
- 3) Jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik ke atas
- 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 me-reorientasikan kembali pemahaman pasien terhadap, tempat, waktu dan orang. Sebagai contoh, keluarga dapat mengatakan, “Selamat pagi Bapak/ Ibu, hari ini hari Senin, tanggal 4 Februari tahun 2017, kita jalan – jalan yuk, mumpung udaranya cerah, sinar matahari terang, supaya badan Bapak/ Ibu menjadi segar”.

Secara tidak langsung, sambil berkomunikasi keluarga sudah melatih daya ingat pasien mengenai waktu dan cuaca.

Hal lain yang dapat dilakukan keluarga adalah dengan meletakkan benda yang menunjukkan waktu di kamar pasien. Selain itu, keluarga juga dapat mengajak pasien untuk membicarakan masa lalu yang menyenangkan. Bila memungkinkan, akan lebih menarik lagi bila menggunakan “Bahasa Ibu” pada saat berkomunikasi dengan pasien.

I. Perubahan kepribadian dan emosi

Sebagian pasien pasca stroke dapat mengalami perubahan kepribadian dan emosi. Hal ini terutama terjadi pada pasien stroke dengan afasia. Pasien afasia tidak mampu mengungkapkan apa yang mereka inginkan, sehingga seringkali pasien menjadi frustrasi, marah, kehilangan harga diri dan emosi pasien menjadi labil. Keadaan ini pada akhirnya menyebabkan pasien menjadi depresi.

Emosi labil ditandai dengan pasien mudah sekali menangis, atau kadang mudah tertawa. Sedangkan tanda dan gejala depresi antara lain bicara pasien menjadi pelan dan lambat, pasien menolak minum obat, tidak mempunyai motivasi untuk latihan fisioterapi, atau pasien menjadi sangat sensitif dan mudah tersinggung.

Untuk mengatasi masalah tersebut, keluarga dan pengasuh dapat memberikan support mental dan selalu me-reorientasikan pasien pada realita. Keluarga dan pengasuh juga secara bersama – sama sebaiknya mengenal dan membuat daftar mengenai hal – hal atau keadaan yang membuat pasien merasa jenuh atau frustrasi, dan bagaimana cara mengantisipasinya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan

adalah melakukan kegiatan yang menyenangkan secara bersama – sama di luar rumah, atau mengikutsertakan pasien pada acara keluarga atau acara keagamaan. Bila diperlukan dapat dilakukan konsultasi oleh psikolog atau diberikan obat anti depresan oleh dokter yang merawat.

Keluarga atau pengasuh sebaiknya membuat buku harian yang berisi kondisi pasien, masalah yang terjadi, obat – obatan dan menu yang dikonsumsi, serta kegiatan lain yang dilakukan pasien bersama pengasuh dan keluarga. Catatan harian sebaiknya juga berisi kemajuan yang dialami pasien, baik kemajuan keterampilan fisik maupun kemajuan respon emosi pasien.

Bila memungkinkan pasien dilibatkan dalam menyusun suatu rencana, termasuk merencanakan melewati waktu dengan bepergian ke tempat yang telah disetujui bersama. Rencana bepergian keluar rumah paling tidak sekali dalam seminggu, baik sekedar rekreasi atau berkunjung ke rumah kerabat atau teman. Bila keluarga yang merawat pasien atau pengasuh merasa jenuh, sekali waktu dapat dicari pengganti sementara, tetapi hal ini harus dibicarakan sebelumnya dengan pasien. Berbagi kepada orang lain mengenai perasaan yang dirasakan merupakan salah satu cara menghilangkan kejenuhan. Keluarga dan pengasuh harus bersikap optimis, bahwa pasien akan mengalami kemajuan. Tidak ada salahnya merayakan bersama pasien perubahan atau kemajuan yang terjadi, walau sekecil apapun, kemajuan tersebut. Menangis merupakan hal yang manusiawi. Menangislah kalau anda ingin menangis. Keluarga dan pengasuh hendaknya berpikir mengenai apa yang dapat pasien lakukan, bukan apa yang tidak dapat dilakukan pasien.

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, berkurangnya lubrikasi vagina, sehingga terjadi penurunan frekuensi hubungan seksual antar pasangan. Factor utama penyebab penurunan fungsi seksual ini adalah factor fisik, psikis, dan social. Selain itu, pendapat umum tentang seksualitas juga berpengaruh, antara lain; takut mengalami impotensi, tidak dapat berdiskusi tentang masalah seksual, dan merasa tidak mampu berpartisipasi dalam hubungan seksual. Tetapi, sekitar 10 % pasien pasca stroke mengalami hal sebaliknya, yaitu terjadi peningkatan libido dan kepuasan seksual bertambah. Hal ini disebabkan karena bertambah erat relasi antar pasangan atau terjadinya perubahan elemen psikis ke arah yang lebih baik.

Pasien pasca stroke dan pasangannya membutuhkan konsultasi seksual dari tim kesehatan yang kompeten. Tetapi sebagian besar pasangan ini tidak dapat menyampaikan secara verbal, sehingga dokter dan tim kesehatan lain harus aktif menanyakan secara langsung apakah pasien dan pasangannya mengalami masalah seksual ini.

Pasien pasca stroke diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya setelah terserang stroke. Seringkali pasien membutuhkan waktu untuk kembali mampu melakukan hubungan seksual. Hal ini disebabkan karena dampak dari stroke, misalnya kelumpuhan atau

kekakuan yang mempersulit pasien dalam mengatur posisi. Tetapi masalah ini secara umum dapat diatasi dengan bantuan dan konsultasi dari tim stroke. Beberapa pasien laki – laki mengeluh tidak mampu mempertahankan ereksi. Hal yang menjadi penyebabnya adalah antara lain; stroke itu sendiri, penyakit diabetes, merokok atau efek samping obat yang dikonsumsi oleh pasien, misalnya obat antihipertensi. Tidak perlu khawatir, pada saat ini sebagian besar masalah tersebut diatas telah mampu ditangani oleh dokter dan tim stroke.

B. Tinjauan Umum Tentang Pendidikan Kesehatan

1. Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan atau masyarakat melalui proses pendidikan (Groud, 1958 dalam Susilo, 2011).

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Ottawa Charter, 1986 dalam Notoadmodjo 2010).

Pendidikan kesehatan adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga dapat melakukan seperti yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan (Fitriani, 2011)

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan perilaku sehat individu maupun masyarakat, pencegahan penyakit, serta mengelola (memberikan perawatan) penyakit kronis di rumah. Pendidikan kesehatan pada dasarnya untuk meningkatkan derajat

kesehatan (kesejahteraan) dan menurunkan ketergantungan serta memberikan kesempatan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk mengaktualisasikan dirinya dalam mempertahankan keadaan sehat yang optimal. Pendidikan kesehatan tidak hanya memberikan informasi saja tetapi yang penting adalah menciptakan kegiatan yang dapat memandirikan seseorang untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi (Duryea E. J., 1983 dalam Nursalam & Effendi, 2008).

3. Tahap – tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Oleh karena mengubah perilaku seseorang itu tidak mudah, maka kegiatan pendidikan kesehatan harus melalui tahap – tahap yang hati – hati, secara ilmiah. Dalam hal ini Hanlon (1964) seperti dikutip Azwar (1983) dalam Susilo (2011) mengemukakan tahap – tahap ini.

a. Tahap sensitisasi

Tahap ini dilakukan guna memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal – hal penting berkaitan dengan kesehatan, misalnya kesadaran akan adanya pelayanan kesehatan, kesadaran akan adanya fasilitas kesehatan, kesadaran akan adanya wabah penyakit, kesadaran akan adanya kegiatan imunisasi. Bentuk kegiatan adalah siaran radio berupa radio spot, poster, selebaran atau lainnya.

b. Tahap publisitas

Tahap ini adalah kelanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan misalnya press release dikeluarkan oleh departemen kesehatan untuk menjelaskan lebih lanjut jenis atau macam pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan pada fasilitas pelayanan kesehatan, umpamanya macam pelayanan pada puskesmas, polindes, pustu atau lainnya.

c. Tahap edukasi

Tahap ini sebagai kelanjutan dari tahap sensitisasi. Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut, misalnya setelah adanya kegiatan ini, Ibu – Ibu yang hamil memahami benar pentingnya memeriksakan secara rutin mengenai kesehatan kehamilannya pada polindes atau puskesmas, yakni kepada bisan atau dokter.

d. Tahap motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Perorangan atau masyarakat setelah mengikuti pendidikan kesehatan, benar – benar mengubah perilaku sehari – harinya, sesuai dengan perilaku yang dianjurkan oleh pendidikan kesehatan pada tahap ini. Umpunya setelah mengikuti pendidikan kesehatan ini, ia melakukan bersikat gigi sesuai dengan anjuran pendidikan kesehatan, misalnya bersikat gigi dengan cara yang benar empat kali sehari semalam, yakni setiap habis makan dan hendak tidur.

C. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang mengadakan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Wawan & Dewi, 2010)

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan pancainderanya. Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (*believes*), takhayul (*supersitition*) dan penerangan - penerangan yang keliru (*misinformation*). Pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia (Mubarak, 2011)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, merupakan domain penting dalam membentuk tindakan seseorang (over behaviour). Proses kognitif meliputi ingatan, pikiran, persepsi, simbol – simbol penalaran dan pemecahan persoalan (Lestari, 2015).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan, pengetahuan adalah segala sesuatu sebagai hasil pikiran manusia melalui pengalaman atau penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoadmodjo, 2007) domain tingkat pengetahuan (kognitif) manusia dibagi dalam enam tingkatan yaitu:

a. Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi masalah tersebut secara benar. Orang yang lebih paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi real atau sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjukan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula – formula yang ada.

f. Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian – penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada.

3. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan (Lestari, 2015).

a. Sosial Ekonomi

Lingkungan sosial akan mendukung tingginya pengetahuan seseorang bila ekonominya baik, tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan akan tinggi pula.

b. Kultur (budaya dan agama)

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring sesuai tidaknya dengan budaya yang ada apapun agama yang dianut.

c. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan maka akan mudah menerima hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut.

d. Pengalaman

Pengalaman disini befrkaitan dengan umur dan pendidikan individu. Pendidikan yang tinggi, maka pengalaman akan lebih luas, sedangkan semakin tua umur seseorang maka pengalamannya akan semakin banyak.

4. Pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke

Study literatur Hafsteinsdo'ttir (2010) mengenai pendidikan dan pengetahuan yang paling dibutuhkan oleh *family caregiver* dalam merawat penderita pasca stroke adalah mengenai perawatan fisik, latihan/olahraga, bergerak, mengangkat, aspek psikologis, depresi serta masalah gizi. Pengetahuan tersebut erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambil dalam merawat penderita pasca stroke, karena dengan pengetahuan tersebut family caregiver memiliki alasan dan landasan untuk menentukan suatu pilihan. Selain itu kurangnya pengetahuan tentang perawatan bagi penderita juga akan berdampak pada penderitanya, seperti terjadinya stroke berulang, pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, bahkan dapat terjadi kematian (Irdawati, 2009).

Peran keluarga dalam pelaksanaan rehabilitasi medik pada pasien stroke diantaranya (Festy, 2009) :

a. Peran keluarga sebagai motivator

Berdasarkan hasil penelitian dapat memberikan gambaran bahwa sebagian besar keluarga pasien stroke telah menjalankan perannya dengan baik sebagai motivator di dalam pelaksanaan Rehabilitasi Medik yaitu mencapai 78%. Hal ini dapat ditunjukkan dengan banyaknya keluarga pasien stroke yang memiliki motivasi tinggi dalam memberikan dukungan pasien stroke di dalam pelaksanaan

Rehabilitasi Medik yang meliputi: keluarga mengingatkan disaat akan dilakukan latihan, mendorong pasien agar tidak putus asa, agar pasien patuh terhadap program latihan dan pasien melakukan latihan secara rutin. Sehingga dapat menimbulkan semangat pada diri pasien demi tercapainya peningkatan status kesehatan secara optimal. Tingginya motivasi keluarga dalam memberikan motivasi secara optimal pada pasien stroke dalam pelaksanaan Rehabilitasi Medik dipengaruhi salah satunya oleh kejadian situasional. Hal ini sesuai dengan Friedman (1998) bahwa kejadian situasional disini merupakan kejadian yang berhadapan dengan keluarga yang pasti mempengaruhi fungsi peran setiap anggota keluarga dan situasi ini sebenarnya merupakan kejadian yang penuh dengan stres.

b. Peran keluarga sebagai educator

Berdasarkan hasil penelitian dapat memberikan gambaran bahwa peran keluarga sebagai educator yang telah diperankan dalam pelaksanaan Rehabilitasi Medik ternyata masih sangat kurang yaitu hanya mencapai 39%. Hal ini dapat ditunjukkan dengan kurangnya pengetahuan keluarga tentang program Rehabilitasi Medik pada pasien stroke sehingga keluarga kurang mampu memberikan pendidikan pada pasien tentang pentingnya program Rehabilitasi Medik, tentang urutan pelaksanaan latihan, tentang akibat bila tidak menjalani latihan, dan tentang pengalaman – pengalaman yang terjadi di masyarakat pada pasien yang menjalani latihan dan yang tidak menjalani latihan. Kurangnya pengetahuan keluarga dalam menjalankan peran sebagai *educator* disebabkan oleh karena kurangnya pengalaman keluarga tentang cara merawat pasien stroke, kurangnya informasi yang didapat oleh keluarga tentang penyakit stroke dan tentang program Rehabilitasi Mediknya. Adapun pengetahuan itu sendiri merupakan hasil dari tahu dan ini

terjadi setelah orang melakukan penginderaan pada obyek tertentu (Notoadmodjo, 2003). Peran keluarga sebagai educator ini hendaklah dapat lebih ditingkatkan karena keluarga merupakan sistim pendukung yang penting dalam memberikan pendidikan kesehatan dalam sebuah keluarga.

c. Keluarga sebagai perawat keluarga

Berdasarkan hasil penelitian dapat memberikan gambaran bahwa peran sebagai perawat keluarga yang telah diperankan oleh keluarga dalam pelaksanaan Rehabilitasi Medik sudah cukup yaitu mencapai 65%. Ini dapat ditunjukkan dengan banyaknya keluarga pasien stroke yang sudah mampu melaksanakan tindakan keperawatan secara mandiri. Menurut Notoadmodjo perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Dimana hal ini akan mempengaruhi peran keluarga sebagai perawat keluarga terutama pada pasien stroke yang membutuhkan program Rehabilitasi Medik yang meliputi keluarga memperhatikan waktu (jadwal) latihan, keluarga memberikan perawatan sederhana untuk meringankan dampak kecacatan, keluarga melakukan tindakan untuk meningkatkan status kesehatan, dan keluarga selalu berkonsultasi dengan petugas rehabilitasi medik tentang program latihan dan tentang keadaannya, maka hendaklah lebih ditingkatkan lagi pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit demi peningkatan derajat kesehatan keluarga secara menyeluruh.

Keluarga mempunyai cara koping tertentu dalam menghadapi masalah emosi penderita. Sebagian keluarga lebih memilih diam atau menghindar ketika penderita sedang emosi. Hal ini dilakukan agar tidak

terjadi pertengkaran antar anggota keluarga. Sejalan dengan penelitian Silaendkk (2008) dalam jurnal Fuady dkk (2016), pengasuh umumnya sering merasakan adanya perubahan kepribadian pada pasien - pasien pasca stroke. Perubahan kepribadian yang dirasakan ini berhubungan dengan gangguan emosional pada pengasuh dan pasien dan tingkat disabilitas pada pasien, sehingga perlu diberikan kepedulian, edukasi, dan perhatian terhadap pengasuh sebagaimana pada pasien stroke untuk mencegah terjadinya gangguan emosional.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rajesh Kumar dkk pada tahun 2016, menunjukkan bahwa Informasi Kesehatan, dukungan profesional dan Keterlibatan perawatan merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi pengasuh, Kebutuhan yang paling penting berada dalam Informasi kesehatan, dukungan Instrumental dan dukungan profesional, serta kebutuhan penting lainnya seperti Dukungan emosional, dan dukungan komunitas di daerah pengasuh.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

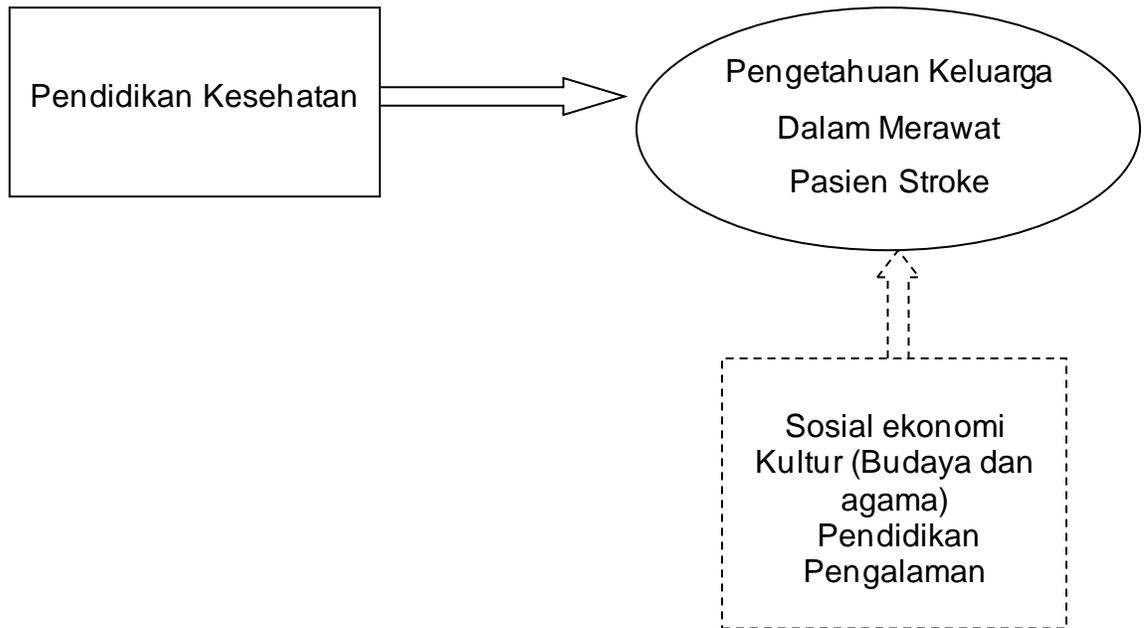
Pengetahuan adalah hasil tahu dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan yaitu segala sesuatu yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia. Pengetahuan juga merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behaviour*). Pengetahuan yang baik akan memberi dampak yang baik bagi perilaku seseorang. Pengetahuan menjadi dasar dalam memilih sikap dan bertindak.

Pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga memiliki alasan dan landasan dalam menentukan suatu pilihan. Sebagai *family caregiver* yang merawat penderita stroke, keluarga harus mempunyai pengetahuan yang baik tentang perawatan pasien stroke seperti perawatan fisik, latihan/olahraga, bergerak, mengangkat, aspek psikologis, depresi serta masalah gizi. Kurangnya pengetahuan keluarga akan menyebabkan salah persepsi, gelisah, dan ketakutan, menurunnya kondisi kesehatan dan masalah emosional seperti depresi. Hal inilah yang menyebabkan kondisi pasien stroke semakin memburuk.

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke yang diberikan kepada keluarga diharapkan bisa dan mampu diterapkan oleh keluarga sehingga membantu dalam proses pemulihan pada pasien stroke.

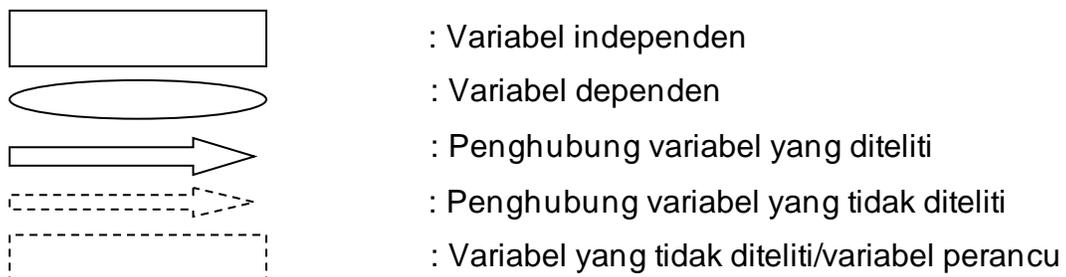
Dalam penelitian ini akan melibatkan dua variabel yaitu variabel independen berupa pendidikan kesehatan dan variabel dependen berupa

pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke. Maka kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan seperti bagan dibawah ini :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Keterangan :



B. Hipotesis Penelitian

Mengacu pada tinjauan pustaka dan kerangka pemikiran yang telah dikemukakan, maka hipotesis penelitian sebagai berikut : “Ada perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di unit Fisioterapi

Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan”.

C. Definisi Operasional

Variabel Independen Pendidikan Kesehatan dan Variabel Dependen Pengetahuan.

NO	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1	Informasi yang diberikan peneliti kepada keluarga oleh pasien stroke yang bertujuan untuk menambah pengetahuan keluarga.	Memberikan penyuluhan	-	-	Kelompok pre : pengukuran tingkat pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan. Kelompok post : pengukuran tingkat pengetahuan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.
2	Segala sesuatu yang diketahui oleh keluarga pasien tentang perawatan pasien stroke	Pengertian stroke. Penyebab stroke. Dampak dan Perawatan pasien stroke.	kuesioner	Ordinal	Baik : jika total jawaban responden benar 31 - 40 Kurang : jika total jawaban responden benar 20 – 30

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Pre Experimen Design*, dengan *One Group Pre-test – Post-test* yang dilakukan pada satu kelompok yang diberi perlakuan/intervensi tertentu, yang diobservasi sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Selanjutnya dibandingkan hasil *pre* dan *pos-test*-nya. Ciri penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan *causal* dengan cara melibatkan satu kelompok subjek.

Tabel 4.1 Kerangka Penelitian

Subjek	Pre-test	Intervensi/perlakuan	Post-test
K	O Waktu 1	I Waktu 2	O1 Waktu 3

Keterangan :

- K = Keluarga pasien stroke
- I = Intervensi pendidikan kesehatan
- O = Pengukuran sebelum perlakuan
- O1 = Pengukuran setelah perlakuan

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, alasan pemilihan lokasi penelitian ini karena tempat ini sesuai dengan kriteria penelitian, mudah dalam menemukan sampel penelitian, dan mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan Februari 2018.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat langsung pasien stroke yang sedang menjalankan terapi di unit fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Data yang diperoleh pada saat pengambilan data awal di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 5 desember 2017 diperoleh jumlah rata – rata pasien stroke yang aktif mengikuti terapi selama tiga bulan terakhir 32 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang merawat pasien stroke. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama kepada setiap anggota populasi untuk terpilih atau tidak terpilih menjadi sampel dalam penelitian, dengan tujuan tidak untuk generalisasi dan tidak dipilih secara acak (tidak berazaskan probabilitas). Pendekatan yang digunakan *consecutive sampling* yaitu suatu metode pengumpulan sampel yang dilakukan

dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

Kriteria sampel sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi
 - 1) Semua keluarga yang merawat langsung pasien stroke
 - 2) Bersedia menjadi responden
- b. Kriteria eksklusi

Responden tidak bisa membaca, menulis, dan mendengar.

D. Instrumen Penelitian

Jenis instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat oleh peneliti sendiri yang mengacu pada teori dan konsep yang berisi pernyataan. Akan tetapi, sebelum kuesioner disebarakan kepada responden penelitian, peneliti terlebih dahulu melakukan uji coba kepada 20 orang responden dengan karakteristik yang sama dengan penelitian yang diharapkan. Uji coba ini dilakukan untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen (Kuesioner). Uji validitas dan reabilitas telah dilakukan pada tanggal 15 – 16 November 2017 dengan jumlah responden 20 orang keluarga pasien stroke yang dipilih di beberapa tempat berbeda yang bisa peneliti temui. Hasil uji coba ini diuji melalui program SPSS. Pernyataan dikatakan valid jika r hasil > t tabel dengan r hasil dilihat dari kolom corrected item - total correlations. Dari hasil uji 25 pernyataan terdapat 4 butir pernyataan yang tidak valid yaitu P6, P8, P9, P25 sehingga peneliti menghapus pernyataan tersebut dari kuesioner. Sedangkan kuesioner dapat dikatakan reliabel jika memiliki nilai alpha minimal 0,7 (Djemari, 2003 dalam Handoko, 2014). Dari hasil uji menunjukkan bahwa nilai alpha cronbach 0,755 yang artinya nilai alpha diatas 0,7 sehingga kuesioner tersebut dapat dikatakan reliabel.

Kuesioner yang sudah lulus uji terdiri dari 21 butir pernyataan dan peneliti menghapus lagi satu pernyataan pada P2 sehingga jumlah pernyataan menjadi 20 butir, kemudian disebarakan kepada responden yang sesungguhnya. Responden mengisi pernyataan sesuai dengan jawaban yang sudah disediakan dilembar kuesioner. Kuesioner yang diberikan terdiri dari tiga bagian, bagian A berisi identitas keluarga meliputi nama/inisial, usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan terakhir, hubungan dengan pasien stroke. Bagian B berisi identitas pasien stroke meliputi nama, usia, jenis kelamin, lamanya menderita stroke, lamanya dirawat di rumah. Bagian C terdiri dari 20 pernyataan seputar pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke, faktor resiko, dampak, dan perawatan pasien stroke. Pernyataan pengertian stroke terdapat pada No.1, faktor resiko (No. 2, 3,), dampak (No.4,), dan perawatan pasien stroke (No. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, dan 20). Jika jawaban benar diberi nilai 2 dan jawaban salah diberi nilai 1. Pernyataan positif terdapat pada nomor 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, pernyataan negatif pada nomor 2, 4, 5, 8, 16, 19. Pada pernyataan positif jika jawaban benar diberi nilai 2 dan jika jawaban salah diberi nilai 1, sedangkan pada pernyataan negatif jika jawaban benar diberi nilai 1 dan jika jawaban salah diberi nilai 2.

E. Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti mendapatkan pengantar dari pihak institusi Kampus STIK Stella Maris, kemudian menyerahkan kepada pihak Rumah Sakit Stella Maris untuk mendapatkan ijin atau persetujuan meneliti keluarga pasien stroke yang dirawat di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris. Setelah mendapat persetujuan, barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika meliputi:

1. Informed consent

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak memaksakan dan tetap menghormati hak klien.

2. Anomity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

3. Confidentially

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Data – data yang dikumpulkan berupa :

- a. Data primer

Data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti seperti identitas dan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke.

- b. Data sekunder

Data yang diambil dengan cara menelusuri dan menelaah literatur data pasien stroke di MRO dan di unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris.

F. Pengolaan Data

Adapun langkah – langkah pengolaan data meliputi:

1. Editing

Proses editing dilakukan setelah data terkumpul dan dilakukan dengan memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data, dan keseragaman data.

2. Coding

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua jawaban perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol – simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. Entri Data

Memasukan data yang telah terkumpul dengan menggunakan program komputer.

4. Tabulasi

Dilakukan dengan mengelompokkan data disesuaikan dengan variabel yang diteliti selanjutnya ditabulasi untuk mendapatkan distribusi frekuensi dari variabel yang diteliti.

G. Analisa Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan komputer program SPSS versi 22 windows.

Adapun analisis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

1. Analisis Univariat

Dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi data pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke dan presentase dari setiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat adalah *uji wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$ dengan interpretasi hasil:

- a. Jika $p < 0,05$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada perbedaan antara pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan.
- b. Jika $p \geq 0,05$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima artinya tidak ada perbedaan antara pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, pada tanggal 1 sampai dengan 15 Februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non probability sampling* dan pendekatan *consecutive sampling* serta jumlah sampel sebanyak 26 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan keluarga pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan. Sedangkan pengolahan data dengan menggunakan program komputer yaitu *SPSS for windows versi 21.0*.

Analisis data yang digunakan adalah Analisis univariat, untuk melihat distribusi frekuensi dan persentase pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke dan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat adalah *uji wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris adalah salah satu rumah sakit swasta Katolik di Provinsi Sulawesi Selatan yang dikelola oleh PT. Citra Ratna Nirmala. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 08 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 Januari 1940. Rumah sakit ini

berada di Jl. Somba Opu no. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris Makassar bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Stella Maris mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut ke dalam suatu rencana untuk membangun sebuah rumah sakit katolik yang berpedoman pada nilai-nilai Injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar mengacu pada misi Tarekat dan PT. Citra Ratna Nirmala sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris. Ada pun visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan, dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya.

Berikut ini adalah uraian visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris:

1) Uraian Visi

- a) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan
- b) Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option for the poor*)
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c) Pelayanan kesehatan dengan standard peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- d) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Karakteristik Demografi Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Demografi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, 2018

Karakteristik	n = 26	%
Jenis Kelamin		
Laki – laki	17	65.4
Perempuan	9	34.6
Umur		
17 – 25	7	26.9
26 – 35	8	30.8
36 – 45	6	23.1
46 – 55	3	11.5
56 – 65	1	3.8
> 66	1	3.8
Pendidikan		
SMP	5	19.2
SMA	12	46.2
PT	9	34.6

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang dilaksanakan terhadap 26 responden keluarga pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, diperoleh distribusi responden berdasarkan jenis kelamin jumlah tertinggi adalah laki-laki sebanyak 17 (65.4%), sedangkan umur responden tertinggi berada pada kisaran umur 26 - 35 tahun yaitu sebanyak 8 (30.8%) responden dan data umur responden terendah berada pada kisaran umur 56 – 65 dan 66 tahun keatas dengan jumlah yang sama yaitu 1 (3.8%) responden,

dengan tingkat pendidikan tertinggi pada tingkat SMA sebanyak 12 (46.2%) dan terendah SMP sebanyak 5 (19.2) responden.

4. Analisa Univariat

Pengetahuan keluarga pasien stroke sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan
Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan
Kesehatan di Unit Fisioterapi
RS Stella Maris Makassar,
2018

Pengetahuan	Pre Intervensi		Post Intervensi	
	(f)	(%)	(f)	(%)
Baik	12	46,2	22	84,6
Kurang	14	53,8	4	15,4
Total	26	100	26	100

Berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 26 responden keluarga pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke pengetahuan baik sebanyak 12 (46.2%) responden dan setelah diberikan pendidikan kesehatan adanya peningkatan jumlah responden yang memiliki pengetahuan baik menjadi 22 (84.6%) responden. Sedangkan responden yang pengetahuannya kurang sebelum diberikan pendidikan kesehatan

berjumlah 14 (53.8%) responden dan setelah diberikan pendidikan kesehatan jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang mengalami penurunan yaitu dengan jumlah 4(15,4%) responden.

5. Analisa Bivariat

Tabel 5.3
Analisa Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke di Unit Fisioterapi RS Stella Maris Makassar, 2018

Intervensi	Pengetahuan Keluarga	n	Mean Rank	Nilai p
Pendidikan kesehatan (Post) < Pendidikan kesehatan (Pre)	Penurunan pengetahuan	0	,00	
Pendidikan kesehatan (Post) > Pendidikan kesehatan (Pre)	Peningkatan pengetahuan	10	5,50	0,002
Pendidikan kesehatan (Post) = Pendidikan kesehatan (Pre)	Tidak mengalami perubahan pengetahuan	16		
Total		26		

Berdasarkan tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 26 responden keluarga pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa responden yang mengalami penurunan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke berjumlah 0 responden, responden yang mengalami peningkatan

pengetahuan dari kurang menjadi baik setelah diberikan pendidikan kesehatan perawat pasien stroke berjumlah 10 responden, dan responden yang tidak mengalami perubahan pengetahuan sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke berjumlah 16 responden, dengan nilai $p = 0.002$ yang menunjukkan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

Berdasarkan tabel pada analisa bivariat yang diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 26 responden keluarga pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan menggunakan uji *wilcoxon* diperoleh nilai $p=0,002$ yang artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga pasien stroke. Hasil penelitian menunjukkan ada 16 responden yang memiliki tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke tidak mengalami perubahan.

Menurut Groud 1958 dalam Susilo (2011) pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perorangan atau masyarakat melalui proses pendidikan. Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Ottawa Charter, 1986 dalam Notoadmodjo 2010).

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Saragih (2010), beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran antara lain: 1. Tingkat pendidikan, yang dapat

mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya. 2. Tingkat sosial ekonomi, semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru. 3. Ketersediaan waktu di masyarakat, waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan. Hal ini dikarenakan aktivitas dan pekerjaan tiap individu berbeda antara satu dengan yang lainnya. 4. Kepercayaan masyarakat, dalam menerima informasi masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal dan berperan penting dalam bermasyarakat. 5. Adat Istiadat, masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan. Oleh karena itu seiring dengan banyaknya informasi-informasi baru mengenai kesehatan, masyarakat tidak akan meninggalkan adat yang mereka miliki karena sudah menjadi kebiasaan yang harus dilakukan.

Menurut Notoadmojo (2010) agar mencapai suatu hasil yang optimal dalam melakukan pendidikan kesehatan, materi juga harus disesuaikan dengan sasaran. Demikian juga alat bantu pendidikan. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Seperti yang dikemukakan oleh Mubarak dkk, (2006) media merupakan sesuatu yang bersifat menyalurkan pesan dan dapat merangsang pikiran, perasaan, dan kemauan audien sehingga dapat mendorong terjadinya proses belajar pada dirinya. Tujuan penggunaan media adalah untuk mempermudah sasaran memperoleh pengetahuan dan ketrampilan. Kehadiran media mempunyai arti yang sangat penting, sebab ketidakjelasan bahan yang

akan disampaikan dapat dibantu dengan menghadirkan media sebagai perantara.

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan penyuluhan kesehatan menurut Notoatmojo (2007) yaitu: 1. Faktor penyuluh yang meliputi kurangnya persiapan, kurangnya penguasaan materi yang akan dijelaskan oleh pemberi materi, penampilan yang kurang meyakinkan sasaran, bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti oleh sasaran, suara pemberi materi yang terlalu kecil, dan penampilan materi yang monoton sehingga membosankan. 2. Faktor sasaran yang meliputi tingkat pendidikan sasaran yg terlalu rendah, tingkat sosial ekonomi sasaran yg terlalu rendah, kepercayaan dan adat istiadat yang telah lama tertanam sehingga sulit untuk mengubahnya, dan kondisi tempat tinggal sasaran yang tidak memungkinkan terjadinya perubahan perilaku. 3. Faktor proses penyuluhan yang meliputi waktu penyuluhan tidak sesuai dengan waktu yang diinginkan sasaran, tempat penyuluhan yang dilakukan di tempat yang dekat keramaian sehingga mengganggu proses penyuluhan, jumlah sasaran yang terlalu banyak, alat peraga dalam penyuluhan kesehatan kurang, metode yang digunakan kurang tepat, dan bahasa yang digunakan sulit dimengerti oleh sasaran.

Sejalan dengan penelitian sebelumnya dari Ratri Imas Permana pada tahun 2016 yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan pada kelompok intervensi dengan nilai yang signifikan yaitu $p=0,000$ ($p<0,05$). Peneliti berasumsi pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke dengan kategori pengetahuan setelah diberi intervensi lebih besar dari pengetahuan sebelum diberi intervensi, karena pada saat diberikan pendidikan kesehatan responden memiliki perhatian lebih serta didorong oleh rasa ingin tahu yang besar

terhadap informasi yang diberikan oleh peneliti. Artinya minat responden terhadap informasi yang diberikan sangat baik. Karena tujuan diberikannya pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan peserta didik dalam hal ini keluarga pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pengetahuan responden setelah diberikan pendidikan kesehatan tidak ada perubahan pengetahuan dengan jumlah 16 responden dari total 26 responden keluarga pasien stroke. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seperti yang dikemukakan oleh Lestari (2015) diantaranya social ekonomi, kultur (Budaya dan agama), pendidikan, dan pengalaman.

Responden yang pengetahuan kurang sebelum dan sesudah diberi pendidikan kesehatan berjumlah 4 responden. Peneliti berasumsi bahwa hal ini terjadi karena kurangnya daya tarik terhadap informasi yang diberikan oleh peneliti, ini dibuktikan pada saat penelitian ada beberapa responden yang kurang perhatian pada saat sedang dilakukan pendidikan kesehatan meskipun peneliti sudah berusaha menggunakan cara yang terbaik dalam melakukan pendidikan kesehatan.

Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan berjumlah 12 responden. Peneliti berasumsi bahwa hal ini dipengaruhi oleh keluarga pasien stroke yang mencari informasi tentang stroke sejak awal anggota keluarganya menderita stroke. Informasi yang mereka peroleh didapat dari berbagai sumber diantaranya: tenaga kesehatan, televisi, pengalaman orang lain, dan dari internet.

Penelitian ini mempunyai kekurangan dan kelemahan sebagai bahan pertimbangan penelitian selanjutnya, karena penggunaan metode intervensi yang kurang optimal dengan media yang digunakan kurang

mendukung proses penelitian. Media yang digunakan dalam penelitian ini hanya menggunakan leaflet.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 26 responden keluarga pasien stroke pada tanggal 1 – 15 Februari 2018 di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mengalami pengetahuan kurang.
2. Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian mayoritas mengalami pengetahuan baik.
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas maka peneliti memberikan saran kepada berbagai pihak untuk dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke seoptimal mungkin. Berdasarkan hasil tersebut maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

6. Bagi Keluarga Pasien stroke

Diharapkan mampu menerapkan informasi tentang perawatan pasien stroke yang sudah diperoleh dari peneliti kepada anggota keluarga mereka yang menderita stroke.

7. Bagi Pengelola Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Diharapkan untuk mengoptimalkan program pendidikan kesehatan serta menetapkan peraturan dan kewajiban kepada perawat agar melaksanakan peran dan fungsi dengan baik, khususnya dalam memberikan pendidikan kesehatan terhadap keluarga pasien stroke.

8. Bagi Perawat

Diharapkan mampu melaksanakan standar asuhan keperawatan dengan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam melakukan pendidikan kesehatan terhadap keluarga pasien stroke, agar menambah wawasan keluarga dalam merawat pasien stroke dan mampu menerapkan dengan benar informasi yang mereka peroleh kepada anggota keluarganya yang menderita stroke.

9. Bagi Instansi Pendidikan

Diharapkan mampu meningkatkan mutu pendidikan kesehatan khususnya pendidikan kesehatan terhadap keluarga dalam merawat pasien stroke.

10. Peneliti Selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penelitian ini dengan membuat kelompok control keluarga pasien stroke yang akan dibandingkan pengetahuannya tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Agonwardi, & Budi, H. (2016). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan Range of Motion (ROM) Terhadap Keterampilan Keluarga Melakukan ROM Pasien Stroke. *Jurnal Endurance* , 47-54.
- Arum, Sheria Puspita. (2015). *Stroke : Kenali Cegah dan Obati*. Yogyakarta : Notebook.
- Barbara & Marry. (2010). Rethinking Intervention Strategies in Stroke Family Caregiving. Diakses pada tanggal 10 September 2017 dari www.rehabnurse.org.
- Festy, P. (2009). Peran Keluarga dalam Pelaksanaan Rehabilitasi Medik pada Pasien Stroke.
- Fitriani, S. (2011). *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Fuady, N.; Sjattar, E. L.; Hadju, V. (2016). Pengaruh Pelaksanaan Discharge Planning Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga Merawat Pasien Stroke Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo. Vol.6 No.2 : 172 – 178, ISSN 2252-5416. Bagian Magister Manajemen Ilmu Keperawatan, Universitas Hasanuddin dan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
- Given Barbara, et all. (2010). *What Knowlage and Skills Do Caregivers Need*. Diakses pada tanggal 10 September 2017 dari <http://www.nursingcenter.com>
- Hafsteinsdo' ttir, Vergunts, et all. (2010). Educational Needs of Patients with a Stroke and Their Caregivers: Diakses pada 6 Oktober 2017 dari <http://journals.Ohiolink.Edu/ejc/search>
- Hidayat, A. A. (2012). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Irdawati. (2009). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Perilaku dalam Meningkatkan Kapasitas Fungsional Pasien Pasca Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Surakarta.
- Junaidin, I. (2012). *Stroke : Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Kumar, R.; Kaur, S.; & Reddemma, K. (2016). *Family Needs of Caregivers of Stroke Survivors*. Post Graduate Institute of Medical Education

and Research, National Institute of Nursing Education. Chandigarh, India.

Kyle, T & Carman, S. (2015). Buku Praktik Keperawatan Pediatri. Jakarta: EGC.

Lestari, T. (2015). Kumpulan Teori Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan. Jakarta: Numed.

Mubarak. (2011). Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Mubarak, Wahid Iqbal, dkk. (2006). Ilmu Keperawatan Komunitas. Jakarta: CV Sagung Seto

Mulyatsih, E & Ahmad, A. (2008). *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke Di Rumah*. Jakarta : FKUI.

Muttaqin, Arif. 2012. *Asuhan Keperawatan Kliien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakata : Salemba Medika.

Notoadmodjo, S. (2007). Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta. [www.books.google.co.id] Diakses Oktober 2017.

Notoadmodjo, S. (2010). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya. Jakarta:Rineka Cipta.

Notoadmodjo, S. (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, A. P.; Murhayati, A.; Wulandari, Y. (2016). Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Pasca Stroke Non Hemoragic Tentang ROM Aktif di RSUD DR. Soehadi Prijonegoro Sragen. S1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta dan Dosen S1 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Nursalam, & Effendi, F. (2008). Pendidikan Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Permana, R. I. & Firmawati, E. (2016). Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1 Sleman. repository.umy.ac.id. Diakses pada tanggal 22 Maret 2018.

- Rahajeng, E. (2011). Upaya Pengendalian Penyakit tidak Menular di Indonesia. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan Volume 2.
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia.
- Rendy, M. C., & TH, M. (2012). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Roza, A., Yunus, K. M., & Wahyuni, S. I. (2013). *Tingkat Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Ruang Merak II di Rumah RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. Staff D III Keperawatan Universitas Abdurrab Dan Mahasiswa D III Keperawatan Universitas Abdurrab.
- Saragih. (2010). Konsep Dasar Pengetahuan. <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/s1keperawatan08/20432011/bab2.pdf>.
- Susilo, R. (2011). Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Van Excel Nj, et all. (2010). Burden of Informal Caregiving for Stroke Patients. Identification of Caregivers at Risk of Adverse Health Effects. Diakses pada tanggal 10 September 2017 melalui : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Wawan, A dan Dewi, N. (2010). Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Manusia. Yogyakarta : Nuhamedika

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Setelah Penyuluhan Kesehatan - Sebelum Penyuluhan Kesehatan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	10 ^b	5.50	55.00
	Ties	16 ^c		
	Total	26		

- a. Setelah Penyuluhan Kesehatan < Sebelum Penyuluhan Kesehatan
 b. Setelah Penyuluhan Kesehatan > Sebelum Penyuluhan Kesehatan
 c. Setelah Penyuluhan Kesehatan = Sebelum Penyuluhan Kesehatan

Test Statistics^a

	Setelah Penyuluhan Kesehatan - Sebelum Penyuluhan Kesehatan
Z	-3.162 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
 b. Based on negative ranks.

Statistics

		Sebelum Penyuluhan Kesehatan	Setelah Penyuluhan Kesehatan
N	Valid	26	26
	Missing	0	0

Frequency Table**Sebelum Penyuluhan Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	14	53.8	53.8	53.8
	Baik	12	46.2	46.2	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Setelah Penyuluhan Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	4	15.4	15.4	15.4
	Baik	22	84.6	84.6	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

JADWAL KEGIATAN

No.	Kegiatan	Bulan dalam Tahun 2017 - 2018																																			
		Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1.	Pengajuan Judul																																				
2.	ACC Judul																																				
3.	Penyusunan Proposal																																				
4.	Ujian Proposal																																				
5.	Perbaikan Proposal																																				
6.	Pelaksanaan Penelitian																																				
7.	Pengelolaan dan Analisa Data																																				
8.	Menyusun Laporan Riset																																				
9.	Ujian Hasil																																				
10.	Perbaikan Skripsi																																				
11.	Pengumpulan																																				

Statistics

		Jenis Kelamin Responden	Umur Responden	Pendidikan Responden
N	Valid	26	26	26
	Missing	0	0	0

→ Frequency Table**Jenis Kelamin Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	9	34.6	34.6	34.6
	Laki - laki	17	65.4	65.4	100.0
Total		26	100.0	100.0	

Umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	7	26.9	26.9	26.9
	26-35	8	30.8	30.8	57.7
	36-45	6	23.1	23.1	80.8
	46-55	3	11.5	11.5	92.3
	56-65	1	3.8	3.8	96.2
	66 ke atas	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMP	5	19.2	19.2	19.2
	SMA	12	46.2	46.2	65.4
	PT	9	34.6	34.6	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

STROKE



**S1 KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS
MAKASSAR
2018
2018**



Apa itu stroke?

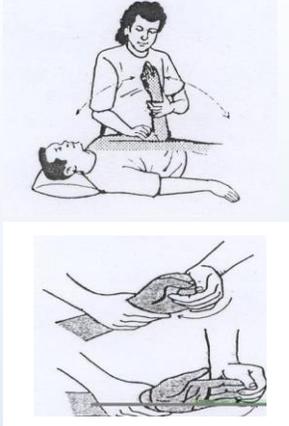
Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah ke otak.

Penyebab Stroke

1. Bekuan darah didalam pembuluh darah
2. Bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain
3. Penurunan aliran darah ke area otak
4. Pecahnya pembuluh darah otak dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak

Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah

1. Posisi tangan dan kaki yang lemah sebaiknya diganjal dengan bantal, baik pada saat berbaring atau duduk.
2. Lakukan latihan gerak sendi



3. Menghampiri dan berbicara dengan pasien dari sisi tubuh yang lemah dan menjauhkan serta menghindarkan barang atau keadaan yang dapat membahayakan keselamatan pasien, misalnya : nyala api, barang tajam.



4. Letakkan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah lengan yang lemah untuk menjaga keseimbangan saat duduk.
5. Bila terpaksa pasien harus makan di tempat tidur, pasien harus di dudukkan tegak 60 – 90 derajat. Ketika pasien menelan, anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala



6. Sebaiknya pengasuh atau keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang untuk membantu mengatasi gangguan penglihatan pasien.
7. Pada siang hari, berikan pasien minum satu gelas setiap 2 jam dan hindari minum pada malam hari.

LEMBAR KUESIONER

Tujuan :

Kuesioner ini dirancang untuk mengidentifikasi : “Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke”

Petunjuk :

1. Berikan tanda (✓) pada kotak pernyataan yang Bapak/Ibu, Saudara/I anggap benar
2. Jika Bapak/Ibu, Saudara/I salah mengisi jawaban, coret jawaban tersebut dan beri tanda centang pada jawaban yang dianggap benar.

A. Identitas Keluarga

Nama/inisial :
 Usia : tahun
 Jenis kelamin :
 Alamat :
 Pendidikan terakhir :
 Hubungan dengan pasien stroke :

B. Identitas Pasien Stroke

Nama :
 Usia : Tahun
 Jenis kelamin :
 Lamanya menderita stroke :
 Lamanya dirawat di rumah :

C. Pengisian Kuesioner

Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke

No.	Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah ke otak.		
2.	Stroke timbul secara perlahan dan berlangsung lambat.		
3.	Penderita darah tinggi, orang yang merokok, kegemukan atau obesitas, memiliki penyakit kencing manis atau diabetes dan penyakit jantung beresiko terkena stroke.		
4.	Stroke tidak dapat menyebabkan kecacatan atau kelumpuhan.		
5.	Penderita paska stroke tidak memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan, latihan menggerakkan anggota badan dan olah raga.		
6.	Penggunaan bantal dibelakang kepala, leher, bahu dan tangan yang lemah sangat penting untuk menjaga keseimbangan duduk pasien stroke.		
7.	Pada saat berbicara dengan pasien stroke usahakan agar wajah kita menghadap lurus ke arah pasien.		
8.	Berikan air minum kepada pasien stroke hanya pada saat pasien haus.		
9.	Bila terpaksa pasien harus makan di tempat tidur, pasien harus didudukkan tegak 60 – 90 derajat.		

10.	Menghampiri pasien dari sisi yang tidak mengalami gangguan lapang pandang merupakan salah satu cara untuk melatih penglihatan pada pasien stroke.		
11.	Latihan mengencangkan dan melemaskan otot – otot panggul bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol buang air kecil.		
12.	Memotivasi pasien untuk bergerak aktif dan mengkonsumsi makanan tinggi serat dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi.		
13.	Pasien stroke perlu dijaga kebersihan dengan mengganti pakaian dan seprei yang bersih.		
14.	Meletakkan kalender dan jam dinding di kamar pasien merupakan cara untuk mengatasi gangguan memori pada pasien stroke.		
15.	Pasien stroke perlu diberikan semangat dan motivasi serta bersosialisasi dengan orang lain.		
16.	Pasien stroke tidak perlu berkomunikasi dan melakukan aktivitas apa pun selama di rumah selain makan dan tidur.		
17.	Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin.		
18.	Untuk mengatasi gangguan menelan, anjurkan pasien stroke untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan.		
19.	Pada pasien stroke yang mengalami gangguan buang air kecil, berikan pasien minum satu gelas setiap 4 jam pada siang hari dan hindari minum		

	pada malam hari.		
20.	Pasien stroke perlu diikutsertakan pada saat acara keluarga atau acara keagamaan.		

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL DAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Agustinus Befi (C1414201001)

Hironimus Jospin (C1414201026)

Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga
Dalam Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN

TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF DOSEN	PARAF MAHASISWA
30/09/2017	BAB I <ul style="list-style-type: none"> • Cara penyusunan latar belakang • Lihat data dari RISKESDAS 		
04/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki judul • Mengklarifikasi data RISKESDAS 2013 • Pengantar rumusan masalah • Tujuan khusus • Manfaat harus fokus pada pendidikan kesehatan 		
06/10/2017	ACC BAB I Pendahuluan		
06/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Konsultasi pertama BAB II • Kurangi materi yang tidak sesuai dengan variabel penelitian 		
13/10/2017	ACC BAB II (Tambahkan faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan) Koreksi BAB III Kerangka konseptual dan definisi operasional		
30/10/2017	Koreksi BAB III dan BAB IV <ul style="list-style-type: none"> • Instrumen penelitian • Lengkapi data • 		
31/10/2017	BAB III Kerangka konsep BAB IV Metodologi		
01/11/2017	ACC BAB III dan BAB IV		

Jln. Maipa No. 19 Makassar
Telp. 0411 - 854808

14/03/2018	Koreksi BAB V		BAB V
24/03/2018	Koreksi BAB V dan BAB VI		BAB V dan BAB VI
27/03/2018	ACC BAB V DAN BAB VI		BAB V dan BAB VI

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

TOPIK	: Perawatan Pasien Stroke
HARI/TANGGAL	:
WAKTU	: 20 menit
PENYAJI	: Agustinus Befi dan Hironimus Jospin
SASARAN	: Keluarga pasien stroke
TEMPAT	: Unit Fisioterapi Rumah Sakit Stella Maris Makassar

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan pasien stroke selama 20 menit, diharapkan sasaran mampu memahami tentang perawatan pasien stroke.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan tentang perawatan pasien stroke selama 20 menit, diharapkan sasaran mampu :

- a. Menyebutkan pengertian stroke
- b. Menyebutkan penyebab stroke
- c. Menyebutkan cara perawatan pasien stroke.

B. Materi

Terlampir

C. Kegiatan Penyuluhan

No.	Tahap	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta	Media dan Alat Penyuluhan	Meotde Penyuluhan
1.	Pendahuluan (3 menit)	Memberikan salam dan perkenalan Menjelaskan kontrak waktu yang dibutuhkan Apersepsi kepada ibu	Menjawab salam Memperhatikan Memberikan tanggapan dan pendapat		Ceramah Ceramah Ceramah
2.	Penyajian (10 menit)	Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur	Memperhatikan, memberi tanggapan dan pendapat	Leaflet	Ceramah, Diskusi, dan demonstrasi
		Materi I : 1. Pengertian			

		stroke 2. Penyebab stroke 3. Dampak stroke 4. Perawatan pasien stroke			
3.	Penutup (10 menit)	1. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya tentang materi yang telah disampaikan 2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 3. Menutup materi dengan ucapan salam dan terimakasih	Memberikan pertanyaan Memperhatikan dan memberikan respon Menjawab salam		Diskusi dan Ceramah

D. Media Dan Alat Penyuluhan

Leaflet

E. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Evaluasi



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM III, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 032.2 / STIK-SM / S1.020.2 / 1 / 2018
Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris Makassar
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Melalui Surat ini kami menyampaikan bahwa sehubungan dengan Tugas Akhir Skripsi untuk Mahasiswa/i S1 Keperawatan Tingkat Akhir STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2017/2018, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk dapat kiranya menerima mahasiswa/i kami berikut ini:

1. Nama : Agustinus Befa
NIM : C1414201001
2. Nama : Hironimus Jospin
NIM : C1414201026

Judul : *Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di Unit Fisioterapi RS Stella Maris Makassar.*

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu pimpin. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Acc Penelitian

~~Kepala~~ Unit Fisioterapi

James P.
31-18



Makassar, 18 Januari 2018

Ketua,

Siprianus Abdu, S.Si., Ns.,M.Kes.

NIDN. 0928021101



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website :www.stikstellamarismks.ac.id Email : tiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 586 / STIK-SM / S1.213 / X / 2017
Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data Awal

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris
Di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan tugas akhir Proposal Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat IV (empat) Semester VII (lujuh) STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2016/2017, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:

1. Nama : Agustinus Befa
NIM : C1414201001
2. Nama : Hironimus Jospin
NIM : C1414201026

Judul Proposal : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di RS Stella Maris Makassar.

Untuk melaksanakan Pengambilan Data Awal di tempat Bapak/Ibu pimpin. Kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut di atas.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama bapak/ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 2 Oktober 2017

Ace Pengambilan Data
Kepan Medis
16
10-17
James P.

Ketua
Siti Nur Abdur, S.Si., S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 008027101

Tambahan Pengambilan Data
Unit Fisioterapi
30-17
James P.



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : *455* .DIR.SM.DIKL.KET.EX.II.2018

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Agustinus Befi
Tempat / Tanggal Lahir : Rami Nara, 21 Agustus 1995
N I M : C1414201001
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Hironimus Jospin
Tempat / Tanggal Lahir : Nekang, 13 Juni 1996
N I M : C1414201026
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 1 Februari 2018 sampai dengan 15 Februari 2018 dengan judul:

“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga dalam Merawat Pasien Stroke di Unit Fisioterapi RS. Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 26 Februari 2018

Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris
dr. Thomas Soharjo, M. Kes

cc. Arsip

SURAT PERSETUJUAN RESPONDEN

JUDUL

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA DALAM MERAWAT PASIEN STROKE DI UNIT FISIOTERAPI RS STELLA MARIS MAKASSAR

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama calon responden :
 Jenis kelamin :
 Umur :
 Pendidikan :

2. Peneliti yang memberi informasi penelitian :
 Nama : Hironimus Jospin

Alamat : JL. Balang Baru 3 Makassar

Dengan sesungguhnya serta sejujurnya telah berdiskusi atas informasi penelitian yang akan dilakukan, yang memilih saya sebagai subjek penelitian/responden. Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa melalui diskusi informasi penelitian yang akan berlanjut selama penelitian, tanpa paksaan, tekanan, dengan kesadaran dan pemahaman informasi dengan sukarela memberikan :

**PERNYATAAN BERSEDIA MENGIKUTI TATA LAKSANA PENELITIAN
TELAH DIDISKUSIKAN SEBAGAI SUBJEK PENELITIAN YANG
TERPILIH.**

Makassar, Februari 2018

Responden

Peneliti

.....

Hironimus Jospin

C1414201026