PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH TENTANG PERSONAL HYGIENE "MAKAN DAN ELIMINASI"

DISUSUN OLEH:

MARIA NOVITA RIA

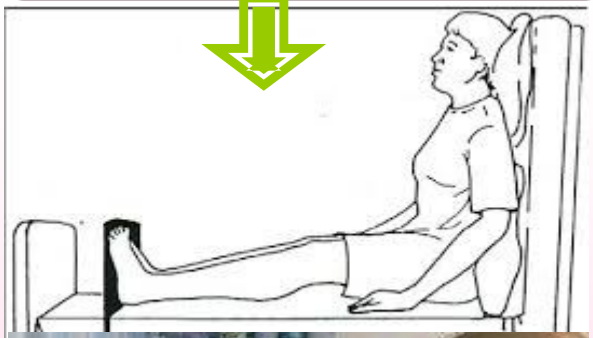
MARTHA DUA NURAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

Memberi makan saat posisi berbaring akan mengakibat pasien mudah tersedak

Jika makan di tempat tidur, pasien harus didudukan tegak 60-90 dera-jat



Jika Makan saat duduk, maka kursi yang digunakan harus nyaman dan dapat menopang tubuh penderita

Makanan yang sulit dipotong sebaiknya dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah makan

Jika Pasien yang menggunakan NGT perlunya latihan menelan

Bersihkan mulut dan gigi pasien maksimal pagi dan sore setelah makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur

Gangguan buang air besar (konstipasi) pada pasien pasca stroke yang terjadi akibat tirah baring lama, kurang aktifitas fisik.

Cara mengatasinya gangguan buang air besar (konstipasi) yaitu memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari,

Pasien yang mengalami gangguan berkemih atau buang air besar, sebaiknya gunakan popok khusus (pampers) atau instruksi dari dokter

PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH TENTANG "MOBILISASI"

DISUSUN OLEH:

MARIA NOVITA RIA

MARTHA DUA NURAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

Aktivitas mobilisasi tahap awal perlu dibantu

1. Tempat Tidur

2. Duduk

3. Berdiri

4. Berjalan baik jarak dekat maupun jauh

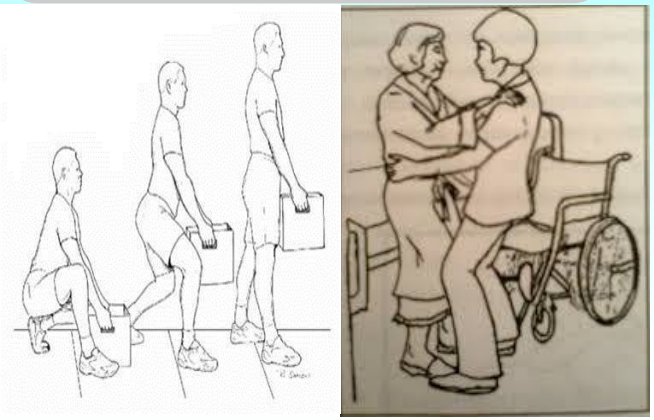
Pastikan tempat tidur terpasang penyanggah untuk mencegah pasien jatuh

Pada pasien dengan kelemahan anggota gerak atas, beri dukungan keluarga untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut dengan cara anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah di bawah pengawasan keluarga

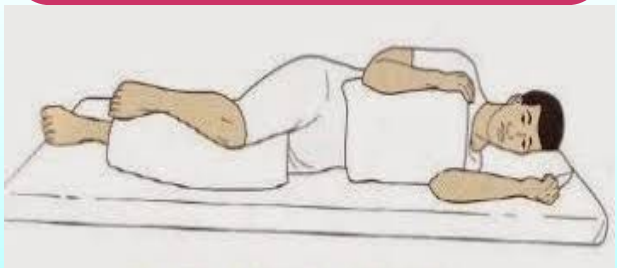
Penderita pasca stroke memerlukan latihan fisik seperti pergerakan tangan dan kaki yang mengalami kelumpuhan serta latihan berjalan dan menggerakan anggota badan

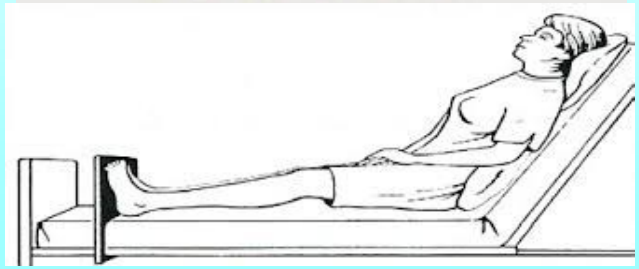
Menggunakan alat bantu saat latihan seperti kursi roda, tongkat, *tripod,* ataupun *walker* sesuai dengan keadaan pasien

Pada waktu mengangkat pasien, keluarga atau pengasuh harus mempertahankan posisi punggung tetap lurus untuk mencegah pengasuh sakit punggung di kemudian hari.

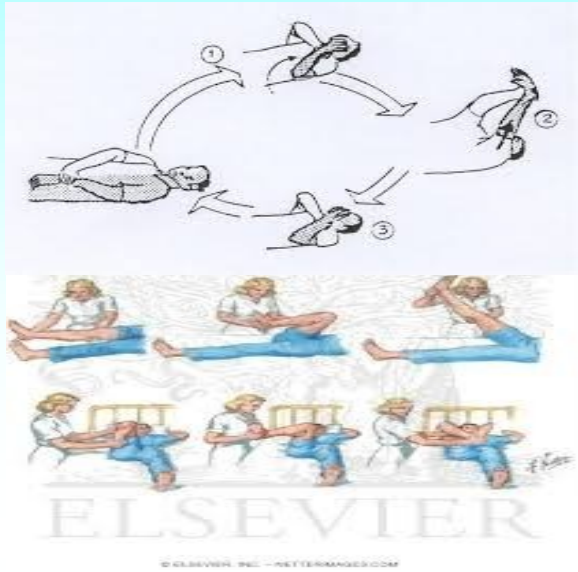


mencegah luka dikulit akibat tekanan, mengubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam yaitu dengan miring kiri dan miring kiri.

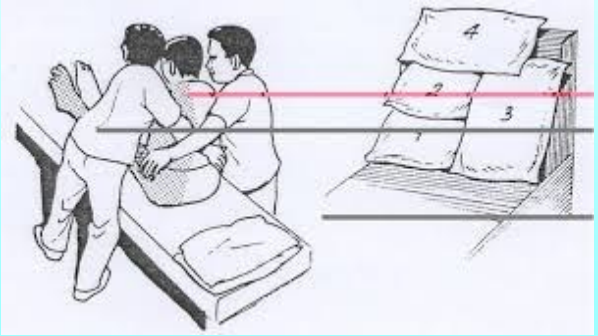




Secara pasif dan aktif dengan melakukan pergerakan juga mempercepat pemulihan bila memungkinkan minimal 2 kali sehari.



Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah. Pada saat mengangkat pasien, jangan meletakan tangan pada ketiak pasien tetapi letakan kedua tangan penolong pada badan atau punggung pasien



PERAWATAN PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH TENTANG PERSONAL HYGIENE "MANDI DAN BERPAKAIAN"

DISUSUN OLEH:

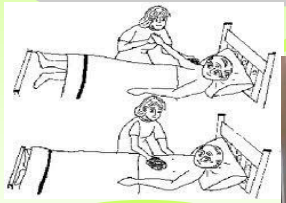
MARIA NOVITA RIA

MARTHA DUA NURAK

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR

Selama pasien tidak lumpuh total, pasien mandi sendiri dengan pengawasan keluarga, bantuan diperlukan bila benar-benar mengalami kesulitan. Mandi dapat dilakukan tergantung kemampuan pasien yaitu:

Posisi berbaring



Posisi duduk

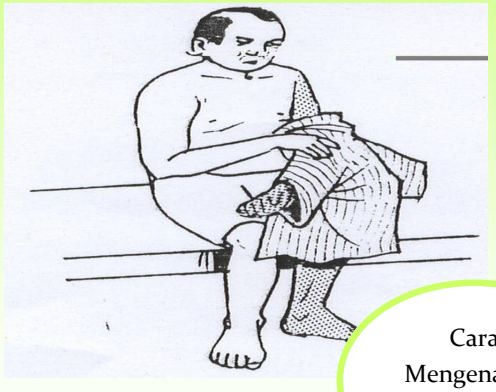
Berdiri Sendiri

Pasien memiliki keterbatasan kemampuan untuk berdiri lama dan belum memiliki keseimbangan yang baik maka diperlukan kursi saat mandi

Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan agar pasien paska stroke tidak jatuh

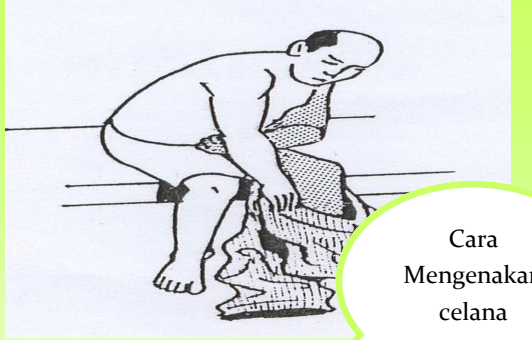
Contoh pegangan di kamar mandi

Saat berpakaian dimulai pada sisi yang lemah



Cara Mengenakan baju

Saat melepaskan pakaian dimulai dari sisi yang kuat



Cara Mengenakan celana

Memandirikan pasien dengan memakai pakaian sendiri

Membantu jika pasien mengalami kesulitan memakai pakaian

Selama tangan pasien tidak lumpuh total, maka seharusnya dapat mengenakan pakaian sendiri, misalnya mengancing baju sendiri dan dalam pengawasan keluarga dan dibantu apabila mengalami kesulitan

TERIMA KASIH

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

PENELITIAN *EKSPERIMEN*

OLEH:
MARIA NOVITA RIA (CX1614201155)
MARTHA DUA NURAK (CX1614201156)

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

PENELITIAN *EKSPERIMEN*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar

OLEH:

MARIA NOVITA RIA (CX1614201155)

MARTHA DUA NURAK (CX1614201156)

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Maria Novita Ria

Nim : CX1614201155

Nama : Martha Dua Nurak

Nim : CX1614201156

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiat (jiblakan) dan hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah ditulis oleh orang lain dan diteliti diintitusi yang sama.

Demikian surat penyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 16 April 2018

Yang menyatakan.

Maria Novita Ria

Martha Dua Nurak

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Diajukan Oleh:

MARIA NOVITA RIA (CX1614201155)
MARTHA DUA NURAK (CX1614201156)

Disetujui Oleh:

Pembimbing	Wakil Ketua I Bidang Akademik
Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB	Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN
NIDN. 0913098201	NIDN. 0912106501

iv

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh:
MARIA NOVITA RIA (CX1614201155)
MARTHA DUA NURAK (CX1614201156)

Telah Dibimbing dan Disetujui Oleh:

(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

Telah Diuji dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 16 April 2018
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

(Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes)
NIDN. 0925107502

Penguji II

(Mery Solon, Ns.,M.Kes)
NIDN. 0910057502

Penguji III

(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN. 0913098201

Makassar, 16 April 2018
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Novita Ria

NIM : CX.1614201155

Nama : Martha Dua Nurak

NIM : CX1614201156

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 16 April 2018

Yang menyatakan,

Maria Novita Ria

Martha Dua Nurak

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis Haturkan kehadirat Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan anugera-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **"Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang *Home Care* Pasien Pasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar"**

Dalam penyusunan Skripsi ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan, dan kerja sama dari berbagai pihak.

Untuk itu kami mengucapkan Terima Kasih Kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan skripsi ini.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku wakil ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
3. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.,KMB Selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus pembimbing penyusunan skripsi yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, serta kritikan yang membangun dalam penyempurnaan skripsi ini.
4. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
5. Dr. dr. Khalik Saleh, Sp. PD-KKV, FINASIM, MARS selaku direktur RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, kepala bidang

6. keperawatan dan staf, serta jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian
7. Orang tua dan keluarga besar yang selalu setia memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayang serta doa selama penulis menjalani studi di Stik Stella Maris Makassar sampai dengan penyelesaian skripsi ini.
8. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis tidak dapat membalas satu persatu semua kebaikan dari semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini, dan semoga Tuhan membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu, membimbing dan memberikan motivasi kepada kami.

Harapan dari penulis, semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca dan menambah wawasan serta nantinya dapat memberikan pendidikan kesehetan kepada keluarga tentang *Home Care* pasien pasca stroke.

Makassar, 16 April 2018

Penulis

ABSTRAK

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

(Dibimbing Oleh: Fransiska Anita)
Maria Novita Ria, Martha Dua Nurak

Program Studi S1 Keperawatan dan Ners
(xviii + 70 Halaman + 52 Referensi + 14 Tabel + 13 Lampiran)

Stroke membutuhkan perawatan jangka panjang sehingga keluarga perlu membantu aktivitas dan kebutuhan ADL anggota keluarga pasca stroke terutama pada saat keluar dari rumah sakit dan akan menjalani perawatan di rumah. Dalam memberikan perawatan, keluarga membutuhkan pengetahuan tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah. Pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah suatu intervensi keperawatan mandiri untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan melalui kegiatan pembelajaran. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke di RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jenis penelitian yaitu *quasy eksperimental design* dengan pendekatan *non-equivalent control group design*. Teknik pengambilan sampel yaitu *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah 30 responden yang terbagi menjadi kelompok intervensi dan kontrol dengan jumlah masing-masing 15 responden. Pengumpulan data menggunakan instrument yaitu kuesioner yang terdiri dari 24 pernyataan dengan alternative jawaban benar dan salah. Teknik analisa data yaitu *uji nonparametrik* dengan *uji mann whitney.* Hasil penelitian yaitu nilai *p*= 0,000 (α<0,05) artinya *Ha* diterima *Ho* ditolak yang artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke. Kesimpulan akhir yaitu pendidikan kesehatan sangat penting diberikan sebelum pasien pulang dari rumah sakit karena pendidikan kesehatan memiliki pengaruh besar dalam peningkatan pengetahuan seseorang.

Kata Kunci: Pendidikan kesehatan, pengetahuan keluarga, *home care,* stroke
Daftar Pustaka: 2002-2016

ABSTRACT

HEALTH EDUCATION EFFECT TO FAMILY'S KNOWLEDGE ABOUT HOME CARE IN POST STROKE PATIENT AT RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
(Adviser by: Fransiska Anita)
Maria Novita Ria, Martha Dua Nurak

Program Studi S1 Keperawatan and Ners
(xviii + 70 Page + 52 References+ 14 Table + 13 Attachment)

Stroke needs long cure that's why family must help the activity of daily living of their family who got stroke disease specially when out from the hospital and do the home care.To do the caring, family need a knowledge about caring in post stroke patient at home. They will know the knowledge from health education. Health education is a self intervention of nursing to help client to resolve the help problem with learning activity. The aim of this research is to know the effect of health education to family's knowledge about home care in post stroke patient at RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar. The kind of this research is *quasy eksperimental design* with approach *non-equivalent control group design*. Sampling tehnique used *non-probability sampling* with approach *consecutive sampling*, with 30 respondents that devided into intervention group and control group each contain 15 respondents. Collecting data with a questionnaire that contain 24 questions with alternative answer true or false. Analysis tehnique used *nonparametrik test* with *mann whitney test*. The result of this research is *p value* = 0,000 (α<0,05) it means *Ha* accepted and *Ho* rejected that means there is health education effect to family's knowledge about home care in post stroke patient**.** The conclusion was health education very important to give before the patient go from the hospital because health education has a big effect in increasing somebody's knowledge.

Keywords: Health education, family's knowledge, *home care,* stroke
References: 2002-2016

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL DEPAN
HALAMAN SAMPUL DALAM ii
PERNYATAAN ORISINALITAS iii
HALAMAN PERSETUJUAN iv
HALAMAN PENGESAHAN v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI vi
KATA PENGANTAR vii
ABSTRAK ix
DAFTAR ISI xi
DAFTAR TABEL xiv
DAFTAR GAMBAR xv
DAFTAR LAMPIRAN xvi
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH xvii
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 5
C. Tujuan Penelitian 6
D. Manfaat Penelitian 6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 8
A. Tinjauan Umum Pengetahuan Keluarga 8
1. Konsep Pengetahuan Secara Umum 8
a. Definisi 8
b. Tingkat Pengetahuan 8
c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan 9
d. Cara Memperoleh Pengetahuan 10
e. Sumber Pengetahuan 10
f. Pengukuran Pengetahuan 11
g. Kriteria Tingkat Pengetahuan 11

2. Konsep Pengetahuan Keluarga 12
a. Definisi Keluarga 12
b. Fungsi Keluarga 12
c. Pengetahuan Keluarga 13
B. Tinjauan Umum Pendidikan Kesehatan 14
1. Pengertian 14
2. Tujuan Pendidikan Kesehatan 14
3. Sasaran Pendidikan Kesehatan 14
4. Metode Pendidikan Kesehatan 15
5. Media Pendidikan Kesehatan 17
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke 18
1. Konsep Stroke 18
a. Pengertian 18
b. Etiologi 18
c. Dampak Stroke 19
d. Kecacatan Akibat Stroke 20
e. Pencegahan Stroke 21
f. Komplikasi 21
2. *Home Care* 22
a. Konsep *Home Care* 22
1) Pengertian 22
2) Tujuan *Home Care* 22
3) Manfaat Pelayanan *Home Care* 22
4) Pemberi Pelayanan *Home Care* 23
b. *Home care* pasien pasca stroke 23
c. Prinsip *Home Care* Pasien Pasca Stroke 33
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS 36
A. Kerangka Konseptual 36
B. Hipotesis Penelitian 38
C. Definisi Operasional 38

BAB IV METODE PENELITIAN 40
A. Jenis Penelitian 40
B. Tempat dan Waktu Penelitian 41
C. Populasi dan Sampel 41
D. Instrumen Penelitian 42
E. Pengumpulan Data 43
F. Pengolahan Data dan Penyajian Data 46
G. Analisa Data 47
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 49
A. Hasil Penelitian 49
B. Pembahasan 58
C. Keterbatasan Penelitian 67
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 69
A. Kesimpulan 69
B. Saran 69
DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Klasifikasi Otak Berdasarkan Fungsinya 19
Tabel 2.2 Klasifikasi Cacat Stroke Menurut Skala Rankin 20
Tabel 3.1 Definisi Operasional 38
Tabel 4.1 Design Penelitian 40
Tabel 5.1Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur 53
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin 53
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan 54
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan 54
Tabel 5.5 Pengetahuan kelompok intervensi *pre-test* 55
Tabel 5.6 Pengetahuan kelompok intervensi *post-test* 55
Tabel 5.7 Pengetahuan kelompok kontrol *pre-test* 56
Tabel 5.8 Pengetahuan kelompok kontrol *post-test* 56
Tabel 5.9 *Uji Wilcoxon* 57
Tabel 5.10 *Uji Mann Whitney* 58

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian 37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
Lampiran 2 : Surat Permohonan Data Awal
Lampiran 3 : Surat Ethical Clearence
Lampiran 4 : Surat Permohonan Izin Penelitian
Lampiran 5 : Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 6 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 8 : Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 9 : Satuan Acara Penyuluhan Hari Pertama
Lampiran 10 : Satuan Acara Penyuluhan Hari Kedua
Lampiran 11 : Satuan Acara Penyuluhan Hari Ketiga
Lampiran 12 : Master Tabel
Lampiran 13 : Tabel *Output SPSS*

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: *World Health Organization*
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
Dr	: Dokter
dkk	: dan kawan-kawan
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia
&	: dan
UU	: Undang-Undang
No	: Nomor
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
TVD	: Trombosis Vena Dalam
EP	: Emboli Paru
TIK	: Peningkatan tekanan intracranial
	: *Variabel Independen*
	: *Variabel Dependen*
	: Variabel yang mempengaruhi dan tidak di ukur.
	: Penghubung Antar Variabel
K	: Kelompok Subjek
K-A	: Kelompok perlakuan
K-B	: Kelompok tanpa perlakuan
O	: Observasi
I	: Intervensi
O1-A	: Obsevasi akhir kelompok perlakuan
O1-B	: Observasi akhir kelompok tanpa perlakuan
±	: Kurang Lebih

n	: Perkiraan jumlah sampel
N	: Perkiraan besar populasi
Z	: Nilai standar normal untuk α (1,96)
p	: Perkiraan porporsi (0,5)
q	: 1-p (0,5)
d	: Taraf signifikan yang dipilih (5% = 0,05)
SPSS	: *statistical package and social sciences*
Ho	: Hipotesis Nol
Ha	: Hipotesis Kerja
α	: Tingkat kemaknaan
f	*:* Frekuensi
%	: Presentase

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit kronis yang memberikan dampak berbahaya yang diakibatkan oleh gangguan peredaran darah otak karena penyumbatan pembuluh darah arteri akibat endapan darah pada pembuluh darah, pecahnya pembuluh darah akibat kelemahan dinding pembuluh darah atau kelainan pada keadaan darah sendiri yang mengakibatkan kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak yang menimbulkan kerusakan pada jaringan otak (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Orang yang menderita stroke pasti mengalami perubahan dalam hidupnya, walaupun telah mendapat pemulihan melalui pengobatan secara lengkap. Stroke menyebabkan kecacatan dan bahkan sampai pada kematian apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat, dibuktikan dengan gejala yang sering muncul pada penyakit stroke yaitu tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, hilang rasa peka, bicara cadel dan pelo, gangguan bahasa, gangguan penglihatan, gangguan daya ingat, gangguan fungsi otak, dan sampai terjadi penurunan kesadaran (Nurarif & Kusuma, 2016).

Menurut *World Health Organization (WHO)* tahun 2014, persentase individu yang menderita stroke berdasarkan usia dan jenis kelamin berjumlah 2.819 orang, terdiri dari perempuan yang berusia 18-39 berjumlah 2.3% dan usia 40-69 berjumlah 3.3%. Sedangkan insiden stroke laki-laki pada usia 18-39 berjumlah 2.4% dan usia 40-69 berjumlah 2.9%. Di Asia khususnya Indonesia insiden stroke menduduki urutan pertama (Yayasan Stroke Indonesia, 2012), prevalensi penyakit stroke di Indonesia tahun 2013 yang berada pada

usia > 15 tahun, berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (7,0‰) dan berdasarkan diagnosis nakes dan gejala sebesar 12,1 per 1000, insiden tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan yaitu 17,9‰ (RISKESDAS tahun 2013).

Data menunjukkan bahwa di Amerika Serikat penyakit stroke merupakan penyebab kematian ketiga yang paling sering setelah penyakit kardiovaskuler dan kanker (Menurut WHO 2014), angka kematiannya mencapai 160.000 per tahun. Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen (Stroke Forum, 2015). Data dari profil kesehatan kota Makassar tahun 2015 menunjukan ada 10 jenis penyakit yang menjadi penyebab kematian di tahun 2015, dan stroke terletak pada urutan kelima dengan angka kematian 151 orang.

Berdasarkan hasil pengambilan data awal yang dilakukan di Rumah Sakit umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, jumlah insiden stroke periode tahun 2016 berjumlah 728 orang yang terdiri dari stroke iskemik berjumlah 487 orang dan stroke hemoragik berjumlah 241 orang. Angka kematian pada periode 2016 yaitu 245 orang terdiri dari stroke iskemik 128 orang dan stroke hemoragik 117 orang.

Seseorang yang telah mengalami stroke tentu saja belum pulih sepenuhnya walaupun telah menjalani perawatan yang lama. Lamanya perawatan pada pasien stroke tergantung pada kerusakan yang dialami (Nurarif & Kusuma, 2016). Setelah mengalami masa pemulihan di rumah sakit, pasien dipersiapkan pulang ke rumah, dalam hal persiapan pasien pulang yang penting diberikan adalah pendidikan kesehatan untuk pasien dan lebih utama kepada keluarga dalam persiapan perawatan pasien di rumah atau disebut dengan *home care.*

Home Care merupakan perawatan lanjut yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka setelah pulang dari rumah sakit. Tujuan dari *home care* adalah meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan serta memberdayakan keluarga untuk memaksimalkan kemandirian dalam perawatan anggota keluarga yang sakit di rumah, sehingga mengurangi atau mencegah komplikasi akibat dari penyakit serta dapat memenuhi kebutuhan dasar pasien dan tidak lagi ketergantungan terhadap pelayanan formal.

Hasil observasi peneliti, pasien stroke kembali ke rumah sakit dengan penyakit yang baru, terjadi karena pasien jatuh di kamar mandi akibat lantainya licin, ada juga pasien yang kembali ke rumah sakit karena peningkatan tekanan darah. Selain itu pasien stroke yang awalnya mengalami kecacatan ringan setelah pulang ke rumah mengalami kecacatan berat, karena kurangnya informasi yang diberikan dari petugas kesehatan kepada keluarga tentang bagaimana merawat pasien pasca stroke di rumah (*home care*).

Hasil penelitian Arafat, tahun 2010, ditemukan bahwa keluarga ingin mendapat informasi yang sejelas-jelasnya dari petugas kesehatan tentang kondisi pasien baik dari prognosis, pengobatan ataupun perawatan, namun hanya sebagian kecil petugas kesehatan yang memberikan informasi tersebut. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk strategi intervensi atau upaya yang dilakukan dalam pelayanan keperawatan yang mencakup pemberian informasi yang sesuai dan spesifik, sehingga dapat memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat sehingga mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Widyanto, 2014).

Menurut Kozier dan Erbs tahun 2010, dalam penelitian Wahyuni dan Rezkiki, tahun 2015, Pendidikan Kesehatan merupakan aspek

besar dalam praktik keperawatan dan bagian penting dari peran dan fungsi perawat. Pendidikan kesehatan sangat bermanfaat bagi keluarga pasien, karena keluarga mempunyai peran yang sangat penting dalam proses penyembuhan dari pasien, terutama pada pasien pasca stroke yang akan pulang ke rumah. Penelitian Sowtali & Harith tahun 2014 yaitu bertujuan untuk mengetahui jenis kebutuhan pendidikan di kalangan penderita stroke, dari beberapa instrument yang diukur, hasilnya instrument tentang kebutuhan pendidikan dinilai paling tinggi yaitu bagian pencegahan (92,7%), dan manajemen pertolongan pertama, komplikasi dan kekambuhan (85,4%).

Penelitian Fetriyah dkk tahun 2016 yaitu tentang pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga pasca stroke, mendapatkan hasil, seluruh anggota keluarga mengalami perubahan peran dalam keluarga, dan dalam kesimpulan peneliti mengemukakan bahwa keluarga mampu merawat anggota keluarga paska stroke dengan mencari dukungan dan informasi dari warga sekitar dan keluarga, ini menunjukan bahwa keluarga membutuhkan informasi dan pengetahuan dalam memberikan *home care* pasien pasca stroke.

Pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien stroke di rumah sangat memberikan dampak yang baik bagi pasien, tetapi sebaliknya apabila pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga minim, akan menimbulkan bahaya dan kejadian yang tidak diinginkan. Pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga diharapkan akan mampu memberikan kualitas hidup pasien pasca stroke sehingga meminimalkan terjadinya serangan berulang pada pasien pasca stroke (Irdawati, 2009 dalam skirpsi Sonatha 2012).

Pada penelitian dari Roza dkk tahun 2013, tentang tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah hasilnya yaitu pengetahuan keluarga dengan tingkatan pengetauan tinggi 7 orang (23,33%), sedang 18 orang (60%), rendah sebanyak 5

orang (16,66%). Peneliti hanya mengukur tingkat pengetahuan keluarga, dan hasil penelitiannya adalah pengetahuan dengan tingkat tinggi yaitu 7 dari 30 responden dan diharapkan kepada tenaga kesehatan agar lebih memberikan pendidikan kesehatan khsusnya keluarga pasien yang akan pulang agar dapat merawat pasien pasca stroke di rumah karena dikatakan dalam Penelitian Van Exel, dkk (2005) pada 151 pasien stroke dan keluarganya menunjukkan bahwa seorang keluarga penderita stroke rata-rata menghabiskan waktu 3,4 jam sehari untuk bersama pasien stroke dalam memenuhi kebutuhannya, oleh karena itu keluarga mendapat peran yang besar.

Hasil penelitian Sonatha tahun 2012, didapatkan kesimpulan ada hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga dalam pemberian perawatan pasien pasca stroke, namun perlu ditingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dan cara perawatannya sehingga meningkatkan kelangsungan hidup pasien pasca stroke yaitu melalui pendidikan kesehatan.

Berdasarkan fenomena dan hasil penelitian sebelumnya tingkat pengetahun keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami pasca stroke di rumah masih kurang dan perlu adanya pendidikan kesehatan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

B. Rumusan Masalah

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan bahkan sampai pada kematian. Berdasarkan data dari Yastroki (2012) jumlah penderita stroke di Indonesia menduduki urutan pertama di Asia. Stroke bisa menyerang semua kalangan usia dan membutuhkan perawatan yang lama tergantung dari tingkat keparahan stroke yang dialami. Setelah pasien stroke pulih dan mempersiapkan diri untuk pulang ke rumah tentunya perawat di rumah sakit memberikan

pendidikan kesehatan kepada keluarga bagaimana cara merawat pasien pasca stroke di rumah. Tapi kenyataannya banyak pasien stroke yang masuk kembali ke rumah sakit, dan keluarga kurang memahami cara merawat anggota keluarga yang terkena stroke. Oleh sebab itu keluarga membutuhkan pendidikan kesehatan bagaimana mengetahui dan memahami cara merawat pasien pasca stroke di rumah (*home care*).

Berdasarkan masalah dan fenomena yang telah diuraikan pada latar belakang maka penulis merumuskan masalah penelitian apakah ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan Umum:

   Untuk mengetahui apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

2. Tujuan Khusus
   a. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga dalam memberikan *home care* kepada anggota keluarga pasca stroke sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol.
   b. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga dalam memberikan *home care* kepada anggota keluarga pasca stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi.
   c. Menganalisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home c*are pasien pasca stroke.

D. Manfaat penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan di perpustakaan yang diharapkan mampu memberikan ilmu dan menambah wawasan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya pemahaman mahasiswa tentang pentingnya peran keluarga dalam pemberian *home care* kepada anggota keluarga pada kondisi pasca stroke, sehingga menghindari komplikasi ketika pasien pasca stroke dirawat di rumah.

2. Bagi Peneliti dan peneliti Selanjutnya

   Semoga penelitian dapat menambah ilmu dan keterampilan peneliti tentang *home* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke dan bagi peneliti selanjutnya semoga dapat bermanfaat sebagai bahan acuan dan dapat dijadikan data untuk pengembangan penelitian selanjutnya khusunya tentang *home care* kepada pasien pasca stroke.

3. Bagi Keluarga Pasien yang diteliti

   Informasi yang diberikan dapat menambah pengetahuan dan wawasan keluarga dalam memberikan *home care* kepada anggota keluarga yang mengalami pasca stroke.

4. Bagi Perawat

   Hasil penelitian ini diharapkan mampu digunakan sebagai bahan masukan kepada perawat dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan terlebih khusus dalam proses pemulangan pasien yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga yang akan memberikan *home care* kepada anggota keluarga pasca stroke.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pengetahuan Keluarga

1. Konsep Pengetahuan Secara Umum

a. Definisi

Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu didengar maupun dilihat (Fitriani, 2011)

Notoatmodjo dalam lestari 2015 mengatakan pengetahuan adalah hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap objek tertentu. Pengindraan manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga, yaitu proses melihat dan mendengar.

Pengetahuan adalah kemampuan seseorang tentang sesuatu. Kemampuan yang paling rendah tetapi yang yang paling dasar dalam kawasan kognitif. Kemampuan untuk mengetahui adalah kemampuan untuk mengenal atau mengingat kembali suatu objek, ide, prosedur, prinsip atau teori yang pernah ditemukan dengan pengalaman tanpa memanipulasinya (Soekanto dalam Lestari, 2015).

b. Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang terdiri dari enam tingkatan:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu yang dipelajari sebelumnya.

2) Memahami (*comprehension*)

   Kemampuan untuk menjelaskan tentang objek yang diketahui dan menginterprestasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*application*)

   Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada suatu kondisi atau situasi nyata.

4) Analisis (*analysis*)

   Kemampuan untuk menjabarkan materi ke dalam komponen-komponen, tapi masih dalam suatu struktur tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain

5) Sintesis (*synthesis*)

   Kemampuan meletakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Atau menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

   Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi/penilaian terhadap suatu materi/obyek (Lestari, 2015)

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Tingkat Pendidikan, yaitu dapat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap pola hidup terutama dalam motivasi sikap. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk penerimaan informasi (Wawan & Dewi, 2011)
2) Informasi, seseorang yang mendapatkan informasi lebih banyak akan menambah pengetahuan yang lebih luas.
3) Pengalaman, yaitu sesuatu yang pernah dilakukan seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

4) Budaya, tingkah laku manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.
5) Sosial ekonomi, yakni kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan hidupnya (Lestari, 2015)

d. Cara Memperoleh Pengetahuan

1) Cara Kuno Untuk Memperoleh Pengetahuan
   a) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)
      Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan Ini tidak berhasil maka dicoba.
   b) Cara Kekuasaan atau Otoriter
   c) Berdasarkan Pengalaman Pribadi
      Dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.
2) Cara Modern dalam memperoleh pengetahuan
   Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih popular atau disebut metodologi penelitian (Lestari, 2015)

e. Sumber Pengetahuan

1) Orang yang memiliki otoritas
   Salah satu upaya seseorang mendapatkan pengetahuan yaitu dengan bertanya pada orang yang memiliki otoritas atau dianggapnya lebih tahu.
2) Indra
   Indra adalah peralatan pada diri manusia sebagai salah satu sumber internal pengetahuan.

3) Intuisi

Yaitu pemahaman yang langsung tentang pengetahuan yang tidak merupakan hasil pemikiran yang sadar atau persepsi rasa yang langsung (Lestari, 2015)

f. Pengukuran Pengetahuan

Dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkat domain atas pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang berisi pertanyaan sesuai materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden yang disesuaikan dengan tingkat pengetahuan yang diukur (lestari, 2015)

g. Kriteria Tingkat Pengetahuan

Penilaian pengetahuan menurut Arikunto (2006) dikutip dari Wawan & Dewi (2011), diinterprestasikan dengan skala yang bersifat kualitatif yaitu:

1) Baik : dengan presentase 76%-100%
2) Cukup : dengan presentase 56%-75%
3) Kurang : dengan presentase <56%.

2. Konsep Pengetahuan Keluarga

a. Definisi keluarga

UU No 10 tahun 1992 dalam Dion dan Beta 2013, mengemukakan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri, dan anak atau suami istri, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

b. Fungsi Keluarga

Friedman 1998 dalam padila 2012 mengidentifikasikan lima fungsi dasar keluarga yakni:

1) Fungsi afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi interna keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Adapun komponen dari fungsi afektif:

a) Saling mengasuh
b) Saling menghargai
c) Ikatan dan identifikasi

2) Fungsi sosialisasi

Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai atau norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan di masyarakat.

3) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia.

4) Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti: makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan.

5) Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit.

c. Pengetahuan keluarga

Pengetahuan keluarga adalah sesuatu informasi yang didapatkan dan yang telah diketahui oleh keluarga dari berbagai sumber seperti media cetak dan elektronik maupun dari pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan tentang tentang suatu masalah kesehatan. Dengan memperoleh pengetahuan, diharapkan keluarga mampu:

1) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang sedang dihadapi
2) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah kesehatan dasar dalam keluarga
3) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat
4) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
5) Produktifitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidupnya (Dion & Beta, 2013)

B. Tinjauan Umum Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian

Pendidikan Kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang di dalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitas, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Anwar, 2005 dalam Widyanto 2014).

Pendidikan Kesehatan adalah serangkaian upaya yang ditujukan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, keluarga maupun masrakat agar terlaksananya perilaku perilaku hidup sehat (Setiawan & Dermawan, 2008 dalam Widyanto, 2014).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

a. Untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat agar mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
b. Untuk mengubah perilaku individu keluarga serta masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi sehat.
c. Untuk mengubah perilaku yang berkaitan dengan budaya

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

a. Sasaran Primer

Pencegahan primer merupakan tahap pencegahan yang dilakukan sebelum masalah timbul. Kegiatan pada tahap ini dapat berupa perlindungan khusus dan promosi kesehatan, seperti pemberian pendidikan kesehatan, kebersihan diri, penggunaan sanitasi lingkungan yang bersih, olahraga, imunisasi, dan perubahan gaya hidup (Achjar, 2011). Sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi kepala keluarga untuk masalah umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA,

anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya (Widyanto, 2014).

b. Sasaran Sekunder

Tahap ini merupakan tahap pencegahan kedua yang dilakukan pada awal masalah timbul maupun saat masalah berlangsung, dengan mendeteksi dini dan melakukan penanganan yang tepat, seperti *skrining* kesehatan, deteksi dini adanya gangguan kesehatan (Widyanto, 2014).

c. Sasaran Tersier

Pencegahan ini merupakan pencegahan yang dilakukan saat masalah kesehatan telah selesai, dengan tujuan mencegah komplikasi serta meminimalkan ketunadayaan dan memaksimalkan fungsi melalui rehabilitas (Widyanto, 2014).

4. Metode Pendidikan Kesehatan

Dimensi ruang lingkup pendidikan kesehatan, antara lain (Fitriani, 2011):

a. Dimensi Sasaran

1) Individual (Perorangan)

Pendekatan individual ini dilakukan karena setiap orang mempunyai masalah yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut.

2) Pendidikan Kelompok

Efektifitas metode tergantung besarnya sasaran pendidikan:

a) Kelompok Kecil

Peserta kurang dari 15 orang dan metode yang cocok adalah curhat pendapat, bola salju *(snow balling)*, permaminan simulasi, memainkan peran, demonstrasi dan lain-lain. Metode diskusi kelompok adalah pembicaraan diantara sasaran dengan seorang pemimpin diskusi yang ditunjuk. Metode curah pendapat

suatu bentuk pemecahan masalah dimana setiap anggota mengusulkan semua kemungkinan pemecahan masalah yang terpikirkan oleh masing-masing peserta dan kemudian dilakukan evaluasi atas pendapat-pendapat tersebut (Notoatmodjo, 2010). Demonstrasi merupakan cara penyampaian ide yang dipersiapkan dengan teliti untuk mengevaluasi perubahan psikomotor dengan memperlihatkan cara melaksanakan suatu tindakan atau prosedur dengan alat peraga dan tanya jawab (Achjar, 2014).

b) Kelompok Besar

Peserta lebih dari 15 orang dan metode yang baik untuk digunakan adalah ceramah adalah menyajikan satu pandangan tentang masalah yang menarik, secara langsung dan logis, menyajikan satu masalah untuk dibahas, merangsang pemahaman seseorang untuk berpikir dan belajar lebih lanjut tentang suatu masalah (Achjar, 2014). Metode seminar adalah suatu cara dimana sekelompok orang berkumpul untuk membahas suatu masalah dibawah bimbingan seorang ahli yang mengusai bidangnya. Metode panel adalah pembicaraan yang telah direncanakan dihadapan pengunjung atau peserta tentang sebuah topik. Diperlakukan 3 orang atau lebih panelis dengan seorang pemimpin/pemandu (Notoatmodjo, 2010).

b. Dimensi Tempat Pelaksanaan

1) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid
2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya, dengan sasaran pasien dan juga keluarga pasien

3) Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan

5. Media Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo, 2012 alat bantu yang digunakan antara lain alat bantu lihat (visual), alat bantu dengar (audio) atau alat bantu dengar dan lihat (audio visual) serta alat bantu dengan media tulis, seperti:

a. Leaflet

Merupakan selembar kertas yang berisi tulisan tentang masalah kesehatan tertentu yang ingin disampaiakan, bertujuan menambah pengetahuan sasaran. Leaflet harus dibuat semenarik mungkin, dengan warnah dan gambar yang mendukung pesan yang ingin disampaikan, dan harus menerangkan pesan kesehatan selengkap mungkin

b. Poster

Merupakan selembar kertas dalam bentuk gambar untuk mempengaruhi seseorang agar tertarik pada pesan yang disampaikan

c. Lembar Balik

Merupakan media penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik, biasanya dalam bentuk buku gambar di mana tiap lembar berisi gambar peragaan dan lembar baliknya berisi kalimat sebagai pesan atau informasi yang berkaitan dengan gambar tersebut

(Achjar, 2014).

C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Konsep Stroke

a. Pengertian

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemik atau hemoragik sirkulasi saraf otak (sudoyo Aru dalam Nurarif & Kusuma, 2016).

Stroke adalah suatu brain attack atau serangan otak (Mulyatshi & Ahmad 2015).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan pengertian stroke adalah gangguan yang terjadi pada otak yang memberikan dampak pada aktifitas dari seseorang bahkan menyebabkan kecacatan dan sampai pada kematian.

b. Etiologi

1) Stroke Iskemik

a) Stroke Trombotik: proses terbentuknya *thrombus* yang membuat penggumpalan. Terjadi karena pembentukan pembentukan plak pada pembuluh darah yang disebabkan oleh tingginya kadar lemak dalam darah.

b) Stroke embolik: tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah. Terjadi karena plak yang terlepas dari perlekatan dinding pembuluh darah mengalir mmengikuti aliran darah.

c) Hipoperfusion sistemik: berkurangnya aliran darah ke seluruh tubuh karena adanya gangguan denyut jantung (Nurarif & Kusuma, 2016 dan Oktavianus, 2014).

2) Stroke Hemoragik

Disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah yang pecah umumnya karena arteri

tersebut berdidinding tipis berbentuk balon (aneurisma) atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerosis (Junaidi, 2011).

3) Faktor pencetus terjadinya stroke adalah:
   a) Faktor yang tidak dapat dirubah antara lain:
      Umur, ras/suku bangsa, jenis kelamin dan riwayat keluarga.
4) Faktor yang dapat dirubah antara lain:
   a) Hipertensi, penyakit jantung, kolestrol tinggi, obesitas, polisitemia, Stres Emosional
   b) Kebiasaan Hidup antara lain:
      Merokok, peminum alkohol, Obat-obatan terlarang, aktivitas yang tidak sehat seperti: kurang olaraga, makan yang berkolesterol
      (Huda & Kusuma, 2016)

c. Dampak pasca stroke

Tabel 2.1 Klasifikasi Otak Berdasarkan Fungsinya (Junaidi, 2012)

No	Bagian Otak	Fungsi	Dampak Stroke
1	Lobus Frontal	Gerakan, pengambilan keputusan, pembauan	Kelumpuhan, kelemahan anggota gerak (hemiplagia), disatria
2	Lobus Temporal	Pendengaran, memori, emosi	Gangguan pendengaran, dimensia, marah
3	Lobus Parietal	Rasa kulit, pemahaman bahasa	Gangguan sensori, aphasia
4	Lobus Occipital	Penglihatan	Gangguan bola mata
5	Cerebellum	Koordinasi gerakan dan keseimbangan	Keseimbangan terganggu
6	Batang Otak	Koordinasi kesadaran, mengatur pernapasan dan fungsi jantung	Gangguan pernafasan, kematian

Berikut adalah dampak yang terjadi setelah pasien mengalami stroke:

1) Tidak mampu berbicara atau kemampuan berkomunikasi menjadi berkurang
2) Tidak mampu berjalan secara mandiri, perlu bantuan orang lain atau alat
3) Gangguan buang air besar, ngompol
4) Gangguan makan
5) Ketidakmampuan berpindah posisi, misal dari tempat tidur ke kursi
6) Perlu bantuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, misalnya berpakaian, mandi, mencuci dan lain-lain

(Junaidi, 2012)

d. Kecacatan Akibat Stroke

Tabel. 2.2 Klasifikasi Cacat Stroke Menurut Skala Rankin (Junaidi, 2012)

Derajat Kecacatan	Kriteria
0	- Tidak ada gangguan fungsi
1	- Hampir tidak ada gangguan fungsi aktifitas sehari-hari - Pasien mampu melakukan tugas dan kewajiban sehari-hari
2 (ringan)	- Pasien tidak mampu melakukan aktifitas seperti sebelumnya, tetapi tetap dapat melakukan sendiri tanpa bantuan orang lain
3 (sedang)	- Pasien memerlukan bantuan orang lain tetapi masih mampu berjalan tanpa orang lain, walaupun mungkin menggunakan tongkat
4 (sedang-berat)	- Pasien tidak dapat berjalan tanpa bantuan orang lain - Perlu bantuan orang lain untuk menyelesaikan sebagian aktifitas diri seperti mandi, pergi ke toilet, merias diri, dan lain-lain
5 (berat)	- Pasien terpaksa berbaring di tempat tidur dan buang air besar dan kecil tidak terasa (inkontinensia), selalu memerlukan perawatan dan perhatian

e. Pencegahan stroke

Pencegahan stroke terbagi atas 3 yaitu pencegahan primer yaitu ditujukan pada orang yang sehat, dengan cara memodifikasi gaya hidup dan faktor risiko (Junaidi, 2012). Kedua pencegahan sekunder ditujukan pada orang yang berisiko mengalami masalah kesehatan, dengan cara mengobati faktor risiko (Junaidi, 2012). Ketiga pencegahan tersier ditujukan pada orang yang mengalami masalah kesehatan yaitu dengan melakukan rehabilitas, pencegahan komplikasi serta meningkatkan kualitas hidup (Harsono 2011 dalam Sonatha 2012).

f. Komplikasi

1) Edema serebri
2) Kekakuan otot dan sendi dan Dekubitus

   Tidur yang terlalu lama karena lumpuh dapat mengakibatkan kekakuan pada otot dan sendi serta luka/lecet pada bagian tubuh yang menjadi tumpuan saat berbaring.
3) Trombosis Vena Dalam (TVD) dan Emboli Paru (EP)

   Bekuan darah mudah terjadi pada kaki yang lumpuh, penumpukan cairan dan pembengkakan, embolisme paru-paru
4) Peningkatan tekanan intracranial (TIK)

   Biasanya terjadi 1-4 hari setelah stroke namun dapat terjadi secara akurat dalam hitungan jam.
5) Pneumonia

   Karena pasien tidak dapat batuk atau menelan dengan baik sehingga menyebabkan cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya terinfeksi

6) Nyeri pundak dan subluxation/dislokasi

Keadaan pangkal bahu yang lepas dari sendinya. Ini dapat terjadi karena otot disekitar pundak yang mengontrol sendi dapat merusak akibat gerakan saat ganti pakaian atau saat ditopang orang lain

(Junaidi, 2011).

2. Home Care

a. Konsep *Home Care*

1) Pengertian

Home care adalah lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit yang sudah termasuk rencanan pemulangan *(discharge planning)* dan dapat dilaksanakan perawat dari rumah sakit semula, oleh perawat komunitas dimana pasien berada atau tim keperawatan khusus yang menangani pasien di rumah (Jhoson & Leny, 2010).

2) Tujuan *Home Care*

a) Meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian
b) Meningkatkan upaya *promotif, preventif, kuratif, rehabilitative*
c) Meningkatkan efisien waktu, biaya, tenaga dan pikiran
d) Meminimalkan akibat dari penyakit untuk mencapai kemampuan individu secara optimal.
e) Mengurangi frekuensi hospitalisasi

(Jhoson & Leny, 2010).

3) Manfaat Pelayanan *Home Care*

a) Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komperhensif

b) Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan di bawah naungan legal dan etik keperawatan
c) Kebutuhan klien akan terpenuhi sehingga klien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang professional

(Jhoson & Leny, 2010).

4) **Pemberi Pelayanan *Home Care***

a) Kelompok profesional kesehatan, yaitu ners, dokter, fisioterapis, ahli terapi kerja, ahli terapi wicara, ahli gizi, ahli radiologi, laboratorium dan psikolog.
b) Kelompok profesional non kesehatan, yaitu pegawai sosial dan rohaniawan.
c) Kelompok non profesional yaitu *nurse assistant* yang bertugas sebagai pembantu dalam hal ini keluarga pasien yang menunggu untuk melayani kebutuhan dan aktivitas sehari-hari dari klien. Kelompok ini bekerja di bawah pengawasan dan petunjuk dari perawat (Jhoson & Leny, 2010).

b. *Home Care* Pasien Pasca Stroke

Perawatan di rumah sangat bermanfaat dalam masa transisi pasien setelah pulang dari perawatan di rumah sakit. Perawatan di rumah diperlukan oleh penderita stroke yang memasuki fase subakut. Fase ini merupakan fase yang sangat penting untuk pemulihan fungsional, perawatan di rumah seringkali dihubungkan dengan perawat ataupun fisioterapis, namun pada hakikatnya keluargalah yang dapat merawat secara penuh bagi pasien (Sismadi, 2005)

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

1) Gangguan sensibilitas

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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

2) Gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi

Stroke menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia. Pada saat berbicara dengan pasien afasia usahakan agar wajah kita menghadap lurus kearah pasien. Hal ini akan membantu pasien untuk melihat gerak bibir dan ekspresi wajah kita, mempergunakan kalimat-kalimat pendek dan tekankan pada kata-kata yang penting, gunakan ekspresi wajah, gerakan tubuh dan irama suara sehingga pasien dapat memahami perkataan kita (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Adapun upaya lain untuk berkomunikasi dengan pasien stroke yang mengalami afasia yaitu dengan menyediakan papan komunikasi. Papan komunikasi berisi gambar atau simbol aktifitas kegiatan seharian pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

3) Gangguan penglihatan

Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, pada saat pasien makan letakan nampan makanan pada sisi yang dapat dilihat oleh pasien. Orientasikan atau beritahukan pasien tempat dan barang yang ada di sekitar 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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

4) Gangguan memori

Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan cara memperlihatkan foto album keluarga, teman, atau kerabat, atau gambar-gambar yang pernah dikenal oleh pasien. Keluarga juga dapat mengorientasikan kembali pemahaman pasien terhadap tempat, waktu dan orang. Hal lain yang dapat dilakukan oleh keluarga yaitu, meletakan benda yang menunjukan waktu di kamar pasien, keluarga juga dapat mengajak pasien untuk membicarakan mengenai masa lalu yang menyenangkan (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

5) Perubahan Kepribadian dan Emosi

Hal ini sering terjadi pada pasien yang mengalami afasia karena tidak mampu mengungkapkan apa yang mereka inginkan sehingga menjadi frustasi dan akhirnya pasien menjadi depresi. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga dan pengasuh dapat memberikan support mental dan selalu mengorientasikan pasien pada realita. Bila diperlukan dapat dilakukan konsultasi oleh psikolog atau berikan obat anti depresan oleh dokter yang merawat (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

6) Gangguan Seksual

Faktor utama penyebab penurunan frekuensi hubungan seksual ini adalah faktor fisik, psikis, dan sosial. Pasien pasca stroke beserta pasangan membutuhkan konsultasi seksual dari tim kesehatan. Pasien pasca stroke diperbolehkan untk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya setelah terserang stroke.

7) Personal Hygiene Pasien

Personal hygiene pada pasien stroke adalah mandi, berpakaian, makan, eliminasi, hygiene mobilisasi dalam rumah (Wesley, 2004 dikutip dalam Syairi, 2013)

a) Mandi

Keterbatasan fisik akibat stroke bukan halangan bagi pasien untuk mandi secara rutin. Kesegaran setelah mandi membuat pasien merasa lebih nyaman. Pertolongan orang lain hanya diperlukan untuk pekerjaan yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh pasien karena kemampuan gerak mereka untuk mandi secara sempurna terbatas. Latihan mandi sendiri untuk pasien yang masih bisa beraktivitas ringan sangat penting, pasien dapat dimandikan pada posisi berbaring (di tempat tidur), duduk (di kursi) dan berdiri tapi di bawah pengawasan keluarga, karena selama pasien tidak lumpuh total dilatih untuk mandiri dengan pengawasan keluarga, bantuan diperlukan bila benar-benar mengalami kesulitan (Lingga, 2013). Hal-hal yang perlu diperhatikan saat memberikan bantuan kepada pasien pasca stroke saat mandi yaitu:

(1) Pasien pasca stroke memiliki keterbatas kemampuan untuk berdiri lama dan belum memiliki keseimbangan yang baik maka diperlukan kursi saat mandi.

(2) Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan agar pasien paska stroke tidak jatuh

b) Berpakaian

Posisi berbaring merupakan posisi yang baik dan aman disaat penderita paska stroke berpakaian, pada saat berpakaian dimulai dari tangan dan kaki yang

lemah dahulu dan saat melepas pakaian dimulai dari tangan dan kaki yang kuat terlebih dahulu (Wesley, 2004 dikutip dalam syairi, 2013). Sebagian besar pasien tidak dapat berpakaian secara mandiri. Selama tangan pasien tidak lumpuh total, maka seharusnya dapat mengenakan pakaian sendiri, misalnya mengancing baju sendiri dan dalam pengawasan keluarga dan dibantu apabila mengalami kesulitan (Lingga, 2013).

(1) Cara mengenakan kemeja
    (a) Masukan terlebih dahulu lengan yang lemah ke dalam lengan kemeja
    (b) Tarik lengan kemeja ke atas sampai bahu
    (c) Putar kemeja ke lengan yang sehat dari belakang
    (d) Masukan tangan yang sehat ke lengan kemeja satunya
    (Mulyatsih & Ahmad, 2015).
(2) Cara mengenakan celana
    (a) Masukan kaki yang lemah terlebih dahulu ke dalam celana
    (b) Setelah itu masukan kaki yang sehat ke dalam celana
    (c) Jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik ke atas
    (d) Jika keseimbangan berdiri pasien belum baik, pasien berbaring dahulu, kemudian celana ditarik keatas secara bergantian
    (Mulyatsih & Ahmad, 2015)

c) Gangguan makan dan menelan

Gangguan menelan merupakan salah satu masalah kesehatan akibat serangan stroke. Biasanya pasien menunjukan 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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Memberi makan pada posisi berbaring akan mengakibat pasien mudah mengalami tersedak, dan bila terpaksa harus makan di tempat tidur, pasien harus didudukan tegak 60-90 derajat dan disaat makan tinggi meja perlu disesuaikan dengan jangkauan pasien, (Mulyatsih & Ahmad, 2015), jika pasien dapat duduk di kursi maka pada saat makan kursi yang digunakan harus nyaman dan dapat menopang tubuh penderita, sebaliknya sebelum makan, makanan yang sulit dipotong sebaiknya dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah saat makan (Wesley, 2004 dikutip dalam syairi, 2013).

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 mulut dan gigi sebelum dan setelah maksimal pagi dan sore pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur dan gigi berlubang (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Gangguan menelan pada pasien pasca stroke sebagian hanya bersifat sementara, hanya sekitar 15-20% yang bersifat menetap, sehingga beberapa pasien pulang ke rumah masih terpasang selang NGT untuk makan atau minum. Selang NGT adalah selang yang dimasukan ke dalam lambung melalui lubang hidung. Selang NGT diganti secara periodik tergantung bahan selang, dan dapat diganti setiap 7 hari, 30 hari, atau ada juga yang 90 hari atau setiap 3 bulan (Mulyatsih & Ahmad, 2015). Keluarga harus memahami bahwa bagi pasien yang gangguan menelan cairan lebih berbahaya dari pada makanan lunak, sehingga pada pasien yang menggunakan NGT perlunya latihan menelan. Pasien akan dilatih makan peroral mulai dari makanan dengan konsistensi lunak atau semi padat, selanjutnya bertahap ke bentuk yang lebih cair (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

d) Eliminasi

Hilangnya kemampuan sensorik dan motorik menyebabkan pasien pasca stroke kehilangan kendali pada saat akan berkemih dan buang air besar, seperti keadaan ngompol atau tiba-tiba sudah mengeluarkan *feses* tanpa merasakan keinginan apapun sebelumnya (Lingga, 2013). Gangguan buang air kecil dapat diatasi dengan cara pada siang hari, berikan pasien minum satu gelas setiap 2 Jam dan hindari minum pada malam hari. Untuk mengantisipasi agar pasein tidak mengompol, keluarga atau pengasuh dapat menawarkan pasien

untuk berkemih secara teratur setiap 2 atau 3 jam atau sesuai dengan pola buang air kecil pasien sebelumnya. Keluarga atau pengasuh dapat mengajarkan 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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015). Pasien yang mengalami gangguan berkemih atau buang air besar, sebaiknya gunakan popok khusus (pampers) atau instruksi dari dokter dan bagi pasien yang dapat mandiri dan kekamar mandi upayakan penderita pasca stroke tidak menempuh jarak yang cukup jauh, sebaiknya menggunakan kamar mandi yang jaraknya dekat (Wesley, 2004 dikutip dalam syairi, 2013)

Gangguan buang air besar pada pasien pasca stroke adalah konstipasi, yang terjadi akibat tirah baring lama, kurang aktifitas fisik, asupan kurang sehat, kurang air minum, dan efek samping obat. Cara mengatasinya dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari, dan membiasakan diri duduk di kloset secara teratur setiap pagi (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

e) Mobilisasi

Mobilisasi sangat dibutuhkan pada pasien pasca stroke, terutama pada pasien pasca stoke yang mengalami gangguan seperti berikut:

(1) Kelumpuhan/ kelemahan

Kelemahan atau kelumpuhan separuh badan masih seringkali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit, dan biasanya kelemahan tangan lebih berat dibandingkan kaki. Apabila sewaktu pulang ke rumah pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien senyaman mungkin di tempat tidur dan harus selalu diberikan pergerakan, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah dan pastikan tempat tidur terpasang penyanggah untuk mencegah pasien jatuh (Mulyatsih & Ahmad, 2015). Aktivitas mobilisasi dimulai dengan ditempat tidur, berlanjut ke duduk, berdiri dan ambulasi, Penderita stroke memerlukan latihan fisik seperti pergerakan ekstremitas yang mengalami kelumpuhan serta latihan berjalan dan menggerakan anggota badan (Wesley 2004 dikutip dalam syairi 2013). Pada klien dengan kelemahan anggota gerak atas, beri dukungan keluarga untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut dengan cara anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah di bawah pengawasan keluarga dengan hal-hal tersebut sel-sel otak akan menstimulasi untuk berlatih kembali beraktivitas seperti sebelum sakit (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

(2) Gangguan keseimbangan

(a) Melatih keseimbangan duduk

Penolong duduk di sebelah sisi yang lemah, bila diperlukan penolong lainnya di sisi yang sehat bila diperlukan. Letakan 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 telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakan bantal dibelakang kepala, leher dan bahu yang lemah, letakan juga satu bantal di bawah lengan yang lemah (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Cara lain melatih pasien duduk adalah penolong duduk disisi 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 tujuan untuk memindahkan berat badan 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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

(b) Melatih Keseimbangan berdiri

Bila keadaan memungkinkan, beri kesempatan kepada pasien untuk berusaha berdiri sendiri semaksimal mungkin karena pasien pasca stroke memerlukan latihan fisik

seperti latihan berjalan dan latihan menggerakan anggota tubuh mempercepat pemulihan (Wesley tahun 2004 dikutip dalam syairi tahun 2013). Keluarga atau pengasuh dapat berdiri di samping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Idealnya pada saat latihan berjalan pasien tidak menggunakan alat bantu seperti kursi roda, 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 (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

c. Prinsip *Home Care* Pasien *Pasca* Stroke

1) Menjaga *body Alignment* pengasuh atau keluarga

Pada waktu mengangkat pasien, keluarga atau pengasuh harus mempertahankan posisi punggung tetap lurus untuk mencegah pengasuh sakit punggung di kemudian hari. Yang harus diperhatikan pada waktu mengangkat pasein antara lain; pertahankan punggung tetap lurus, tekuk lutut, jangan punggung, renggangkan kedua kaki, dekatkan badan ke pasien, pegang punggung pasien, serta pastikan pasien mengetahui apa yang akan anda kerjakan dan bila perlu berikan instruksi. Hal yang perlu diperhatikan adalah bila merasa tidak kuat mengangkat sendiri, carilah bantuan orang lain (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

2) Mencegah terjadinya luka di kulit pasien akibat tekanan

Setelah pulang ke rumah kadang beberapa pasien pasca stroke belum mampu bergerak sendiri sehingga dibiarkan tetap berbaring di tempat tidur yang seharusnya diberikan pergerakan, sehingga tidak mengalami luka di kulit akibat tekanan, oleh karena itu peran keluarga sangat penting untuk mencegahnya dengan cara mengubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam yaitu dengan miring kanan dan miring kiri. Upaya lain adalah oleskan pelembab atau minyak kelapa pada daerah tertekan dan bila pasien sering mengompol pengasuh harus memperhatikan kebersihan daerah kemaluan dan mempertahankan supaya tetap kering (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

3) Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi dengan melakukan *range of motion*

Mencegahnya dengan cara lakukan latihan gerak sendi lengan dan tungkai secara pasif dan aktif dengan melakukan pergerakan juga mempercepat pemulihan bila memungkinkan minimal 2 kali sehari. Latihan sendi meliputi gerakan sendi bahu yaitu, menekuk dan meluruskan siku dan gerakan memutar pergelangan tangan), sedangkan gerakan sendi tungkai yaitu, gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha, gerakan menekuk dan meluruskan lutut, gerakan menjauh dan mendekati badan, dan gerakan memutar pergelangan kaki (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

4) Mencegah terjadinya nyeri bahu *(Shoulder Pain)*

Nyeri bahu terjadi akibat keluarga kurang tepat memperlakukan bahu pasien, terutama pada bahu sisi yang lemah. Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah. Pada

saat mengangkat pasien, jangan meletakan tangan pada ketiak pasien tetapi letakan kedua tngan penolong pada badan atau punggung pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

5) Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh

Selain menggerakan anggota gerak atas dan bawah, pasien juga harus berlatih menggerakan batang tubuh. Latihan ini meliputi: menekuk kedua lutut dan mengangkat bokong seperti akan melakukan buang air kecil di pot atau *bridging*, menekuk kedua lengan disusul menekuk leher, serta memindahkan berat badan dari kiri ke kanan atau sebaliknya, baik pada saat duduk, berdiri dan berjalan (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

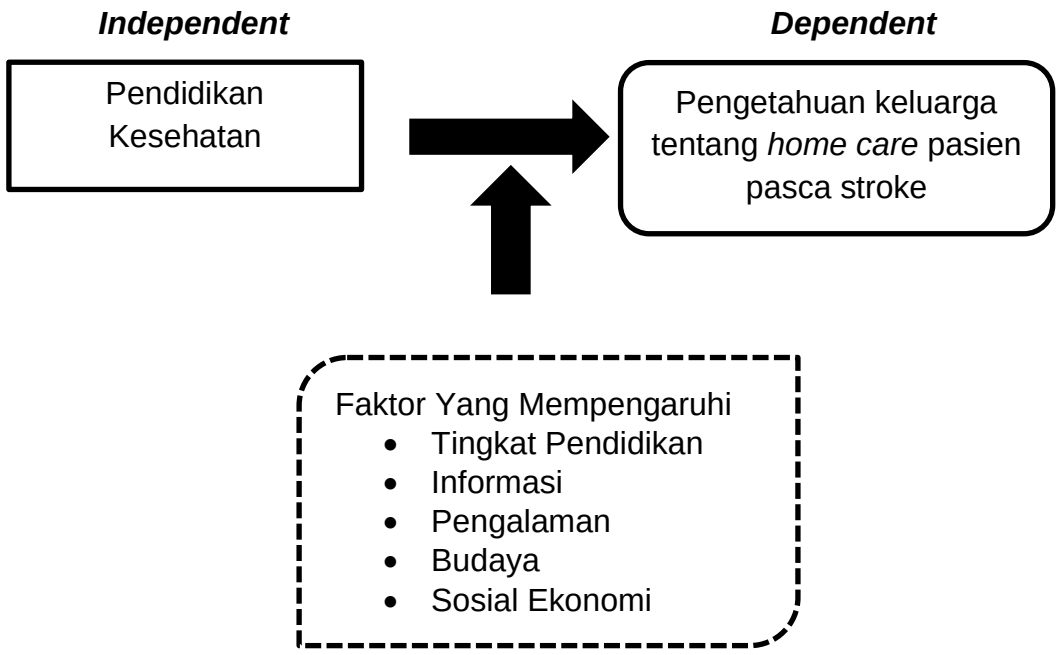
BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Stroke menjadi penyebab kecacatan yang serius dan dapat mengancam nyawa seseorang. Strategi yang diperlukan untuk menurunkan kecacatan dan angka kematian yaitu pencegahan primer dan pengobatan yang efektif untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien. Pencegahan primer yang dimaksudkan adalah mengendalikan berbagai faktor risiko, dengan cara mengajari keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke, karena keluarga mempunyai tanggung jawab dalam pengambilan keputusan dan perawatan terhadap keluarga pasca stroke.

Pengetahuan sangat dibutuhkan oleh keluarga dalam persiapan pemberian *home care* kepada anggota keluarga pasca stroke. Pengetahuan dapat diperoleh dari berbagai sumber. Upaya kita sebagai tenaga kesehatan yaitu meningkatkan pengetahuan keluarga melalui pendidikan kesehatan, karena keluarga mempunyai peran penting terhadap kemajuan atau kesembuhan keluarganya dan dalam perawatan pasien pasca stroke di rumah, oleh karena itu pendidikan kesehatan kepada keluarga sangat penting agar meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga tentang *home care* pasien pasca sroke.

Berdasarkan penjelasan di atas dan disesuaikan dengan judul dari peneliti yaitu pengaruh pendidikaan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke, maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

: *Variabel Independen*

: *Variabel Dependen*

: Variabel perancu tetapi tidak diukur.

: Penghubung Antar Variabel

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan teori dan kerangka konseptual maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut, ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahun keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
1.	Variabel Independen: Pendidikan Kesehatan	Kegiatan pemberian Informasi kesehatan oleh peneliti kepada keluarga tentang *home care* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke.	Memberikan pendidikan kesehatan dengan, 1. Menjelaskan *home care* pasien pasca stroke tentang ADL *personal Hygiene* a. Mandi b. Berpakaian c. Makan d. Eliminasi e. mobilisasi 2. Menjelaskan prinsip *home care* pasien pasca stroke a. Menjaga *body alignment* pengasuh atau keluarga b. Mencegah terjadinya luka di kulit akibat tekanan c. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi dengan melakuan	-	Nominal	**Kelompok kontrol:** Tidak diberikan pendidikan kesehatan tentang *home care* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke **Kelompok kasus:** Diberikan pendidikan kesehatan tentang *home care* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke

			range of motion			
2.	Variabel Dependen: Pengetahuan Keluarga Tentang *home care* Pasien Pasca Stroke	Informasi Yang diketahui oleh keluarga tentang *home care* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke.	1. Keluarga mengetahui dan memahami tentang *home care* pasien pasca stroke tentang ADL *personal hygiene* a. Mandi b. Berpakaian c. Makan d. Eliminasi e. Mobilisasi 2. Keluarga mengetahui dan memahami prinsip *home care* pasien stroke a. Menjaga *body alignment* pengasuh atau keluarga b. Mencegah terjadinya luka di kulit akibat tekanan c. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi dengan melakukan *range of motion*	-	Ordinal	**Baik:** Jika total score responden 161-240 **Cukup:** Jika total score responden 81- 160 **Kurang:** Jika total score responden 0-80

BAB IV
METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Eksperimental yaitu *quasy eksperimental design* dengan pendekatan *non-equivalent control group design*, yaitu suatu penelitian yang diawali dengan *pre-test* pada kedua kelompok (perlakuan dan kontrol), kemudian dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol tidak dilakukan perlakuan. Selanjutnya dilakukan pengukuran kembali (*Post-test*) pada kedua kelompok, untuk lebih jelasnya design dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.

Subjek	Pre	Perlakuan	Post
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Tabel 4.1
Design Penelitian

Keterangan:

K : Kelompok Subjek
- K-A : Kelompok perlakuan
- K-B : Kelompok tanpa perlakuan

O : Observasi

I : Intervensi

O1-A : Obsevasi akhir kelompok perlakuan

O1-B : Observasi akhir kelompok tanpa perlakuan

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

   Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, pemilihan lokasi ini karena, mudah dijangkau. Selain alasan di atas lokasi yang diambil juga terdapat banyak pasien dan memerlukan pendidikan kesehatan kepada keluarga untuk persiapan membantu perawatan pasien saat pulang ke rumah ataupun selama dalam perawatan di rumah sakit.

2. Waktu Penelitian

   Penelitian telah dilaksanakan pada bulan Februari sampai Maret 2018.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

   Populasi dalam penelitian adalah salah satu keluarga yang anggota keluarganya mengalami penyakit stroke yang dirawat di ruang rawat inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo pada bulan Februari sampai Maret 2018.

2. Sampel Penelitian

   Pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel yaitu *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu merekrut semua individu yang ditemui dalam populasi untuk dijadikan sampel dan memenuhi kriteria inklusi, dalam kurun waktu tertentu yaitu pada bulan Februari sampai Maret, sehingga jumlah sampel terpenuhi. Sampel dari penelitian ini adalah keluarga pasien stroke yang berada di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, dengan jumlah 30 sampel yang terbagi menjadi kelompok intervensi dan kontrol dengan jumlah masing-masing 15 sampel.

Dalam penelitian ini pengambilan sampel menggunkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi
    1) Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami stroke dalam masa perawatan setelah fase akut.
    2) Keluarga yang terlibat dalam perawatan anggota keluarganya yang mengalami stroke
    3) Keluarga pasien stroke yang kooperatif
    4) Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informend consent*
    5) Dapat membaca dan menulis
b. Kriteria Eksklusi
    1) Keluarga tidak mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan sampai selesai
    2) Keluarga yang tidak mengisi *pre-test* dan *post-test* secara keseluruhan

D. Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan kuesioner berupa daftar pernyataan yang disusun untuk memperoleh informasi mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke, peneliti menggunakan kuesioner yang terdiri dari 24 pernyataan yang berisi tentang pernyataan 1-4 kebutuhan mandi, 5-7 tentang berpakaian, 8-11 tentang makan, 12-14 tentang eliminasi dan 15-20 tentang mobilisasi dan 21-24 tentang prinsip *home care* pasien pasca stroke. Pada variabel pengetahuan menggunakan *guttman scale* dengan pernyataan berjumlah 24 alternatif jawaban benar dan salah, pernyataan positif 18 (pernyataan bernomor 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24) dan pernyataan negatif 4 (pernyataan bernomor 1, 6, 17, 23,). Skor tertinggi adalah 10 dan terendah adalah 0, penentuannya adalah jika

pernyataan positif dan jawaban benar akan mendapat nilai 10 sebaliknya jika jawaban salah akan mendapat nilai 0. Sedangkan pada pernyataan negative adalah jawaban benar akan mendapat nilai 0 sebaliknya jika jawaban salah akan mendapat nilai 10. Skor nilai jika respondent menjawab benar antara nilai 0-80 maka dinyatakan pengetahuan kurang, apabila mendapat nilai 81-160 maka pengetahuan cukup dan nilai 161-240 makan pengetahuan baik.

Peran peneliti dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke sebelum diberikan pendidikan kesehatan baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi, kemudian pendidikan kesehatan hanya pada kelompok intervensi sedangkan pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi, dan mengobservasi kembali pengetahuan keluarga baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

E. Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data perlu adanya rekomendasi dari Institusi STIK Stella Maris terhadap pihak lain untuk mengajukan permohonan kepada instansi tempat penelitian yaitu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah mendapatkan persetujuan, kemudian dilakukan penelitian dengan etika dan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Prinsip Etik

Penelitian ini menggunakan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, prinsip etik sama diberlakukan pada kedua kelompok ini. Prinsip etik yang harus diperhatikan oleh peneliti sebelum melakukan penelitian antara lain:

a. Respect for Human Dignity

Menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden serta menjelaskan tujuan penelitian dan manfaat yang akan

didapatkan respondent dari penelitian yaitu pemberian pendidikan kesehatan tentang perawatan anggota keluarga pasca stroke yang akan dirawat di rumah.

b. *Autonomy/Self Deternitation*

Subjek penelitian memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan bersedia menolak atau ikut menjadi responden dalam penelitian secara sukarela. Dalam penelitian ini peneliti tidak boleh memaksa populasi yang tidak mau bersedia menjadi sampel dalam penelitian walaupun telah memenuhi kriteria inklusi.

c. *Protection From Discomfort,*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Jika responden merasa tidak nyaman dan aman, maka kepada responden diberi kesempatan untuk menghentikan partisipasi atau melanjutkannya. Dalam memberikan pendidikan kesehatan, peneliti harus menciptakan rasa nyaman kepada responden.

d. *Anonymity*

Menjaga kerahasiaan yaitu dengan tidak mencantumkan nama dari responden pada kelompok intervensi dan kontrol, tetapi diisi dengan menggunakan inisial.

e. *Confidentiallity* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneiti dengan cara meniadakan nama, alamat subjek kemudian diganti dengan kode tertentu. Data yang dikumpul berupa:

1) Data Primer

Data yang diperoleh secara langsung dari objek yang diteliti

2) Data Sekunder

Sumber data tidak didapatkan langsung dari objek yang diteliti tetapi diperoleh dengan cara menelusuri dan menelaah literature ataupun orang dan dokumen lainnya (Indrawan &

Yaniawati 2016). Data dalam penelitian ini diperoleh dari dokumentasi di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

f. Beneficience (berbuat baik)

Prinsip untuk melakukan hal-hal baik dengan begitu akan mencegah kesalahan atau kejahatan. Peneliti berbuat baik dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada respondent (keluarga pasien) untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga pasca stroke yang akan dirawat di rumah.

g. Nonmaleficince (tidak merugikan)

Peneliti mempunyai prinsip tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada subjek penelitian. Penelitian ini tidak merugikan responden, baik pada kelompok kontrol maupun intervensi karena peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan.

h. Justice (keadilan)

Memberikan keuntungan dan beban secara merata. Peneliti akan memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok intervensi selama penelitian dilaksanakan dan setelah penelitian berakhir kelompok kontrol juga akan diberikan pendidikan kesehatan, sehingga kedua kelompok mendapatkan pendidikan kesehatan yang sama.

i. Veracity (kejujuran)

Penyampaian informasi harus secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional. Memberikan pendidikan kesehatan secara jujur dan benar pada responden tentang perawatan pasien pasca stroke di rumah.

j. Fidelity (menepati janji)

Standar yang pasti bahwa tindakan seorang professional dapat dinilai dari setiap situasi yaitu terhadap perkataan yang diucapkannya yang dituangkan dalam segala tindakan. dalam

penelian ini peneliti harus menepati perkataan melalui perbuatan dan tindakan apabila sudah membuat janji dengan responden.

k. Accountability

Tanggung jawab besar seorang perawat adalah meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Dalam hal ini peneliti bertanggung jawab memberikan informasi kepada responden (keluarga) tentang *home care* pasien pasca stroke (Dalami, 2015).

2. Informed consent

Lembar persetujuan izin yang diberikan untuk memperbolehkan dilakukannya suatu tindakan atau perlakuan dan diberikan kepada responden kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang memenuhi kriteria inklusi untuk diteliti. Agar suatu *informed consent* menjadi valid, yaitu:

a. Individu secara fisik dan mental kompeten dan secara legal dewasa
b. Persetujuan harus diberikan secara sukarela dan tidak ada tindakan paksaan
c. Individu yang memberikan persetujuan harus memahami dengan seksama pilihan-pilihan yang ada
d. Individu yang memberikan persetujuan harus mendapat jawaban yang memuaskan atas pertanyaan dan memastikan pemahaman mereka terhadap tindakan yang diberikan.

F. Pengolahan Data dan Penyajian Data

1. Editing

Editing adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa jawaban terhadap instrument yang telah diteliti, agar mengurangi kesalahan pengisian, memastikan bahwa instrument telah diisi oleh semua responden, memeriksa apakah tulisan responden dapat dibaca oleh

peneliti, dan memastikan apakah jawaban responden sesuai dengan pertanyaan yang diberikan

2. *Coding*

   Coding merupakan tahapan pemberian kode terhadap jawaban agar mempermudah menganalisis data maupun mempercepat entry data

3. *Processing*

   Processing yaitu proses data dengan cara memasukan data dari instrument penelian ke computer dengan menggunakan program statistik agar supaya dapat dianalisis

4. *Cleaning*

   Cleaning adalah pengecekan kembali data yang sudah dimasukan ke dalam computer untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak

5. *Tabulating*

   Setalah data terkumpul dan tersusun, dikelompokan dalam satu tabel menurut sifat-sifat sesuai dengan tujuan penelitian, dapat menggunakan tabel sederhana maupun tabel silang.

G. Analisa Data

Data yang sudah terkumpul dianalisis secara analitik dan di interprestasikan menggunakan metode statistik dengan menggunakan komputer

1. Analisa Univariat

   Analisis ini dilakukan terhadap variabel dari hasill penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunkan komputer program *SPSS (statistical package and social sciences)* versi 21 for window.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat pengaruh pemberian pendidikan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke yang disajikan dengan teknik analisis menggunakan uji statistic *non parametric* dengan menggunakan *mann whitney* yaitu uji beda dua kelompok tidak berpasangan dengan skala pengukuran kategorik dengan tingkat kemaknaan atau tingkat signifikan (α= 0,05).

Apabila p<α (0,05), maka Ho ditolak Ha diterima yang artinya ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke. sedangkan apabila p≥ α (0,05), maka Ho diterima dan Ha ditolak yang artinya tidak ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

BAB V
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tanggal 07 Februari sampai dengan 07 Maret 2018. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel yang didapatkan adalah 30 responden yang dibagi menjadi kelompok kontrol 15 responden dan kelompok intervensi 15 responden. Pengambilan data dilaksanakan di ruangan Lontara 3 bawah dan Brain Center RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan cara memberikan kuesioner *pre-test* pada kedua kelompok yang akan diteliti yaitu pada kontrol dan kelompok intervensi kemudian memberikan perlakuan pada kelompok intervensi, perlakuan berupa pendidikan kesehatan kepada kelompok intervensi yang diberikan selama 3 hari setelah 3 hari peneliti kembali memberikan kuesioner post-test pada kedua kelompok. Pengolahan data menggunakan menggunakan komputer dengan program SPSS *for windows versi* 21, kemudian data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *mann whitney* dengan tingkat kemaknaan 5% (α=0,05).

2. Gambaran umum lokasi penelitian

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar merupakan rumah sakit yang terletak di Jalan Perintis Kemerdekaan KM.10 Kelurahan Tamalanrea Jaya, Kecamatan Tamalanrea, kota Makassar.

RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada awalnya adalah RS. Jiwa Ujung pandang yang berganti nama RS. Dadi yang didirikan pada tahun 1942 atas Prakarsa Prof. SJ. Warrow dengan

fasilitas awal sebuah bangsal bedah dan sebuah bangsal penyakit dalam dengan kepemimpinan rangkap.

Pada tahun 1957 Rumah Sakit Dadi yang berlokasikan di jalan lanto Dg. Pasewang No.43 Makassar sebagai Rumah Sakit PEMDA Tingkat 1 Sulawesi Selatan dan pada tahun 1993 menjadi Rumah Sakit dengan klasifikasi B. pengembangan Rumah Sakit Umum dipindahkan ke Jln. Perintis Kemerdekaan km.11 Makassar, berdekatan dengan Fakultas Kedoteran Universitas Hasanuddin.

Pada tahun 1994 Rumah Sakit Umum Dadi berubah menjadi Rumah Sakit Vertikal milik departemen kesehatan dengan nama Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo berdasarkan surat keputusan mentri kesehatan R.I. No.540/SK/VI/1994 sebagai Rumah Sakit Kelas A dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan serta sebagai Rumah Sakit Rujukan Tertinggi di Kawasan Timur Indonesia.

Pada tanggal 10 Desember 1995 Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo ditetapkan menjadi RS Unit Swadana dan pada tahun 1998 dikeluarkan Undang-Undang No.30 tahun 1997 berubah menjadia Unit Pengguna Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Dengan terbitnya peraturan pemerintah RI No.125 tahun 2000, RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar beralih status kelembagaan menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan), yang berlangsung selama lima tahun dan berakhir pada tahun 2005. Kemudian berdasarkan peraturan pemerintah No. 23 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU), Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1243/MenKes/SK/VII/2005 tanggal 11 Agustus tahun 2005 tentang penetapan 13 Eks Rumah Sakit PERJAN menjadi UPT DEPKES dengan penerapan pola PPK-BLU, dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1677/MenKes/Per/XII/2005 tentang organisasi dan tata kerja RSUP

Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka sejak januari tahun 2006 kelembagaan RSWS berubah menjadi unit pelaksana Teknis Depkes dengan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum.

Pada tahun 2014 RSWS memperoleh dua akreditasi penting, yaitu Akreditasi KARS Paripurna dan Akreditasi JCI pada tanggal 17 Oktober 2014 Kemenkes RI mengeluarkan surat keputusan No.HK.02.02/Menkes/390/2014 tentang penetapan status RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo menjadi rumah sakit rujukan Nasional.

Adapun visi misi RSUP. Dr Wahidin Sudirohusodo adalah sebagai berikut:

a. Visi

   Menjadi *Academic Health Center* Terkemuka di Indonesia Timur 2019.

b. Misi

   1) Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang berkualitas yang terintegrasi, holistik dan profesional
   2) Menumbuhkembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif
   3) Mengampu rumah sakit jejaringan di wilayah Indonesia Timur

c. Motto

   Dengan Budaya “SIPAKATAU” Kami Melayani Dengan Hati

3. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Kelompok umur

Tabel. 5.1

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Keluarga Pasien Pasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Kelompok Umur (Tahun)	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
20-27	5	16,7
28-35	3	10
36-43	10	33,3
44-51	3	10
52-59	6	20
60-67	1	3,3
>67	2	6,7
Total	**30**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi umur keluarga pasien Pasca stroke, diperoleh umur responden terbanyak berada pada kelompok umur 36-43 tahun yaitu 10 (33,3%) responden, sedangkan umur responden terkecil berada pada kelompok umur 60-67 tahun yaitu 1 (3,3%) responden.

b. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel. 5.2

Distribusi Frekuensi Berdasarkan jenis kelamin Keluarga PasienPasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Jenis Kelamin	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
Perempuan	20	66,7
Laki-laki	10	33,3
Total	**30**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi jenis kelamin keluarga pasien Pasca stroke yaitu responden yang berjenis kelamin

perempuan berjumlah 20 (66,7%) responden, dan laki-laki berjumlah 10 (33,3%) responden.

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel. 5.3

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan Keluarga Pasien Pasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pendidikan	Frekuensi (*f*)	Presentase (%)
SD	1	3,3
SMP	0	0
SMA/SMK	24	80,1
D3	1	3,3
S1	4	13,3
Total	**30**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Data di atas menunjukkan hasil distribusi frekuensi berdasakan tingkat pendidikan keluarga pasien Pasca stroke yaitu tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA/SMK berjumlah 24 (80,1%) responden dan jumlah pendidikan terkecil yaitu SD dan D3 masing-masing berjumlah 1 (3,3%) responden.

d. Berdasarkan Pekerjaan

Tabel. 5.4

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan Keluarga Pasien Pasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pekerjaan	Frekuensi (*f*)	Presentase (%)
Pegawai Swasta	3	10
Wirausaha	5	16,7
IRT	17	56,6
PNS	2	6,7
Mahasiswa	2	6,7
Pensiunan	1	3,3
Total	**30**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi pekerjaan keluarga pasien Pasca stroke, jumlah pekerjaan responden terbanyak adalah IRT yaitu berjumlah 17 (56,6%) responden dan jumlah responden terkecil yaitu pensiunan berjumlah 1 (3,3%) responden.

4. Hasil analisa variabel penelitian

a. Analisa Univariat

1) Pengetahuan keluarga Kelompok Intervensi

Tabel. 5.5

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Keluarga Pasien Pasca Stroke Kelompok Intervensi *Pre-Test* Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pengetahuan Keluarga	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
Baik	0	0
Cukup	6	40
Kurang	9	60
Total	**15**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.5 dapat dilihat pengetahuan keluarga tentang *home care* pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu, pengetahuan pada kategori cukup sebanyak 6 responden (40%) sedangkan pengetahuan paling banyak pada kategori kurang sebanyak 9 responden (60%).

Tabel. 5.6

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Keluarga Pasien Pasca Stroke Kelompok Intervensi *Post-Test* Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pengetahuan Keluarga	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
Baik	11	73,3
Cukup	4	26,7
Kurang	0	0
Total	**15**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan hasil pengetahuan keluarga tentang *home care* pada kelompok intervensi setelah diberikan pendidikan kesehatan yaitu pengetahuan dengan jumlah terbanyak berada pada kategori baik yaitu 11 responden (73,3%) sedangkan pengetahuan paling sedikit berada pada kategori cukup dengan jumlah 4 responden (26,7%).

2) Pengetahuan Keluarga Kelompok Kontrol

Tabel. 5.7

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Keluarga Pasien Pasca Stroke Kelompok Kontrol Pre-Test Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pengetahuan Keluarga	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
Baik	0	0
Cukup	5	33,3
Kurang	10	66,7
Total	**15**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.7 di atas yaitu pengetahuan keluarga dapat dilihat jumlah pengetahuan paling banyak yaitu pada kategori kurang sebanyak 10 responden (66,7%)

sedangkan jumlah pengetahuan paling sedikit berada pada kelompok kategori cukup dengan jumlah 5 responden (33,3%).

Tabel. 5.8

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengetahuan Keluarga Pasien Pasca Stroke Kelompok Kontrol *Post-Test* Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018

Pengetahuan Keluarga	**Frekuensi (*f*)**	**Presentase (%)**
Baik	1	6,6
Cukup	4	26,7
Kurang	10	66,7
Total	**15**	**100**

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga tentang *home care* pada kelompok kontrol setelah diberikan pendidikan kesehatan yaitu pada kategori kurang sebanyak 10 responden (66,7%), pada kategori cukup 4 responden (26,7%) dan jumlah pengetahuan paling sedikit berada pada kategori baik yaitu 1 responden (6,6%). Hal ini menunjukkan bahwa pada hasil *post-test* terjadi peningkatan positif pada kelompok kontrol yaitu terdapat 1 responden pada kategori baik, pendapat dari peneliti peningkatan ini terjadi dikarenakan rasa ingin tahu dari responden ini, mungkin setelah responden mengisi kuesioner *pre-test* responden mengingat pernyataan yang diberikan melalui kuesioner *pre-test* kemudian mencari sumber-sumber informasi, sehingga dapat dipelajari, sehingga pada saat diberikan kembali kuesioner *post-test* responden tersebut dapat mengisinya dengan baik.

b. Analisa Bivariat

1) Perbedaan pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke pada kelompok intervensi dan kontrol

Tabel. 5.9

Perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang home care pasien pasca stroke pada kelompok intervensi dan kontrol *pre-test* dan *post-test* Uji Wilcoxon

	Pre-test			***Post-test***			
Kelompok	**Mean**	**Median**	**SD**	**Mean**	**Median**	**SD**	***P***
Intervensi (n=15)	99,33	80,00	33,905	216,00	240,00	36,801	0,001
Kontrol (n=15)	92,67	80,00	29,391	98,00	80,00	33,209	0,157

Uji Wilcoxon

Tabel 5.9 yaitu mengidentifikasi pengetahuan keluarga dalam memberikan *home care* kepada anggota keluarga pasca stroke sebelum dan setelah pendidikan kesehatan yang dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil uji wilcoxon pada kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu nilai mean 99,33, median 80,00, dan SD 33,905 sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan terjadi peningkatan dengan hasil nilai mean 216,00, median 240,00 dan SD 36,801, ini berarti ada perbedaan nilai sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan, yang dibuktikan dengan nilai *p*=0,001 (α<0,05).

Hasil uji wilcoxon kelompok kontrol sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu nilai mean 92,67, median 80,00 dan SD 29,391 dan setelah pendidikan kesehatan terjadi peningkatan pada nilai mean yaitu 98,00 dan nilai SD 33,209, tetapi walaupun ada peningkatan nilai mean dan SD pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan

sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan, ini dibuktikan dengan nilai *p*=0,157 (α>0,05).

2) Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke

Tabel. 5.10

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke

Waktu	Kelompok						
	Intervensi (n=15)			Kontrol (n-15)			
	Mean	Median	SD	Mean	Median	SD	*P*
Post-test	216	240,00	36,801	98,00	80,00	33,209	0,000

Uji mann whitney

Tabel 5.10 yaitu menyajikan hasil analisis *post-test* antara kelompok intervensi dan kontrol. Pada kelompok intervensi nilai mean 216, median 240,00, SD 36,801 sedangkan pada kelompok kontrol nilai mean 98,00, median 80,00 dan SD 33,209, ini menunjukkan adanya perbedaan nilai yang signifikan antara kedua kelompok tersebut, dengan kata lain bahwa ada perbedaan pengetahuan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol. Hal ini dapat dibuktikan dengan melihat nilai *p*=0,000 (α<0,05), yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *Home Care* pasien pasca stroke.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tanggal 7 February sampai dengan 7 Maret tahun 2018 dengan jumlah 30 responden yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan jumlah masing-masing kelompok yaitu 15 responden dan uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah *uji wilcoxon* dan *uji mann whitney*.

Untuk melihat perbedaan nilai pada kelompok intervensi dapat dilakukan uji wilcoxon. Hasil dari *uji wilcoxon* menunjukan bahwa nilai rata-rata sebelum diberikan pendidikan kesehatan yaitu 99,33 dan terjadi peningkatan nilai rata-rata setelah diberikan pendidikan kesehatan yaitu 216,00. Selain itu juga didapatkan nilai *p*=0,001 (α<0,05) yang artinya ada perbedaan nilai sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Abadi tahun 2015 tentang pengaruh pemberian *health education* terhadap pengetahuan keluarga tentang penatalaksanaan pasca stroke yang mendapatkan hasil ada beda tingkat Pengetahuan sebelum dan setelah diberikan *health education*.

Penelitian juga ini sejalan dengan penelitian Loriana tahun 2016 yang menunjukan hasil terdapat perbedaan yang signifikan sikap responden sebelum dan setelah diberikan *health education* dengan nilai *p* value = 0,000 <0,05 yang artinya *health education* memiliki sumbangsih besar terhadap peningkatan sikap keluarga tentang perawatan pasca stroke.

Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga pasien pasca stroke selama pasien dirawat di rumah sakit sangat bermanfaat. Sesuai dengan teori menurut Notoatmodjo tahun 2014 menyatakan bahwa Pendidikan Kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan juga menambah pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui praktik belajar atau instruksi, dengan tujuan untuk mengingat fakta atau kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahan diri *(self direction),* aktif memberikan informasi-informasi atau ide baru (Suliha, 2007). Tujuan dari pendidikan kesehatan adalah menolong individu dan keluarga agar mampu secara mandiri

mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat (Notoatmodjo, 2007).

Menurut peneliti pendidikan kesehatan yaitu suatu kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, seperti yang didefinisikan oleh WHO tahun 2002, bahwa pendidikan kesehatan yaitu proses pembelajaran dalam rancangan komunikasi dan informasi untuk meningkatkan kesehatan termasuk meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan adalah suatu hasil dari proses tindakan manusia melibatkan seluruh keyakinan yang berupa kesadaran dalam menghadapi objek yang dikenal (Ediyono, 2005).

Pendidikan kesehatan dalam penelitian ini diberikan selama 3 hari berturut-turut dengan kontrak waktu dalam satu hari ± 30-40 menit. Tujuan diberikan pendidikan kesehatan selama 3 hari adalah meningkatkan pengetahuan keluarga pasien pasca stroke.

Pendidikan kesehatan berhasil karena media yang digunakan dalam penyampaian informasi, media yang digunakan sangat berpengaruh pada pemahaman responden tentang informasi yang akan disampaikan dan hal tersebut akan meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga pasca stroke yang nantinya akan dirawat di rumah (*Ryan et al,* 2014), media yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu *leaflet* dan *flipchart* .

Flipchart dan Leflet yang terdiri dari hari pertama tentang kebutuhan ADL tentang mandi dan berpakaian, hari kedua tentang ADL makan dan eliminasi, dan hari ketiga yaitu tentang mobilisasi pasien. *Flipchart* dan *Leaflet* dibuat menarik dan sederhana sesuai dengan referensi dari buku tetapi isinya dapat menjelaskan dengan jelas kepada responden yang akan membacanya. Sejalan dengan penelitian *Tang, et all* tahun 2015, yang menggunakan media cetak *(brosur, flipchart, leaflet)* melaporkan bahwa *health education*

menggunakan media cetak dapat menambah wawasan atau pengetahuan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode ceramah dan diskusi yang diberikan masing-masing kepada 5 orang responden sehingga responden bebas menanyakan hal-hal yang belum dimengerti dan bisa diulangi oleh peneliti, Hal ini dikuatkan dengan penelitian dari Suliha tahun 2007 yaitu diskusi yang dilakukan pada kelompok kecil beranggotakan kurang dari 15 orang akan mudah menerima informasi dan penjelasan, dan juga penelitian dari Winangsit tahun 2014, pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita asma di desa Sruni Musuk boyolali Surakarta dengan menggunakan metode ceramah dan hasil dari penelitiannya menunjukan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan dan sikap keluarga dalam memberikan perawatan pada penderita asma.

Hal ini juga sesuai dengan penelitian Supriadi tahun 2013, yang menunjukkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi dan menggunakan *leaflet* terhadap kemampuan merawat kaki pada penderita Diabetes Mellitus. Selain itu, pendidikan kesehatan ini dilakukan menggunakan media leaflet, juga dikatakan dalam penelitian Hirawati tahun 2014 dengan hasil bahwa ada perbedaan pengetahuan yang signifikan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan diskusi, dimana pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan metode diskusi lebih efektif untuk meningkatkan pengetahuan, sehingga peneliti menggabungkan kedua metode tersebut. Pendidikan kesehatan dalam penelitian ini, disampaikan menggunakan materi yang sesuai dengan tujuan penelitian yaitu pencegahan stroke, menggunakan media *power point* dan *leaflet* dengan bahasa yang mudah dipahami serta dengan tulisan yang menarik dan gambar pendukung.

Seperti yang dikatakan di atas peneliti berasumsi bahwa keberhasilan dari penelitian ini adalah karena peneliti memberikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan *flipchart* untuk menyampaikan informasi dan setelah pendidikan kesehatan peneliti juga memberikan *leflet* yang berisi materi yang disampaikan kepada responden dengan tujuan responden akan mengingat materi yang telah disampaikan oleh peneliti.

Kesimpulannya peningkatan pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi tentang *home care* disebabkan karena adanya intervensi pendidikan kesehatan yang diberikan dan tentunya dengan memperhatikan media dan metode yang digunakan dalam memberikan intervensi tentang pendidikan kesehatan sehingga responden atau penerima informasi dapat mengerti dan memahami dengan benar tentang informasi yang disampaikan.

Hasil *statistik uji Wilcoxon* yang dilakukan pada kelompok kontrol mendapatkan nilai rata-rata *pre-test* yaitu 92,67, dan terjadi peningkatan nilai rata-rata pada hasil *post-test* akan tetapi peningkatan nilai tidak menunjukan adanya perbedaan karena dari hasil nilai p=0,157 yaitu α>0,05.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijoreni tahun 2014 bahwa tidak terdapat perbedaan pengetahuan *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol, hal ini terjadi karena kelompok kontrol tidak mendapatkan pendidikan kesehatan, seperti teori yang dikatakan oleh Sugiyono tahun 2010, kelompok kontrol merupakan kelompok yang tidak diberi intervensi sehingga tidak terdapat pengaruh pada kelompok tertentu sebelum atau setelah intervensi dilakukan, selain itu pada kelompok kontrol merupakan kelompok yang tidak mendapat informasi sehingga pengetahuan responden kurang memadai dan menjawab kuesioner yang diberikan kurang tepat, seperti halnya dalam penelitian ini pada kelompok kontrol peneliti tidak memberikan pendidikan kesehatan akan tetapi

pendidikan kesehatan akan diberikan sesuai dengan kebiasaan dari pihak rumah sakit yaitu pendidikan kesehatan diberikan satu kali pada saat pasien dan keluarga akan pulang ke rumah sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan tidak memenuhi kebutuhan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang akan dirawat di rumah. Oleh karena itu setelah penelitian berakhir, peneliti memberikan pendidikan kesehatan yang sama seperti kelompok intervensi pada saat penelitian. Nampak jelas perbedaan peneliti dengan kebiasaan rumah sakit, yaitu peneliti telah memberikan pendidikan kesehatan terstruktur, berbeda dengan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

Pendidikan kesehatan yang diberikan harus terstruktur seperti yang diberikan peneliti dalam penelitian ini agar mendapatkan hasil yang maksimal. Tujuan dari pemberian pendidikan kesehatan terstruktur yaitu informasi yang disampaikan dapat jelas dipahami oleh sang penerima informasi karena secara terstruktur. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Pemila tahun 2008 tentang pengaruh *discharge planning* terstruktur pada pasien stroke iskemik dalam menurunkan faktor risiko dalam menurunkan faktor risiko kekambuhan, *length of stay* dan peningkatan status fungsional dan mendapatkan hasil ada perbedaan faktor risiko antara kelompok intervensi dan kontrol setelah diberikan *discharge planning*, adanya perbedaan *length of stay* (penilaian *Barthel Index*) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Wahyuni dan Rezkiki tahun 2015 tentang pemberdayaan dan efikasi diri pasien jantung koroner melalui *edukasi* kesehatan terstruktur dan mendapatkan hasil, ada perbedaan yang bermakna antara pemberdayaan dan *efikasi* diri sebelum dan sesudah diberikan *edukasi* pada kelompok intervensi (p = 0,001). Tidak ada perbedaan yang bermakna antara pemberdayaan dan *efikasi* diri sebelum dan sesudah diberikan *edukasi* pada kelompok kontrol (p = 0,157; p =

0,213). Ada perbedaan yang bermakna antara pemberdayaan dan *efikasi* diri pada kelompok kontrol dan intervensi (p = 0,001). Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa *edukasi* kesehatan terstruktur efektif meningkatkan pemberdayaan dan *efikasi* diri pasien PJK. Rekomendasi dari penelitian ini diharapkan agar perawat memberikan *edukasi* terstruktur kepada pasien sedini mungkin saat masuk rumah sakit dan menjadikan sebagai intervensi keperawatan dan memodifikasi sistem pendidikan kesehatan.

Peneliti berpendapat, salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien stroke, seperti dikatakan Suliha tahun 2007 pendidikan kesehatan merupakan suatu intervensi keperawatan mandiri untuk membantu keluarga dalam memberikan perawatan apabila keluarga akan merawat di rumah, dan hal ini lebih efektif terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah dibanding dengan pendidikan kesehatan yang hanya satu kali diberikan seperti yang menjadi kebiasaan rumah sakit. Sehingga peneliti menyarankan perawat ruangan untuk mulai memberikan pendidikan kesehatan terstruktur kepada pasien dan keluarga agar dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga pasien stroke sebelum pulang ke rumah.

Setelah uji *Wilcoxon* yang dilakukan pada masing-masing kelompok, selanjutnya dilakukan uji *mann whitney* yaitu nilai melihat nilai *post-test* pada kedua kelompok dalam penelitian ini.

Hasil yang didapatkan dari uji *mann whitney* adalah pada tabel *mean rank* ada perbedaan rerata antara kelompok intevensi dan kelompok kontrol yaitu, kelompok intervensi 22,50 sedangkan kelompok kontrol 8,50 Perbedaan signifikan dari uji *mann whitney* dapat dilihat pada tabel *test statistik* yaitu menunjukan nilai *U* sebesar 7,500 dan nilai *W* sebesar 127,500, apabila dikonversikan ke nilai *Z* maka besarannya -4,478. Nilai *sig* atau *p* v*alue* 0,000 (α < *0.05*), yang

berarti ada perbedaan bermakna antara kedua kelompok dalam penelitian ini, yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

Hasil penelitian di atas menunjukkan bahwa telah terjadi perubahan pengetahuan seperti yang diharapkan dari pendidikan kesehatan. Sejalan dengan penelitian Nursetya tahun 2014 tentang Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Penyakit Flu Burung terhadap Tingkat Kesiapsiagaan Masyarakat di Desa Gondangmanis Kecamatan Karang pandan Kabupaten Karanganyar. Nursetya menyimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat kesiapsiagaan masyarakat terhadap flu burung.

Hal ini menunjukkan bahwa Pendidikan kesehatan adalah untuk menambah pengetahuan dan kemampuan seseorang (Suliha, 2007), karena seperti yang dikatakan dalam Notoatmodjo tahun 2010 bahwa Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan seseorang melalui panca indera (mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit), atau hasil seseorang mengerti dan tahu melalui indra yang dimilikinya terhadap suatu objek.

Hal ini sejalan dengan tujuan dari dilakukannya penyuluhan kesehatan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo tahun 2010, yakni peningkatan pengetahuan masyarakat di bidang kesehatan, tercapainya perubahan perilaku, individu, keluarga, dan masyarakat sebagai sasaran utama penyuluhan kesehatan dalam membina perilaku sehat dan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sesuai dengan konsep sehat sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian. Oleh karena itu pendidikan kesehatan tentang *home care* pasien stroke sangat dibutuhkan oleh pihak keluarga dalam upaya meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang akan dibawa pulang ke rumah.

Perawatan *home care* merupakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan *komprehensif* diberikan kepada individu, keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan/memaksimalkan kemandirian dan meminimalkan kecacatan akibat dari penyakit (Depkes RI, 2002).

Keadaan pasien pasca stroke sangat beragam, bisa pulih sempurna, bisa sembuh dengan cacat ringan, sedang dan berat khususnya pada kelompok umur di atas 45. Kecacatan yang terjadi pada pasien pasca stroke menyebabkan pasien tidak mampu berjalaan sendiri, dan memenuhi kebutuhan ADL lainnya sehingga membuthkan bantuan dari pihak keluarga saat akan dirawat di rumah (Junaidi, 2012). Oleh sebab itu dalam penelitian ini peneliti memberikan pendidikan kesehatan tentang *home care* kepada keluarga dengan anggota keluarga yang membutuhkan perawatan lanjutan di rumah yang membutuhkan bantuan dalam memenuhi ADL dari pasien. Pada fase lanjut atau perawatan lanjutan diperlukan penanganan yang tepat dari keluarga karena akan menimbulkan komplikasi, perawatan lanjutan di rumah atau *home care* sudah menjadi tugas dan kewajiban dari pihak keluarga ketika anggota keluarga yang telah pulih dan akan di bawah ke rumah, seperti pendapat Mubarak tahun 2009 bahwa salah satu tugas keluarga adalah memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dan Friedman tahun 2010 mengatakan keluarga mempunyai peran penting sebagai *caregiver* primer pada pasien.

Perawatan yang dapat diberikan keluarga pada anggota keluarga pasca stroke yaitu pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan,toileting atau melatih utuk mengontrol gerakan penderita (Ruud, Irwin, Penhale, 2010). Dalam penelitian ini peneliti memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang bagaimana membantu ADL pasien tentang mandi, berpakaian,

makan, eliminasi dan mobilisasi, dan diharapkan dari hasil penelitian ini yaitu ada pengaruh pendidikan kesehatan, maka keluarga akan memberikan perawatan yang baik dan benar kepda anggota keluarganya sehingga tidak menimbulkan komplikasi lainnya.

Kesimpulannya dari pembahasan di atas adalah pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke harus diberikan secara terstruktur karena pendidikan kesehatan terstruktur memiliki peluang lebih besar dalam peningkatan pengetahuan dari pada pendidikan kesehatan yang diberikan hanya satu kali. Hal ini terbukti dari penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti yaitu memperoleh hasil ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke. Oleh karena itu peranan perawat sangat berpengaruh dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan keluarga sebelum pasien pulang ke rumah, sehingga disarankan perawat ruangan harus memberikan pendidikan kesehatan terstruktur kepada keluarga sebelum pulang ke rumah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi dari pasien yang akan dirawat dirumah. Selain memberikan teknik pendidikan kesehatan yang diberikan secara terstruktur, harus juga memperhatikan media dan metode yang digunakan agar informasi yang disampaikan dapat ditangkap dengan baik oleh penerima informasi.

C. Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan yang peneliti alami selama penelitian yaitu:

1. Keterbatasan responden, karena pada awalnya peneliti menargetkan 50 responden sesuai dengan jumlah populasi tahun sebelumnya, tapi kenyataannya peneliti hanya mendapat 30 responden.

2. Keterbatasan waktu dan tenaga dari peneliti

   Waktu yang digunakan terbatas sehingga peneliti tidak dapat melakukan intervensi yang cukup terhadap keluarga yang memiliki pengetahuan kurang.

BAB VI
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 30 responden yang dibagi menjadi 15 kelompok intervensi dan 15 kelompok kontrol yang dilaksanakan pada tangga 07 Februari sampai 07 Maret 2018 di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan pengetahuan keluarga yang bermakna antara *pre-test* dan *post-test* pada kelompok intervensi, menggunakan *uji wilcoxon* dengan hasil nilai *p*=0,001(α<0,05)
2. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan keluarga antara *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol, menggunakan *uji wilcoxon* dengan hasil nilai *p*=0,157 (α>0,05)
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke, menggunakan *uji mann whitney* dengan hasil nilai *p*=0,000 (α<0,05)

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

   Bagi tenaga kesehatan terlebih khusus perawat yang bertugas di ruang perawatan lebih meningkatkan pemberian pendidikan kepada keluarga dengan memberikan secara terstruktur selama pasien dirawat sehingga meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memberikan perawatan setelah pasien pulang dari rumah sakit.
2. Bagi keluarga pasien pasca stroke

   Keluarga mempraktikan pengetahuan yang telah didapatkan dari pendidikan kesehatan dalam memberikan perawatan kepada

anggota keluarga yang akan dirawat di rumah sehingga perawatan yang diberikan tidak memberikan dampak yang tidak diinginkan, dan keluarga terus meningkatkan pengetahuan tentang *home care* pasien pasca stroke dengan memperolah dari petugas kesehatan yang ada, atau media cetak kesehatan agar lebih baik dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga pasca stroke.

3. Bagi Institusi pendidikan

   Hasil penelitian ini dijadikan bahan bacaan di perpustakaan bagi mahasiswa dan dosen guna menambah informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang *home care* pasien pasca stroke.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

   Melakukan penelitian dengan menggunakan aspek yang lebih luas, seperti menambah karakteristik keluarga dan waktu penelitian yang lebih panjang dalam pemberian pendidikan kesehataan serta metode penelitian menggunakan metode yang lebih lengkap untuk menyempurnakan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Achjar, K. A. H. 2014. *Teori dan Paraktik: Asuhan Keperawatan Komunitas.* Jakarta: EGC.

Arafat, Rosyidah. 2010. *Pengalaman Pendampingan Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Pada Kondisi Vegetative Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUP Fatma Wati Jakarta*. Depok: FIK UI. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/137270-T%20Rosidah%20Arafat.pdf.* Diakses tanggal 4 Oktober 2017 pukul 08:35 pm WITA. Tesis.

Abadi Hanugrah, 2015. *Pengaruh Pemberian Health Education Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Penatalaksanaan Pasca Stroke Di Rs PKU Muhammadiyah Yogyakarta. digilib.unisayogya.ac.id/43/1/Naskah%20Publikasi.pdf. Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 02:33 pm WITA.*

Dion, Y. & Beta, Y. 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Dalami, E. 2015. *Etika Keperawatan.* Jakarta: Trans Info Media.

Depkes RI, 2002. *Pedoman Pemberantasan Penyakit Saluran Pernafasan Akut*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Ediyono, 2005 . *Filsafat Ilmu* . Yogyakarta: Lintang Pustaka.

Fetriyah, H.U, & Firdaus, S, & Lestari, L,W,S. *2016 Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Pekauman. Banjarmasin: Stikes Sari Mulia Banjarmasin & Politeknik Kesehatan Banjarbaru*. http://ojs.dinamikakesehatan.stikessarimulia.ac.id/index.php/dksm/article/view/62 Diakses tanggal 15 September 2017 pukul 05:20 pm WITA.

Fitriani, Sinta. 2011. *Promosi Kesehatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

Friedman, M. 2010. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.

Hirawati, P Heni. 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Menggunakan Metode Ceramah dan Diskusi Kelompok Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Putri tentang Kebersihan Alat Genitalia di SMAN 1 Ungaran.* Jurnal Keperawatan Maternitas. Volume 2 No. 2. Diakses dari http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/09/.pdf. Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 02:40 pm WITA.

Indrawan, R & Yaniawati, P. 2016. *Metodologi Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif dan campuran untuk manajemen, pembangunan dan pendidikan*. Bandung: PT Refika Aditama. *Cetakan ke-2.*

Junaidi, Iskandar. 2011. *STROKE: Waspadai Ancamannya.* Yogyakarta: CV. ANDI.

L. Jhoson & R. Leny. 2010. *Keperawataan Keluarga: Plus Contoh Askep Keluarga.* Jakarta: Nuha Medika.

Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

Lestari, Titik. 2015. *Kumpulan Teori: Untuk Kajian Pustaka Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Mulyatsih, E. & Ahmad, A. 2015. *Stroke: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah.* Jakarta: Balai penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. *Edisi Ke-3*

Mubarak, W. I, Chayatin, Santoso, 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Konsep Dan Aplikasi.* Jakarta: Salemba Medika

Nurarif, A. H. dan Kusuma, H. 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis: Berdasarkan Penerapan Diagnosis Nanada NIC, NOC, dalam Berbagai Kasus.* Jogjakarta: MediAction. *Jilid 2*

National Survey For Noncomminicabel Disease Risk Factors And Mental Healt Using WHO STEPS Approach In Bhutan, 2014. http://apps.who.int/iris/handle/10665/204659. Diakses 03 Oktober 2017 pukul 01:28 pm WITA

Nursetya, A. 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Penyakit Flu Burung terhadap Tingkat Kesiapsiagaan di Desa Gondangmanis Kecamatan Karangpandan Kabupaten Karanganyar*. Surakarta:Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta. *eprints.ums.ac.id/31113/1/HALAMAN_DEPAN.pdf.* Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 02:50 pm WITA. *Skripsi*.

_____, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan Seni. Jakarta:* Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineke Cipta.

_____, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta:* Rineka Cipta. Cetakan ke-2

Oktavianus, 2014. *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Padila, 2012. *Buku Ajar: Keperawatan Keluarga.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Parellangi dan Loriana, 2016. Peningkatan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Pasca Stroke Setelah Diberikan *Health Education.* Samarinda. Mahakam Nursing Jurnal.*ejournalperawat.poltekkes-kaltim.ac.id/ojs/index.php/nursing/article/download/9/8/. Diakses* tanggal 21 Maret 2018 pukul 03:00 pm WITA. VOL. 1. NO.2.

Pemila Uke, 2008. Pengaruh Discrharge Planning Terstruktur Pada Pasien Stroke Iskemik Dalam Menurunkan Faktor Risiko Kekambuhan, Length Of Stay Dan Peningkatan Status Fungsional Di RSSN Bukittinggi. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-10/20438190-*

Uke%20Pemila.pdf. Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 03:10 pm WITA.

Profil Kesehatan Kota Makassar tahun 2015. *dinkeskotamakassar.com/.../2017-02-09-09-30-56?...profil-kesehatan-kota-makassar-tahun 2015.* Diakses 15 September 2017 pukul 08:00 pm WITA.

Roza,M, & Yunus, M.K, & Wahyuni, S.I. 2013. *Tingkat Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Pasien Stroke Ruang Merak II Di Rumah RSUD Arifin Achmad. PekanBaru. Universitas Abdurrab. jurnal.univrab.ac.id/index.php/keperawatan/article/download/88/57/.* Diakses 15 September 2015 pukul 05:29 pm WITA.

Rekam Medis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. 2017. Jumlah Penderita Stroke Selama Tahun 2016. Makassar: RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Ruud, A. Irwin, P. dan Penhale, B. 2010. *Stroke.* Jakarta: Penebar Plus

Ryan, L. Logsdon, M.C, Mcgill, S. Stikes, R, Senior, B, Helinger, B.Davis, DW. 2014. Evaluation of printed health education materials for use by loweducation families. *Journal of Nursing Scholarship*. http://doi.org/10.1111/jnu.12076. Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 03:20 pm WITA.

RISKESDAS. 2013. Jakarta: KementrianKes.RI. www.depkes.go.id. Diaskes tanggal 19 September 2017 pukul 06:54 WITA.

Syairi, A. 2013. *Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di RSU Kabupaten Tanggerang. Jakarta: Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*. *repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/.../1/ABU%20SYAIRI-FKIK.pdf.* Diakses 10 September 2017 pukul 04:37 pm WITA. *Skripsi.*

Sonatha, B. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap keluarga Dalam Pemberian Perawatan Pasien Pasca Stroke. Depok: Universitas Indonesia*. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf*. Diakses 18 September 2017 pukul 07:26 pm WITA. *Skripsi.*

Stroke Forum, 2015. Epidemiology of stroke. http://www.strokeforum.com/stroke-background/epidemiology.html. Diakses tanggal 19 September 2017 pukul 06:54 WITA.

Sowtali, S.N, & Harith, S. 2014. *Educational Needs Among Stroke Patients Admitted To Hospital Universiti Sains Malaysia: Preliminary Findings*. Jurnal Sains Kesehatan Malaysia. *journalarticle.ukm.my/7485/.* Diakses 28 Oktober 2017 pukul 09:26 am WITA

Sismadi, S. 2005. *Lupus & Stroke*. Jakarta: Sisma DigiMedia.

Sugiyono, 2010. *Metode Penelitian Kombinasi*. Bandung: CV: Alfabeta.

Suliha, 2007. *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Bandung: CV: Alfabeta.

Supriadi, Dedy. 2013. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi terhadap Kemampuan Merawat Kaki pada Penderita Diabetes Melitus.* Jurnal Manajemen Keperawatan. *jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/948* . Diakses 21 Maret 2018 pukul 03:55 pm WITA Volume 1, No. 1.

Tang,Y.H.,Hung, C.H.,Chen, H.M.,Lin, T.H.,& Liu,Y. 2015. The effect of health education on taiwanese hypertensive patients' knowledge and cognition of stroke. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. http://doi.org/10.1111/wvn.12083. Diakses 21 Maret 2018 pukul 04:00 pm WITA.

Van Exel, *et al*. 2005. *Burden of informal caregiving for stroke patients: identification of caregivers at risk of adverse healt effect. lib.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf. Diakses* tanggal 19 September 2017 pukul 06:54 WITA.

Wawan, A., Dewi, M. 2011. *Teori Pengetahuan, Sikap dengan Perilaku.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Wahyuni Aria & Rezkiki,F. 2015. *Pemberdayaan Dan Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Edukasi Kesehatan Terstruktur.*

ejournal.kopertis10.or.id/index.php/jit/article/download/26/25oleh. A. Wahyuni-2017. Diakses 04 Oktober 2017 pukul 02:37 pm WITA.

Widyanto, C. F. 2014. *Keperawatan Komunitas: Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

WHO, 2012 . *Health education:Theoritical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Cairo: who regional officer for the easternmediteranean.*apps.who.int/iris/bitstream/.../EMRPUB_2012_EN_1362.pdf. Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 04:10 WITA.*

Wijoreni, Nur A. 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Gaya Hidup Sehat terhadap Tingkat Pengetahuan dan Sikap dalam Mencegah PenyakitTidak Menular.* http://eprints.ums.ac.id/31157/1/NASKAH_PUBLIKASI.pdf. *Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 04:15 WITA.*

Winangsit, 2014. *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Keluarga dalam Memberikan Perawatan pada Penderita Asma di Desa Sruni Musuk Boyolali*. http://eprints.ums.ac.id/28796/16/NASKAH_PUBLIKASI.pdf. *Diakses tanggal 21 Maret 2018 pukul 04:25 WITA.*

Yastroki, 2012 . *Stroke Penyebab Kematian Urutan Pertama di Rumah Sakit Indonesia*. http://www.yastroki.or.id. Diaskes tanggal 19 September 2017 pukul 06:54 WITA.

Lampiran 1

NO	KEGIATAN	2017																			2018																			
		SEPTEMBER				OKTOBER					NOVEMBER				DESEMBER					JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL									
		1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5				
1	**PERSIAPAN**																																							
	a. Mengajukan Judul																																							
	b. ACC Judul																																							
	c. Menyusun Proposal																																							
	d. Ujian Proposal																																							
	e. Perbaikan Proposal																																							
2	**PELAKSANAAN**																																							
	a. Pengumpulan data																																							
	b. Pengelolaan data																																							
	c. Analisa data																																							
	d. Pembahasan																																							
3	**PENYELESAIAN**																																							
	Menyusun Laporan Hasil Penelitian																																							
4	**UJIAN SKRIPSI**																																							
5	**PERBAIKAN SKRIPSI**																																							
6	**MEMASUKAN SKRIPSI**																																							

Lampiran 2

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

Nomor : **LB.02.04/2.2.2/8142/2017** 31 Oktober 2017
Hal : **Permohonan Data**

Yth.
1. Ka. Inst. SIRS
2. Ka. Inst. Rekam Medik

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama	:	**Maria Novita Ria & Martha Dua Nurak**
NIM	:	**CX1614201155**
Prog. Studi	:	**Ilmu Keperawatan**
Institusi	:	**STELLA MARIS Makassar**
Strata	:	**S1**

Yang bersangkutan akan melakukan pengambilan data dengan judul "***Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Terhadap Penegtahuan Kelaurga Tentang Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah***" sesuai dengan permohonan Mahasiswa dari ***Ketua STELLA MARIS,*** dengan Nomor **643/STIK-SM/S1.247/X/2017** tertanggal **23 Oktober 2017**, selama bulan **November 2017 s.d Desember 2017**, dengan catatan selama pengambilan data berlangsung mahasiswa tidak mengganggu pelayanan terhadap pasien.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur SDM dan Pendidikan
Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian

dr. Muh. Ilham Hamzah, DESS
NIP. 197006202000031007

Cat : Identitas pasien harus dirahasiakan dan tdk diperbolehkan mengambil gambar pasien

Lampiran 3

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR
HEALTH POLYTECHNIC MAKASSAR

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS
"***ETHICAL APPROVAL***"

No. : 002/KEPK-PTKMKS/I/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dalam upaya melindungi hak asasi manusia subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol yang berjudul :
The Ethics Commission of the Health Polytechnic Makassar, with regards of the protectition of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Home Care Pasien Pasca Stroke"

Peneliti Utama : Maria Novita Ria dan Martha Dua Nurak
Principal Investigator

Nama Institusi : STIKES Stella Maris
Name of the Institution

Telah menyetujui protokol tersebut di atas.
Approved the above-mentioned protocol

Makassar, 17 Januari 2018
(CHAIRMAN)

Dr. Rudy Hartono, SKM, M.Kes
NIP. 19700613 199803 1 002

Lampiran 4

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245
Telp. (0411) 584675 – 581818 (*Hunting*), Fax. (0411) 587676
Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com

Nomor : LB.02.01/2.2/180 /2018 31 Januari 2018
Hal : **Permohonan Izin Penelitian**

Yth.
1. Ka. Inst. Rekam Medik
2. Ka. Inst. Lontara 3
3. Kayan Lontara 3 Neurologi
4. Koord. Brain Center

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : **Maria Novita Ria & Martha Dua Nurak**
Nim : **CX1614201155 & CX1614201156**
Prog. Studi : **Ilmu Keperawatan**
Inst. : **STIK Stella Maris**

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul ***"Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang homecare pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar"*** sesuai dengan permohonan peneliti dari **Ketua STIK Stella Maris,** dengan nomor **046/STIK-SM/S1.029/I/2018,** tertanggal **23 Januari 2018.** Penelitian ini berlangsung selama bulan **Februari s.d Maret 2018**, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama berada di lingkungan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Wajib mematuhi peraturan dan tatatertib yang berlaku di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruangan Rekam Medik
5. Tidak memperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Direktur SDM dan Pendidikan

RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Drs. Jintan Ginting, Apt, M.Kes
NIP 196312031896031001

Lampiran 5

KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: **Maria Novita Ria & Martha Dua Nurak**
Nim	: **CX1614201155 & CX1614201156**
Prog. Studi	: **Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris**

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan **Februari s.d Maret 2018** dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar , 23- 3- 2018

An ....

H.I. MUNIRAH,S.Kep,NS

NIP. [illegible]

....

Lampiran 5

KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama	: **Maria Novita Ria & Martha Dua Nurak**
Nim	: **CX1614201155 & CX1614201156**
Prog. Studi	: **Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris**

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan **Februari s.d Maret 2018** dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar , 22- Maret 201

An ....

BARDI, S.Kep.Ns

061341450075

Lampiran 6

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10,
Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.
Contact person **dr. Agussalim Bukhari,PhD,SpGK** (HP. 081241850858),
email: agussalimbukhari@yahoo.com

NASKAH PENJELASAN KEPADA SUBYEK UNTUK PERSETUJUAN

Selamat pagi bapak/ibu, perkenalkan kami mahasiswa STIK Stella Maris Makassar (Maria Novita Ria dan Martha Dua Nurak), pada saat ini kami dalam proses penyelesaian tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dimana kami akan melakukan penelitian dengan Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap pengetahuan Keluarga Tentang *Home Care* Pasien Pasca Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang home care pasien pasca stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan harapan akan memberikan manfaat kepada bpk/ibu/sdra/i dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang akan dirawat di rumah. Jika bpk/ibu/sdra/i bersedia menjadi responden dalam penelitian ini maka kami akan memberikan pendidikan kesehatan selama ± 40 menit/ hari dan dalam waktu 3 hari berturut-turut, tetapi jika merasa tidak berkenan dengan alasan tertentu, bpk/ibu/sdra/i berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Keikutsertaan bpk/ibu/sdra/i dalam penelitian ini bersifat suka rela tanpa paksaan.

Penelitian ini tidak menimbulkan efek samping atau akibat yang merugikan bagi bpk/ibu/sdr sebagai responden, namun akan menyita waktu beberapa menit ketika kami melakukan penelitian, kami akan memberikan kompensasi berupa sovenir. Identitas bpk/ibu/sdra/i maupun data atau semua informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dengan menyamarkan identitas, data disajikan hanya untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu. Bila ada hal-hal yang tidak jelas, bpk/ibu/sdr dapat menghubungi kami.

Identitas peneliti

Nama : Maria Novita Ria dan Martha Dua Nurak

Alamat : Jl. Lamadukelleng No. 8

Telepon : 085256024127/081242330966

Lampiran 7

KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10,
Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.
Contact person **dr. Agussalim Bukhari,PhD,SpGK** (HP. 081241850858),
email: agussalimbukhari@yahoo.com

FORM PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)

(Informed Concent)

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur/Kelamin :

Alamat :

Bukti diri/KTP :

Setelah membaca/mendengar dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, dengan ini saya menyatakan sesungguhnya memberikan persetujuan secara sukarela tanpa paksaan dan bersedia menjalani/mengikuti penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga tentang home care pasien pasca stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan peneliti pada saya dapat menimbulkan masalah, namun saya percaya kemungkinan tersebut sangat kecil karena akan dilakukan oleh petugas yang terlatih.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Juga saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada

peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal-hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya berawatan dan pengobatan bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data yang dihasilkan pada penelitian ini untuk dipublikasikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari, kami akan menyelesaikan secara kekeluargaan.

Tanggal:

Klien Yang membuat penyataan

(……) (Peneliti)

Saksi-saksi

(Keluarga klien) (Perawat/petugas)

Penanggung jawab penelitian:
Nama :
Alamat :
Telepon (HP):
Tempat meminta penjelasan:
Pejabat peneliti (pembing I)
Nama :
Alamat :
Telepon (HP):

Lampiran 8

KUESIONER PENELITIAN
PENGARUH PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG *HOME CARE* PASIEN PASCA STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Petunjuk Pengisian:

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat sebelum menjawab
2. Berilah tanda chek lhist (√) pada jawaban yang diberik kotak ☐
3. Mohon jawablah semua pertanyaan yang tersedia
4. Jika tidak dimengerti diberikaan kesempatan untuk bertanya

A. Karakteristik Responden

Nama (Inisial) : ……

Jenis Kelamin :☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Umur : ……..tahun

Pendidikan terakhir :☐ SD ☐ SMP ☐ SMA☐ Sarjana

Lain-lain: …….....

Pekerjaan : ……

B. Pengkajian Level Stroke

Level	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Kemampuan Pasien	**Baring**		**Duduk**		**Berdiri**		

C. Variabel Dependen: Pengetahuan Keluarga Tentang *home care* Pasien Pasca Stroke

No	Daftar Pernyataan	Benar	Salah	Kode
ADL Pesonal Hygiene Mandi:				
1.	Penderita pasca stroke harus selalu dibantu dimandikan setiap hari			
2.	Jika pasien memiliki keterbatasan kemampuan untuk berdiri lama dan belum memiliki keseimbangan yang baik, maka diperlukan kursi di saat mandi			
3.	Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan agar pasien tidak jatuh			
4.	Penderita pasca stroke dilatih mandiri dengan berusaha mandi sendiri dalam pengawasan keluarga			
ADL Pesonal Hygiene Berpakaian:				
5.	Disaat berpakaian dimulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu			
6.	Disaat melepas pakaian dimulai dari tangan dan kaki yang lemah terlebih dahulu			
7.	Penderita pasca stroke dilatih mandiri untuk memasang kancing baju sendiri dalam pengawasan keluarga.			
ADL Pesonal Hygiene Makan:				
8.	Memberi makan pada posisi berbaring akan mudah mengakibatkan tersedak			
9.	a. Jika pasien masih pada level berbaring, maka pada saat makan pasien harus didudukan tegak b. Jika pasien berada pada level duduk, beri posisi duduk tegak saat akan makan			
10	a. Jika pasien dapat makan sendiri, sebaiknya makanan yang sulit dipotong pasien, dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah saat makan b. Jika pasien terpasang NGT, penderita sesekali dilatih untuk menelan (skrining menelan)			
11	Perawatan mulut setiap pagi dan sore sangat penting, terutama untuk pasien yang sulit atau tidak dapat menelan			
ADL Pesonal Hygiene Eliminasi:				
12	Jika pasien mengalami gangguan buang air kecil dan buang air besar sebaiknya gunakan popok khusus (pampers) atau sesuai instruksi dokter			
13	Pasien pasca stroke yang tidak melakukan pergerakan mudah terkena gangguan buang air besar.			
14.	Pasien pasca stroke yang terkena gangguan buang air besar perlu diberikan makanan yang mengandung banyak serat dan minum air putih 8 gelas per hari.			

ADL Mobilisasi:				
15.	Pasien pada tahap awal setelah stroke perlu dibantu untuk duduk lalu turun dari tempat tidur atau berpindah dari tempat tidur			
16.	Melakukan pergerakan aktif pada empat ekstremitas pasien yang mengalami kelemahan akan mempercepat pemulihan			
17.	Pasien yang selalu baring di tempat tidur tidak boleh digerakan			
18.	Tempat tidur pasien pasca stroke sebaiknya dipasang penyanggah untuk menghindari jatuh			
19.	Jika mengalami keterbatasan untuk berdiri, gunakan kursi roda atau tongkat untuk beraktifitas di rumah			
20.	Merubah posisi setiap 2 jam sekali yaitu miring kanan dan miring kiri merupakan contoh mobilisasi (gerakan) bagi penderita stroke			
21.	Penderita stroke tidak memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan dan latihan menggerakan anggota badan			
22.	Penderita diberikan latihan rentang gerak aktif dan pasif minimal 2x sehari jika ada kelemahan/kelumpuhan anggota gerak.			
23.	Pada saat mengangkat pasien keluarga tidak perlu mempertahankan posisi punggung tetap lurus			
24	Pada saat hendak mengangkat pasien,hindari menarik lengan dan bahu yang lemah dan hindari meletakan tangan pada kedua ketiak pasien.			

Lampiran 9

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : *Home Care* Pasien Pasca Stroke
Waktu : 30-40 menit
Hari/Tanggal : - /(Hari Pertama)
Tempat : Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu memahami tentang *home care* pasien pasca stroke

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu: Mengetahui dan memahami *home care* pasien pasca stroke tentang ADL *personal hygiene* mandi dan berpakaian.

C. Materi Pendidikan Kesehatan

Terlampir

D. Metode dan Media

Metode : Ceramah dan Diskusi
Media : *Leaflet* dan Lembar Balik

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Peneliti	**Responden**
1.	Pendahuluan	5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenal diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan pokok materi yang akan	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan penjelasan peneliti

			diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	
2.	Penyajian	40 menit	Pelaksanaan: 1. Menjelaskan *personal hygiene*: Mandi 2. Menjelaskan *personal hygiene:* berpakaian	1. Memperhatikan penjelasan yang diberikan dan menanyakan materi yang belum jelas
3.	Penutup	5 menit	1. Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada keluarga 2. Menyimpulkan inti dari pendidikan kesehatan 3. Mengucapkan salam penutup	1. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti 2. Memperhatikan kesimpulan yang disampaikan 3. Menjawab salam

F. Evaluasi

Keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang tindakan yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah tentang ADL *personal hygiene* mandi dan berpakaian.

G. Referensi

Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca stroke*.

Mulyatsih, E. dan Ahmad, A. 2015. *STROKE: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. *Edisi Ke-3*

Syairi, A. 2013. *Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di RSU Kabupaten Tanggerang. Jakarta: Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*.

repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/.../1/ABU%20S

YAIRI-FKIK.pdf. Diakses 10 September 2017 pukul 04:37 pm WITA. *Skripsi.*

Sonatha, B. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap keluarga Dalam Pemberian Perawatan Pasien Pasca Stroke. Depok: Universitas Indonesia*. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf* Diakses 18 September 2017 pukul 07:26 pm WITA. *Skripsi.*

MATERI PENYULUHAN

ADL *Personal Hygiene* pasien pasca stroke di rumah:

1. ADL *Personal Hygiene* Mandi

- Pasien dapat dimandikan pada posisi
  - ✓ berbaring (ditempat tidur),
  - ✓ duduk (dikursi) dan berdiri tapi dibawah pengawasan keluarga,
  - ✓ karena selama pasien tidak lumpuh total dilatih untuk mandiri dengan pengawasan keluarga, bantuan diperlukan bila benar-benar mengalami kesulitan
- Pasien pasca stroke memiliki keterbatas kemampuan untuk berdiri lama dan belum memiliki keseimbangan yang baik maka diperlukan kursi saat mandi.
- Untuk menjaga keamanan di kamar mandi maka diperlukan pegangan agar pasien paska stroke tidak jatuh

2. ADL Berpakaian

- Saat berpakaian dimulai pada sisi yang lemah
- Saat melepaskan pakaian dimulai dari sisi yang kuat
- Selama tangan pasien tidak lumpuh total, maka seharusnya dapat mengenakan pakaian sendiri, misalnya mengancing baju sendiri dan dalam pengawasan keluarga dan dibantu apabila mengalami kesulitan

Lampiran 10

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : *Home Care* Pasien Pasca Stroke
Waktu : 30-40menit
Hari/Tanggal : - /(Hari kedua)
Tempat : Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu memahami tentang *home care* pasien pasca stroke

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu: Mengetahui dan memahami *home care* pasien pasca stroke tentang ADL *personal hygiene* Makan dan Eliminasi.

C. Materi Pendidikan Kesehatan

Terlampir

D. Metode dan Media

Metode : Ceramah dan Diskusi
Media : *Leaflet* dan Lembar Balik

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Peneliti	**Responden**
1.	Pendahuluan	5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenal diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan pokok materi	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan penjelasan peneliti

			yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	
2.	Penyajian	40 menit	Pelaksanaan: 1. Menjelaskan *personal hygiene*: Makan 2. Menjelaskan *personal hygiene:* Eliminasi	1. Memperhatikan penjelasan yang diberikan dan menanyakan materi yang belum jelas
3.	Penutup	5 menit	1. Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada keluarga 2. Menyimpulkan inti dari pendidikan kesehatan 3. Mengucapkan salam penutup	1. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti 2. Memperhatikan kesimpulan yang disampaikan 3. Menjawab salam

F. Evaluasi

Keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang tindakan yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah tentang ADL *personal hygiene* Makan dan Eliminasi.

G. Referensi

Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca stroke*.

Mulyatsih,E. & Ahmad, A. 2008. Stroke: *Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Antara Pustaka Utama.

Mulyatsih, E. dan Ahmad, A. 2015. *STROKE: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. *Edisi Ke-3*

Syairi, A. 2013. *Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di RSU Kabupaten Tanggerang. Jakarta: Fakultas*

Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. *repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/.../1/ABU%20SYAIRI-FKIK.pdf.* Diakses 10 September 2017 pukul 04:37 pm WITA. *Skripsi.*

Sonatha, B. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap keluarga Dalam Pemberian Perawatan Pasien Pasca Stroke. Depok: Universitas Indonesia*. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf* Diakses 18 September 2017 pukul 07:26 pm WITA. *Skripsi.*

MATERI PENYULUHAN

ADL *Personal Hygiene* pasien pasca stroke di rumah:

1. ADL Makan

- Memberi makan pada posisi berbaring akan mengakibat pasien mudah mengalami tersedak
- Makan di tempat tidur, pasien harus didudukan tegak 60-90 derajat
- Makan saat duduk maka kursi yang digunakan harus nyaman dan dapat menopang tubuh penderita
- Makanan yang sulit dipotong sebaiknya dipotong terlebih dahulu, agar pasien mudah makan
- Pasien yang menggunakan NGT perlunya latihan menelan
- Bersihkan mulut dan gigi sebelum dan setelah maksimal pagi dan sore pasien makan untuk menghindari terjadinya infeksi jamur

2. ADL Eliminasi

Gangguan BAB dan BAK:

- Pasien yang mengalami gangguan berkemih atau buang air besar, sebaiknya gunakan popok khusus (pampers) atau instruksi dari dokter
- Gangguan buang air besar (konstipasi) pada pasien pasca stroke yang terjadi akibat tirah baring lama, kurang aktifitas fisik.
- Cara mengatasinya gangguan buang air besar (konstipasi) yaitu memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum air putih minimal 2 liter atau 8 gelas perhari,

Lampiran 11

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : *Home Care* dan prinsip *home care* Pasien Pasca Stroke
Waktu : 30-40 menit
Hari/Tanggal : - /(Hari Ketiga)
Tempat : Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo

A. Tujuan Instruksional Umum

   Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu memahami tentang *home care* dan prinsip *home care* pasien pasca stroke

B. Tujuan Instruksional Khusus

   Setelah dilakukan pendidikan kesehatan diharapkan keluarga mampu: Mengetahui dan memahami *home care* pasien pasca stroke tentang ADL Mobilisasi dan prinsip *home care* pasien pasien pasca stroke tentang menjaga *body alignment* pengasuh atau keluarga, mencegah luka di kulit akibat tekanan, mencegah kekakuan otot dan sendi dengan melakukan *rangen of motion*, mencegah terjadinya nyeri bahu (*shoulder pain*).

C. Materi Pendidikan Kesehatan

   Terlampir

D. Metode dan Media

   Metode : Ceramah dan Diskusi
   Media : *Leaflet* dan Lembar Balik

E. Kegiatan Pendidikan Kesehatan

No	Tahap	Waktu	Kegiatan	
			Peneliti	**Responden**
1.	Pendahuluan	5 menit	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenal diri 3. Menjelaskan tujuan penyuluhan 4. Menyebutkan pokok materi yang akan diberikan 5. Menyampaikan kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan penjelasan peneliti
2.	Penyajian	40 menit	Pelaksanaan: 1. Menjelaskan *home care* pasien pasca stroke tentang ADL mobilisasi 2. Menjelaskan prinsip *home care* pasien pasca stroke tentang a. Menjaga *body alignment* pengasuh atau keluarga, b. Mencegah luka di kulit akibat tekanan, c. Mencegah kekakuan otot dan sendi dengan melakukan	1. Memperhatikan penjelasan yang diberikan dan menanyakan materi yang belum jelas

			rangen of motion, d. Mencegah terjadinya nyeri bahu (*shoulder pain*).	
3.	Penutup	5 menit	1. Memberikan evaluasi berupa pertanyaan lisan pada keluarga 2. Menyimpulkan inti dari pendidikan kesehatan 3. Mengucapkan salam penutup	1. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh peneliti 2. Memperhatikan kesimpulan yang disampaikan 3. Menjawab salam

F. Evaluasi

Keluarga dapat mengungkapkan dengan bahasanya sendiri tentang tindakan yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga pasca stroke di rumah tentang ADL Mobilisasi.

G. Referensi

Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pasca stroke*.

Mulyatsih,E. & Ahmad, A. 2008. Stroke: *Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta: Antara Pustaka Utama.

Mulyatsih, E. dan Ahmad, A. 2015. *STROKE: Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah.* Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. *Edisi Ke-3*

Syairi, A. 2013. *Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Self-Care (Perawatan Diri) Pada Anggota Keluarga Yang Mengalami Stroke Di RSU Kabupaten Tanggerang. Jakarta: Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif*

Hidayatullah. *repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/.../1/ABU%20SYAIRI-FKIK.pdf.* Diakses 10 September 2017 pukul 04:37 pm WITA. *Skripsi.*

Sonatha, B. 2012. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Sikap keluarga Dalam Pemberian Perawatan Pasien Pasca Stroke. Depok: Universitas Indonesia*. *lib.ui.ac.id/file?file=digital/20309163-S43198-Hubungan%20tingkat.pdf* Diakses 18 September 2017 pukul 07:26 pm WITA. *Skripsi.*

MATERI PENYULUHAN

ADL Personal Hygiene pasien pasca stroke di rumah:

1. ADL Mobilisasi

- Aktivitas mobilisasi tahap awal perlu dibantu dimulai dari tempat tidur, berlanjut ke duduk, berdiri dan ambulasi,
- Pastikan tempat tidur terpasang penyanggah untuk mencegah pasien jatuh
- Penderita pasca stroke memerlukan latihan fisik seperti pergerakan ekstremitas yang mengalami kelumpuhan serta latihan berjalan dan menggerakan anggota badan
- Pada pasien dengan kelemahan anggota gerak atas, beri dukungan keluarga untuk mengaktifkan tangan yang lemah tersebut dengan cara anjurkan pasien makan, minum, mandi atau kegiatan harian lain menggunakan tangan yang masih lemah di bawah pengawasan keluarga
- Pasien pasca stroke memerlukan latihan fisik seperti latihan berjalan dan latihan menggerakan anggota tubuh sehingga mempercepat pemulihan
- Menggunakan alat bantu saat latihan seperti kursi roda, tongkat, *tripod,* ataupun *walker* sesuai dengan keadaan pasien

2. Prinsip home care pasien stroke

- Pada waktu mengangkat pasien, keluarga atau pengasuh harus mempertahankan posisi punggung tetap lurus untuk mencegah pengasuh sakit punggung di kemudian hari.
- Mencegah luka dikulit akibat tekanan, mengubah posisi tidur pasien setiap 2-3 jam baik siang maupun malam yaitu dengan miring kanan dan miring kiri.

- Secara pasif dan aktif dengan melakukan pergerakan juga mempercepat pemulihan bila memungkinkan minimal 2 kali sehari.
- Hindari menarik lengan atau bahu yang lemah. Pada saat mengangkat pasien, jangan meletakan tangan pada ketiak pasien tetapi letakan kedua tangan penolong pada badan atau punggung pasien

Lampiran 12

Master Tabel

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Home Care Pasien Pasca Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	KODE	UMUR	KODE	PENDIDIKAN	KODE	PEKERJAAN	KODE
1	A	L	1	39	3	SMA	3	PEGAWAI SWASTA	1
2	D	P	2	23	1	SMA	3	IRT	2
3	S	L	1	50	4	SMA	3	PEGAWAI SWASTA	1
4	N	P	2	52	5	SD	1	IRT	2
5	K	P	2	40	3	SMA	3	IRT	2
6	A	P	2	38	3	SMA	3	IRT	2
7	T	L	1	42	3	SARJANA	5	PNS	6
8	I	P	2	21	1	SMA	3	MAHASISWA	3
9	Z	L	1	33	2	SARJANA	5	PEGAWAI SWASTA	1
10	D	L	1	25	1	SMA	3	WIRAUSAHA	4
11	M	P	2	40	3	D3	4	IRT	2
12	R	L	1	61	6	SARJANA	5	PENSIUNAN	5
13	B	L	1	40	3	SMA	3	WIRAUSAHA	4
14	H	P	2	45	4	SMA	3	IRT	2
15	H	P	2	50	4	SMA	3	IRT	2
16	N	P	2	40	3	SMA	3	IRT	2
17	N	P	2	42	3	SARJANA	5	PNS	6
18	S	P	2	39	3	SMA	3	IRT	2
19	A	P	2	52	5	SMA	3	IRT	2
20	F	P	2	33	2	SMA	3	IRT	2
21	A	P	2	20	1	SMA	3	MAHASISWA	3
22	A	L	1	27	1	SMA	3	WIRAUSAHA	4
23	H	P	2	58	5	SMA	3	IRT	2
24	F	P	2	30	2	SMA	3	IRT	2
25	M	P	2	58	5	SMA	3	IRT	2
26	A	P	2	38	3	SMA	3	IRT	2
27	D	P	2	68	7	SMA	3	IRT	2
28	H	L	1	70	7	SMA	3	WIRAUSAHA	4
29	M	P	2	56	5	SMA	3	IRT	2
30	B	L	1	57	5	SMA	3	WIRAUSAHA	4

Keterangan

JENIS KELAMIN	UMUR	PENDIDIKAN	PEKERJAAN
1 = Laki-laki	1 = 20-29	1 = SD	1 = Pegawai Swasta
2 = Perempuan	2 = 30-39	2 = SMP	2 = IRT
	3 = 40-49	3 = SMA	3 = Mahasiswa
	4 = 50-59	4 = D3	4 = Wirausaha
	5 = 60-69	5 = SARJANA	5 = Pensiunan
	6 = >70		6 = PNS

Lampiran 12

Master Tabel

NO	KLPK (I/K)	NOMOR PERNYATAAN PRE TEST																								TOTAL	KATEGORI	KODE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
1	I	0	10	10	0	0	0	10	10	0	10	10	10	0	10	10	10	0	10	10	10	10	10	0	10	160	CUKUP	2
2	I	0	10	10	0	0	0	10	0	0	10	0	10	0	10	10	0	0	10	0	0	10	10	0	0	100	CUKUP	2
3	I	0	0	10	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	10	10	0	0	0	10	0	10	10	0	0	80	KURANG	3
4	I	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	0	10	10	0	10	70	KURANG	3
5	I	0	0	10	0	0	0	0	0	0	10	0	10	0	0	10	0	0	10	10	0	10	10	0	0	80	KURANG	3
6	I	0	0	10	0	0	0	0	10	10	10	0	10	0	0	10	0	0	0	0	0	10	10	0	0	80	KURANG	3
7	I	10	10	10	10	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	10	10	0	10	10	0	10	0	10	10	160	CUKUP	2
8	I	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	10	10	0	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	10	80	KURANG	3
9	I	10	0	10	0	10	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	10	0	10	10	10	10	10	0	10	160	CUKUP	2
10	I	0	0	10	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	10	0	0	0	10	10	0	0	0	0	10	80	KURANG	3
11	I	0	0	0	10	0	0	0	10	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	10	10	0	0	10	0	110	CUKUP	2
12	I	0	0	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	0	0	0	10	10	0	10	0	0	0	110	CUKUP	2
13	I	0	0	0	0	0	0	10	10	0	10	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	0	70	KURANG	3
14	I	0	0	10	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	10	0	0	80	KURANG	3
15	I	0	0	0	0	0	0	10	10	10	0	10	0	0	10	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	70	KURANG	3
16	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	0	10	10	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	0	100	CUKUP	2
17	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	0	0	160	CUKUP	2
18	K	0	10	0	0	0	0	0	0	10	10	10	10	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	80	KURANG	3
19	K	0	10	10	0	10	0	0	0	0	10	0	10	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
20	K	0	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	70	KURANG	3
21	K	0	0	10	10	0	10	10	10	0	10	0	0	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	160	CUKUP	2
22	K	0	0	10	0	0	0	0	0	10	0	10	10	10	0	10	0	0	10	10	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
23	K	0	0	10	0	0	0	10	10	0	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
24	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
25	K	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	10	10	0	10	0	0	0	10	0	0	10	0	0	0	70	KURANG	3
26	K	0	0	10	10	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
27	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
28	K	0	0	0	0	0	0	10	10	10	0	10	10	0	10	0	10	0	10	10	0	10	10	0	0	110	CUKUP	2
29	K	0	10	0	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	KURANG	3
30	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	90	CUKUP	2

NO	KLPK (I/K)	NOMOR PERNYATAAN POST TEST																								TOTAL	KATEGORI	KODE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
1	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
2	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
3	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	230	BAIK	1
4	I	0	10	10	10	10	0	10	0	10	10	10	10	0	10	0	10	0	0	10	0	0	10	10	0	150	CUKUP	2
5	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
6	I	10	10	10	0	10	0	10	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	10	10	0	10	0	10	0	160	CUKUP	2
7	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
8	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	230	BAIK	1
9	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
10	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
11	I	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	230	BAIK	1
12	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
13	I	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	240	BAIK	1
14	I	0	10	10	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	10	0	10	0	0	10	0	0	10	0	0	160	CUKUP	2
15	I	10	0	10	0	0	10	10	10	10	10	10	0	10	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	160	CUKUP	2
16	K	0	10	10	0	0	10	0	10	10	10	10	10	10	10	0	0	0	10	0	0	10	0	0	0	160	CUKUP	2
17	K	0	10	10	0	10	0	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	0	10	10	10	10	10	0	0	160	CUKUP	2
18	K	0	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
19	K	0	10	10	0	10	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
20	K	0	0	10	10	0	0	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	10	70	KURANG	3
21	K	0	0	10	10	0	10	10	10	0	10	0	0	10	0	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	160	BAIK	1
22	K	0	0	10	0	0	0	0	0	10	0	10	10	10	0	10	0	0	10	10	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
23	K	0	0	10	0	0	0	10	10	0	10	10	10	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
24	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
25	K	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	10	10	0	10	0	0	0	10	0	0	10	0	0	0	70	KURANG	3
26	K	0	0	10	10	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
27	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	80	KURANG	3
28	K	0	0	0	0	0	0	10	10	10	0	10	10	0	10	0	10	0	10	10	0	10	10	0	0	110	CUKUP	2
29	K	0	10	0	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	KURANG	3
30	K	0	10	10	0	0	0	0	10	10	10	10	10	0	0	10	0	0	0	10	0	0	0	0	0	90	CUKUP	2

KETERANGAN

1 = BAIK

2 = CUKUP

3 = KURANG

I = INTERVENSI

K = KONTROL

Lampiran 13

FREQUENCIES
KELOMPOK INTERVENSI

Statistics
PRETEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		99.33
Median		80.00
Std. Deviation		33.905
Minimum		70
Maximum		160

PRETEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	70	3	20.0	20.0	20.0
	80	6	40.0	40.0	60.0
	100	1	6.7	6.7	66.7
	110	2	13.3	13.3	80.0
	160	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Statistics
POSTEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		216.00
Median		240.00
Std. Deviation		36.801
Minimum		150
Maximum		240

POSTEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	150	1	6.7	6.7	6.7
	160	3	20.0	20.0	26.7
	230	3	20.0	20.0	46.7
	240	8	53.3	53.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

FREQUENCIES
KELOMPOK KONTROL

Statistics
PRETEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		92.67
Median		80.00
Std. Deviation		29.391
Minimum		70
Maximum		160

PRETEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	70	3	20.0	20.0	20.0
	80	7	46.7	46.7	66.7
	90	1	6.7	6.7	73.3
	100	1	6.7	6.7	80.0
	110	1	6.7	6.7	86.7
	160	2	13.3	13.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Statistics
POSTEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		98.00
Median		80.00
Std. Deviation		33.209
Minimum		70
Maximum		160

POSTEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	70	1	6.7	6.7	6.7
	80	9	60.0	60.0	66.7
	90	1	6.7	6.7	73.3
	110	1	6.7	6.7	80.0
	160	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Statistics
POSTEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		216.00
Median		240.00
Std. Deviation		36.801
Minimum		150
Maximum		240

POSTEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	150	1	6.7	6.7	6.7
	160	3	20.0	20.0	26.7
	230	3	20.0	20.0	46.7
	240	8	53.3	53.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Statistics
POSTEST

N	Valid	15
	Missing	0
Mean		98.00
Median		80.00
Std. Deviation		33.209
Minimum		70
Maximum		160

POSTEST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	70	1	6.7	6.7	6.7
	80	9	60.0	60.0	66.7
	90	1	6.7	6.7	73.3
	110	1	6.7	6.7	80.0
	160	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

UJI WILCOXON KELOMPOK INTERVENSI

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post – Pengetahuan Pre	Negative Ranks	0[a]	.00	.00
	Positive Ranks	15[b]	8.00	120.00
	Ties	0[c]		
	Total	15		

a. Pengetahuan Post < Pengetahuan Pre

b. Pengetahuan post > Pengetahuan Pre

c. Pengetahuan post = Pengetahuan Pre

Test Statistics[a]

	Pengetahuan Post – Pengetahuan Pre
Z	-3.433[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

UJI WILCOXON KELOMPOK KONTROL

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post – Pengetahuan Pre	Negative Ranks	1[a]	2.50	2.50
	Positive Ranks	4[b]	3.13	12.50
	Ties	10[c]		
	Total	15		

a. Pengetahuan Post < Pengetahuan Pre

b. Pengetahuan Post > Pengetahuan Pre

c. Pengetahuan Post = Pengetahuan Pre

Test Statistics[a]

	Pengetahuan Post – Pengetahuan Pre
Z	-1.414[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	.157

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based On Negative Ranks.

UJI MANN WHITNEY

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan Post	1	15	22.50	337.50
	2	15	8.50	127.50
	Total	30		

Test Statistics[a]

	Pengetahuan Post
Mann-Whitney U	7.500
Wilcoxon W	127.500
Z	-4.478
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000[b]

a. Grouping Variable: Kelompok

b. Not Corrected For Ties.