



SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN LATIHAN RANGE
OF MOTION PASIF TERHADAP PERILAKU KELUARGA
DALAM PEMBERIAN LATIHAN RANGE OF MOTION
PASIF PADA PASIEN PASKA STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN PRE-EXPERIMENTAL

**OLEH
YOSEP CARING (C.12.14201.053)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2016**



SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN LATIHAN RANGE
OF MOTION PASIF TERHADAP PERILAKU KELUARGA
DALAM PEMBERIAN LATIHAN RANGE OF MOTION
PASIF PADA PASIEN PASKA STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

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

**OLEH
YOSEP CARING (C.12.14201.053)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2016**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yosep Caring

NIM : C12.14201.053

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan,

(Yosep Caring)

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yosep Caring

NIM : C12.14201.053

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, April 2016

Yang menyatakan,

(Yosep Caring)

LEMBARAN PERSETUJUAN

UJIAN SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN LATIHAN RANGE
OF MOTION PASIF TERHADAP PERILAKU KELUARGA
DALAM PEMBERIAN LATIHAN RANGE OF MOTION
PASIF PADA PASIEN PASKA STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan Oleh :

YOSEP CARING (C12.14201.053)

Disetujui Oleh :

Pembimbing

**Bagian Akademik dan
Kemahasiswaan**

**(Ns.Alfrida Duapadang M.Kep)
NIDN. 0918047902**

**(Sr.AnitaSampe,JMJ.,S.Kep.Ns.,MAN)
NIDN. 0917107402**

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN LATIHAN *RANGE OF MOTION*
PASIF TERHADAP PERILAKU KELUARAG DALAM PEMBERIAN
LATIHAN *RANGE OF MOTION* PASIF PADA PASIEN PASKA
STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh:

Yosep Caring
C.12.14201.053

Telah Dibimbing dan Disetujui Oleh:

Alfrida Duapadang.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0918047902

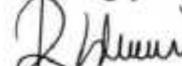
Susunan Dewan Penguji

Penguji I



Elmiana Bongga Linggi.,Ns.,M.Kes
NIDN. 0925027603

Penguji II



Rosdewi.,SKp.,MSN
NIDN. 0906097002

Makassar, 29 April 2016

Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK stella maris makassar

Henny Pongantung.,Ns.,MSN
NIDN.0912106501

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Mahakuasa atas berkat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Bersama ini perkenankanlah penulis dengan hati yang tulus mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku ketua STIK Stella Maris Makassar dan sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr.Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,Ns.,MAN selaku ketua bidang Akademik dan kemahasiswaan
3. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp,KMB selaku ketua program study S1 keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Alfrida Duapadang, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada penulis dari awal hingga selesainya skripsi ini.
5. Rosdewi, SKp.,MSN dan Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,ns.,M.Kes sebagai dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran demi mencapai kesempurnaan skripsi ini.
6. Dr. Thomas Soharto, MMR selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian.

7. Para dosen dan segenap civitas akademik yang telah membantu dan membimbing penulis dalam menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
8. Bapak Libertus Malur dan Ibu Dorothea Idut selaku kedua orang tua peneliti dan keluarga besar yang terus mendukung penulis dalam tugas dan studi.
9. Teman-teman seperjuangan Mahasiswa Angkatan VI Program S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini jauh dari kesempurnaan dan memiliki banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran konstruktif demi tercapainya kesempurnaan skripsi ini. semoga skripsi ini dapat bermanfaat dan menambah wawasan pembaca serta bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, April 2016

Penulis

ABSTRAK

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN LATIHAN RANGE OF MOTION
PASIF TERHADAP PERILAKU KELUARGA DALAM PEMBERIAN
LATIHAN RANGE OF MOTION PASIF PADA PASIEN
PASKA STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR
(dibimbing oleh Alfrida Duapadang)**

**YOSEP CARING
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
Xiii+69 halaman+27 daftar pustaka+8 tabel+11 gambar+8 lampiran**

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak yang ditandai dengan kematian jaringan otak. Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, termasuk defisit sistem motorik. Hal ini penderita membutuhkan terapi dalam perawatan lanjutan dan salah satunya dengan memberikan latihan *range of motion* pasif. Latihan ini dapat dilakukan oleh siapa saja termasuk keluarga pasien sebagai *care giver* utama pasien setelah serangan stroke atau fase rehabilitasi. Oleh karena itu, keluarga pasien perlu dibekali dengan pendidikan kesehatan agar dapat memberikan latihan *range of motion* pasif dengan teknik yang benar. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra eksperimen. Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga pasien stroke di ruang perawatan Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan sampel 15 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan consecutive sampling. Pengumpulan data menggunakan pedoman observasi latihan *range of motion* pasif. Uji statistic yang digunakan adalah uji statistic *WilCoxon* diperoleh nilai $p=0,001$, hal ini menunjukkan nilai $p < .$ Maka dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif berpengaruh terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke.

Kata kunci : Pendidikan kesehatan, latihan *range of motion* pasif, perilaku keluarga, stroke

Kepustakaan : 2010-2015

ABSTRAC

EFFECT OF HEALTH EDUCATION PASSIVE RANGE OF MOTION EXERCISES BEHAVIOR OF FAMILY PRACTICE IN THE PROVISION OF PASSIVE RANGE OF MOTION TO POST STROKE PATIENTS IN STELLA MARIS HOSPITAL MAKASSAR (Consultan by Alfrida Duapadang)

**YOSEP CARING
NURSING PROGRAMME OF STELLA MARIS
Xiii + 69 pages + 27 literature + 8 tables + 11 picture + 8 enclosures**

Stroke is a brain vascular disease with the characterized by the death of brain tissue. Stroke causes a variety of neurological deficits, including deficits motor system. This patient needed therapy in the advanced treatment and one of them by providing passive range of motion exercises. This exercise can be done by anyone, including the patient's family as the primary care giver of patients post stroke or rehabilitation phase. Therefore, the patient's family should be equipped with health education in order to provide passive range of motion exercises with correct technique. The purpose of this study was to determine the effect of health education passive range of motion exercises behavior of family practice in the provision of passive range of motion exercises in post stroke patients. The design used of this study are pre experiment. The population of this study are all the families of stroke patients in the treatment room Stella Maris Hospital Makassar with a sample of 15 respondents in accordance with the inclusion and exclusion criteria. The sampling technique used consecutive sampling. Collecting data using observation guidelines passive range of motion exercises. Statistical test used is the Wilcoxon statistic test obtained p value = 0,001, this shows the value of $p < .$ So we can conclude that the health education passive range of motion exercises influence on the family practice in provision passive range of motion exercises in post stroke patients.

Keywords : Health education, passive range of motion exercises, family practice, stroke

Literature : 2010-2015

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	iv
HALAMA PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	vi
KATA PENGANTAR	vii
HALAMAN ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	6
C. Tujuan penelitian	6
1. Tujuan umum	6
2. Tujuan khusus	6
D. Manfaat penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan tentang stroke.....	9
1. Definisi	9
2. Anatomi fisiologi	9
3. Klasifikasi stroke	14
4. Etiologi stroke	15
5. Manifestasi klinis.....	15
6. Gangguan fungsi motorik pada pasien stroke.....	16

B. Tinjauan tentang latihan <i>range of motion</i>	20
1. Pengertian latihan <i>range of motion</i>	20
2. Tujuan latihan <i>range of motion</i>	21
3. Manfaat latihan <i>range of motion</i>	21
4. Prinsip dasar latihan <i>range of motion</i>	21
5. Pembagian latihan <i>range of motion</i>	22
6. Latihan <i>range of motion</i> pasif anggota gerak atas dan bawah	22
C. Tinjauan tentang perilaku keluarga	27
1. Keluarga sebagai pemberi perawatan pada pasien stroke	28
2. Perilaku keluarga terkait dengan sehat dan sakit	30
D. Tinjauan tentang konsep pendidikan kesehatan	39
1. Pengertian pendidikan kesehatan.....	39
2. Tujuan pendidikan kesehatan	40
3. Strategi pelaksanaan dalam pendidikan kesehatan.....	40
4. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan pendidikan kesehatan	41
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	46
A. Kerangka konseptual	46
B. Hipotesis penelitian	48
C. Definisi oprasional.....	48
BAB IV METODE PENELITIAN	50
A. Jenis penelitian	50
B. Tempat dan waktu penelitian	50
C. Populasi dan sampel.....	51
D. Instrumen penelitian.....	52
E. Pengumpulan data	52
F. Pengolahan dan penyajian data.....	53
G. Analisa data	54
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	56
A. Hasil penelitian	56
B. Pembahasan	63

C. Keterbatasan penelitian	67
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	68
A. Simpulan	68
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal.
Tabel 3.1 Definisi operasional	48
Tabel 4.1 Skema one group pre test-post test design.....	50
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin....	58
Tabel 5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur	59
Tabel 5.3 Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir.....	59
Tabel 5.4 Distribusi perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan.....	60
Tabel 5.5 Distribusi perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan.....	61
Tabel 5.6 Distribusi pengaruh pendidikan kesehatan latihan <i>range of motion</i> pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan <i>range of motion</i> pasif	62

DAFTAR GAMBAR

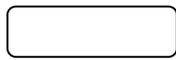
	Hal.
Gambar 2.1 Menekuk dan meluruskan sendi bahu	22
Gambar 2.2 Menekuk dan meluruskan siku.....	23
Gambar 2.3 Memutar pergelangan tangan	23
Gambar 2.4 Menekuk dan meluruskan pergelangan tangan	24
Gambar 2.5 Memutar ibu jari	24
Gambar 2.6 Menekuk dan meluruskan jari-jari tangan	25
Gambar 2.7 Menekuk dan meluruskan pangkal paha.....	25
Gambar 2.8 Menekuk dan meluruskan lutut	26
Gambar 2.9 Latihan pangkal paha.....	26
Gambar 2.10 Memutar pergelangan kaki.....	27
Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian	47

DAFTAR LAMPIRAN

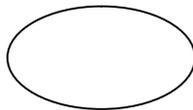
- Lampiran I : Rencana Jadwal Kegiatan
- Lampiran II : Instrumen/ Alat Ukur Penelitian
- Lampiran III : Satuan Acara Penyuluhan Latihan *Range Of Motion* pasif
- Lampiran IV : Pamflet
- Lampiran V : Surat izin penelitian
- Lampiran VI : Inform consen
- Lampiran VII : Row data
- Lampiran VIII: Hasil analisis

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

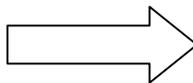
WHO	: World Health Organisation
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ROM	: Range Of Motion
ICU	: Intensif Care Unit
AVM	: Arterovenomalfomation
CD	: Corps Diplomatiqu
DVD	: Digital Versatile Disc
SPSS	: Statistical Package and Social Sciences
HO	: Hipotesis Nol
HA	: Hipotesis Kerja
	: Tingkat Kemaknaan
&	: Dan
Hal.	: Halaman



: Variabel Independen



: Variabel Dependen



: Penghubung Dua Variabel

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak yang ditandai dengan kematian jaringan otak. Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang. Stroke menjadi salah satu penyakit yang menyebabkan kematian dan kecacatan neurologis. Penyakit ini disebut-sebut sebagai salah satu penyakit yang mematikan dan menyebabkan kecacatan serius. Secara global, stroke menduduki urutan ke-2 sebagai penyakit mematikan selain jantung dan kanker. Pada umumnya, stroke menyerang orang-orang yang berusia di atas 40 tahun, namun tidak bisa dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia (Arum, 2015).

Angka kematian karena stroke sampai saat ini masih tinggi. Menurut estimasi *World Health Organisation* pada tahun 2008 ada 6,2 juta kematian karena stroke (WHO, 2012). Data yang dikeluarkan oleh *American Stroke Association* menyebutkan bahwa setiap 4 menit seorang meninggal karena stroke. Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 setelah penyakit jantung, kanker dan penyakit kronik saluran pernafasan bawah (Minino, *at all.* 2011 dalam Liyanawati, 2015).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia sebesar 7 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 perseribu penduduk (Riskesdas 2013).

Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar berdasarkan data rekam medis didapatkan prevalensi penyakit stroke tahun 2013 sebesar 1,4% dan pada tahun 2014 sebesar 1,7%. Berdasarkan data tersebut menunjukkan kepada kita bahwa ada peningkatan prevalensi penyakit stroke dari tahun 2013 ke 2014.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat. Manifestasi klinis dari stroke salah satunya adalah hemiplegia dan hemiparese. Keadaan ini membuat penderita stroke terus berbaring di tempat tidur. Penderita stroke dengan hemiplegia dan hemiparese perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, penderita membutuhkan terapi dalam memulihkan fisiknya (Abadi, Wantonoro 2014).

Pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal salah satunya dengan melatih persendian dengan melakukan gerakan *range of motion* untuk mempertahankan kekuatan otot. Dengan demikian, pasien akan terhindar dari komplikasi dan immobilisasi. Selain terhindar dari komplikasi ataupun immobilisasi, gerakan *range of motion* sendiri dapat memberikan manfaat untuk menentukan nilai kemampuan sendi, tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, memperbaiki toleransi otot kemudian akan meningkatkan mobilitas pasien (Yunarti, 2012).

Range of motion merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal. Latihan *range of motion* terdiri dari latihan *range of motion* pasif dan latihan *range of motion* aktif. Latihan *range of motion* tidak bisa dilakukan

sendiri oleh pasien dengan hemiplegia dan hemiparese tanpa dukungan dari keluarga pasien itu sendiri (Maimurahman & Fitria, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Abadi dan Wantonoro 2014 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian health education terhadap pengetahuan keluarga tentang penatalaksanaan pasca stroke didapatkan hasil uji statistik nilai $p=0,000$. Berdasarkan penelitian Sunaryo, dkk 2014 menyatakan bahwa pendidikan kesehatan tentang *range of motion* dapat meningkatkan motivasi keluarga dalam melakukan *range of motion* pada pasien stroke infark. Dari kedua penelitian diatas membuktikan kepada kita bahwa peran keluarga sangat penting dalam perawatan pasien stroke.

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Secara empiris, kita menyadari bahwa kesehatan anggota keluarga berhubungan erat dengan kualitas kehidupan keluarga. Keluarga menjadi tempat sentral bagi pertumbuhan dan perkembangan individu, sehingga keluarga menjadi salah satu aspek penting dalam keperawatan. Keluarga bersama individu, kelompok, dan komunitas adalah klien keperawatan (Friedman, *at all* 2010).

Status sehat/sakit anggota keluarga dan keluarga saling mempengaruhi. Suatu penyakit dalam keluarga mempengaruhi keseluruhan keluarga dan interaksinya, sementara itu keluarga pada gilirannya memengaruhi perjalanan penyakit dan status kesehatan anggota keluarganya. Karena itu, pengaruh status sehat/sakit terhadap keluarga dan dampak status sehat/sakit keluarga saling terkait atau sangat saling bergantung. Keluarga cenderung menjadi pemicu masalah kesehatan anggotanya dan sekaligus menjadi pelaku dalam menentukan masalah kesehatannya (Friedman *at all* 2010).

Keluarga menjadi sumber kesehatan primer dan efektif untuk seluruh anggota keluarganya. Oleh karena itu, keluarga harus lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan proses terapi. Agar keluarga terlibat dalam perawatan pasien, mereka harus memiliki keterampilan yang diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang bermutu. Dengan demikian perawat harus memberikan pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk membekali keluarga dalam memberikan perawatan atau terapi kepada anggota keluarganya yang sakit (Friedman *at all*, 2010).

Salah satu pilar utama pengelolaan stroke yaitu pendidikan kesehatan. Untuk lebih mempertajam arah kegiatan edukasi dan memperoleh hasil yang maksimal, telah didirikan perhimpunan para edukator dibidang stroke yaitu *stroke care association*. Perhimpunan ini menghimpun semua orang yang melaksanakan edukasi, seperti dokter umum, dokter spesialis, perawat, ahli gizi dan tenaga kesehatan lainnya yang berkesimpung dalam bidang edukasi di Indonesia (Damayanti, 2011 dalam Abadi & Wantonoro 2014).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan bukanlah suatu yang dapat diberikan oleh seseorang kepada orang lain dan bukan pula sesuatu rangkaian tata laksana yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang akan dicapai melainkan suatu perkembangan yang selalu berubah secara dinamis dimana seseorang dapat menerima perilaku baru yang ada hubungannya dengan tujuan tertentu (Nyswander, 1947 dalam Susilo 2011).

Salah satu tugas mandiri perawat dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada klien. Pendidikan kesehatan tentang stroke yang dapat diberikan oleh perawat kepada keluarga pasien yaitu teknik *range of motion* pasif.

Pendidikan kesehatan sangat tepat diberikan kepada keluarga pasien, mengingat keluarga adalah orang terdekat dari pasien serta memberikan kontribusi yang besar dalam perawatan pasien stroke. Dengan dibekali pengetahuan tentang latihan *range of motion* pasif peneliti mengharapkan perubahan perilaku dari keluarga pasien stroke dalam memberikan latihan *range of motion* pasif.

Pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien tentang latihan *range of motion* pasif pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar belum optimal dilaksanakan oleh perawat. Berdasarkan pengalaman yang ditemukan peneliti selama praktik klinik di Rumah Sakit Stella Maris Makassar antara perawat dan keluarga pasien belum optimal dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke.

Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada beberapa keluarga pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Sebagian keluarga pasien belum memberikan latihan *range of motion* pasif kepada anggota keluarganya yang mengalami hemiplegia dan hemiparese, karena keterbatasan pengetahuan tentang *range of motion* pasif dari keluarga itu sendiri dan sebagian keluarga hanya menyerahkan anggota keluarganya yang terkena stroke ke ahli fisioterapi untuk di terapi. Padahal, perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif sangat membantu pasien dalam mempertahankan kekuatan ototnya.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul **pengaruh pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.**

B. Rumusan Masalah

Prevalensi penyakit stroke dan angka kematian akibat penyakit stroke sampai saat ini masih sangat tinggi. Beberapa penelitian telah dilakukan tentang pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* terhadap pengetahuan keluarga tentang latihan *range of motion* pada pasien paska stroke. Namun, sampai saat ini belum ditemukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke. Pada hal, perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif sangat penting untuk mempertahankan kekuatan otot pada pasien paska stroke.

Dengan demikian, masalah penelitian ini adalah apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke sebelum diberikan pendidikan kesehatan.

- b. Mengidentifikasi perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan.
- c. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan tentang *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Bagi Instansi Stik Stella Maris Makassar
Sebagai sumber informasi dan tambahan referensi tentang pendidikan kesehatan dan latihan *range of motion* pasif untuk kepentingan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar.
- b. Bagi Peneliti
Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu dan pengetahuan tentang pendidikan kesehatan dan latihan *range of motion* pasif serta dapat digunakan sebagai pembanding untuk peneliti selanjutnya.
- c. Bagi Peneliti Selanjutnya
Sebagai bahan referensi dalam penelitian berkaitan dengan pendidikan kesehatan tentang penyakit stroke.

2. Manfaat Praktik

- a. Bagi Rumah Sakit
Sebagai sumber data dan informasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif.

b. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan dukungan kepada keluarga pasien dalam memberikan latihan *range of motion* pasif.

c. Bagi Keluarga Pasien

Menambah pengetahuan keluarga tentang latihan *range of motion* pasif pada pasien stroke dan mengubah perilaku keluarga dalam teknik latihan *range of motion* pasif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Stroke

1. Definisi

Menurut WHO stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang berlangsung dengan cepat, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam.

Stroke adalah defisit neurologis yang terjadi tiba-tiba dapat disebabkan oleh iskemia dan perdarahan otak (Hernanta, 2013).

Stroke merupakan kumpulan gejala-gejala berupa gangguan sensorik dan motorik yang terjadi akibat adanya gangguan atau kerusakan sirkulasi darah otak (Irfan, 2012).

2. Anatomi Fisiologi

a. Sistem Saraf

Secara garis besar, sistem saraf terbagi menjadi 2, yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat terbentuk oleh otak dan medula spinalis sedangkan sistem saraf disisi luar sistem saraf pusat disebut sistem saraf tepi. Fungsi dari sistem saraf tepi adalah menghantarkan informasi bolak-balik antara sistem saraf pusat dengan bagian tubuh lainnya.

1) Otak

Otak merupakan bagian depan dan paling utama dari seluruh sistem saraf yang berperan penting dalam mengendalikan ragam fungsi kehidupan. Otak terdiri dari 100-200 milyar sel aktif yang saling terkoneksi. Bagian ini dilindungi

oleh tiga selaput pelindung (meningen) dan berada didalam tulang tengkorak.

Otak menjadi inti dari sistem saraf dengan beberapa komponen bagian yaitu: cerebrum (otak besar), cerebellum (otak kecil), dan brainstem (batang otak) yang dibagi lagi menjadi diencephalon, mesencephalon, pons farolli, dan medulla oblongata.

a) Otak besar (cerebrum)

Merupakan bagian otak yang terbesar, yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan celah-celah (sulkus) dan girus, dengan demikian cerebrum terbagi menjadi beberapa lobus yaitu lobus frontalis, lobus temporalis, lobus paritalis, dan lobus oksipitalis.

Lobus frontalis mencakup bagian dari korteks serebrum ke depan dari sulcus sentralis dan di atas sulcus lateralis. Bagian ini mengandung daerah-daerah motorik dan pramotor. Badan sel didaerah motorik primer lobus frontalis mengirim tonjolan-tonjolan akson ke korda spinalis, yang sebagian besar berjalan dalam alur yang disebut sebagai sistem piramidalis. Pada sistem ini neuron-neuron motorik sisi kiri korteks serebrum berjalan ke bawah ke sisi kanan korda spinalis dan mengontrol gerakan motorik sisi kanan tubuh, demikian sebaliknya. Sedangkan akson-akson lain dari daerah motorik berjalan dalam sistem ekstrapiramidalis. Serat ini mengontrol gerakan motorik halus dan berjalan diluar pyramidal ke korda spinalis.

b) Otak kecil (Cerebellum)

Cerebellum terletak difosa serebri posterior dibawah tentorium serebellum yaitu durameter yang memisahkannya dari lobus oksipital serebrum. Merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot melalui suatu mekanisme kompleks dan umpan balik juga memungkinkan sistem somatik tubuh untuk bergerak secara tepat dan terampil.

Cerebellum merupakan bagian penting dari susunan saraf pusat secara tidak sadar mengendalikan otot-otot volunter secara optimal. Bagian-bagian dari cerebellum yaitu lobus anterior, lobus medialis, lobus fluccolonodularis. Lobus anterior merupakan paleocerebellum yang menerima masukan rangsang dari ujung-ujung proprioseptif dalam otot dan tendon serta dari reseptor raba dan tekan. Lobus medialis merupakan neocerebellum yang tidak berhubungan dengan gerak voluntary.

Lobus fluccolonodularis merupakan bagian tertua dari cerebellum serta merupakan archicerebellum yang berhubungan dengan susunan vestibular (nevus vestibularis dan nukleus vestibularis). Bagian ini merupakan respon terhadap stimulus dari telinga bagian dalam dan membantu mempertahankan keseimbangan dengan membawa modifikasi dalam tonus otot.

c) Brainstem (Batang otak)

Batang otak berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medula spinalis di bawahnya, struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden

dan desenden traktus longitudinalis antara medula spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial.

Batang otak secara garis besar terdiri dari 3 segmen yaitu mesensefalon, pons, medula oblongata. Mesensefalon merupakan penghubung antara pons dan serebellum dan serebrum. Pons merupakan jembatan penghubung antara mesensefalon dengan medula oblongata, yang berfungsi membantu dalam regulasi pernapasan dan rasa raba, rasa nyeri, dan suhu. Medula oblongata merupakan struktur batang otak yang paling bawah dan akan melanjutkan ke kaudal sebagai medulla spinalis.

b. Vaskularisasi Otak

Otak merupakan organ terpenting dalam tubuh, yang membutuhkan suplai darah yang memadai untuk nutrisi dan pembuangan sisa-sisa metabolisme. Otak mendapat darah arterial dari sepasang sistem sirkulasi utama, yang menyalurkan darah ke bagian otak. Sirkulasi utama tersebut terdiri dari sirkulasi arteri serebri anterior dan sirkulasi arteri serebri posterior.

Sirkulasi arteri serebri anterior memberikan suplai pada sebagian besar korteks serebri dan massa putih sub kortikal, ganglia basalis, dan kapsula interna. Sedangkan sirkulasi arteri serebri posterior memberikan suplai ke korteks oksipital serebri, lobus temporalis medialis, thalamus, dan bagian rostral dari mesensefalon (otak tengah).

1) Arteri karotis interna

Arteri karotis komunis memiliki percabangan yaitu arteri karotis interna dan arteri karotis eksterna. Arteri karotis interna

masuk kedalam kanalis karotikus dan melalui foramen lacerum masuk kedalam rongga tengkorak.

Dibelakang foramen optikum arteri ini menembus durameter dan keluar dari sinus karotikus yang kemudian bercabang arteri oftalmikus masuk ke dalam orbita melalui foramen optikum.

Kemudian arteria ini bercabang-cabang menjadi arteri komunikans posterior yang ke belakang berhubungan dengan arteri serebri posterior, arteri korodalis anterior dan kemudian bercabang 2 membentuk arteri serebri media dan arteri serebri anterior. Arteri karotis interna memperdarahi daerah lobus frontalis, lobus parietalis, lobus temporalis, kapsula interna, korpus striatum dan belahan depan thalamus.

2) Arteri vertebralis

Arteri vertebralis kanan merupakan cabang arteri subclavia kiri, sedangkan arteri-arteri vertebralis kiri merupakan cabang arteri subclavia kanan.

Arteri vertebralis berhulu di lengkungan atas arteri subclavia, masuk kedalam foramen transversum servikal VI, kemudian ke arah rianial melalui foramina transversaria servikal V, IV, dan III, epistrofeus dan atlas, kemudian menembus durameter, berjalan didepan medula oblongata ke arah klivus blumenbachii.

Pada batas bawah pons kedua arteri vertebralis kanan dan kiri bersatu membentuk satu arteri basalis. Cabang-cabang penting arteri vertebralis adalah arteri spinalis anterior dan arteri serebelaris posterior inferior. Sedangkan cabang arteri basilaris adalah sepasang arteri serebelaris anterior yang mengurus permukaan serebellum bagian bawah depan, arteri

auditiva interna, arteri serebelaris superior yang mengurus permukaan atas serebellum.

Arteri vertebralis mengalirkan darah untuk bagian posterior otak, yaitu lobus oksipitalis, belahan belakang thalamus, mesensefalon, pons, medulla oblongata, serebellum dan bagian basal lobus temporalis (Irfan, 2012).

3. Klasifikasi Stroke

a. Stroke Iskemik atau Penyumbatan

Stroke iskemik disebabkan karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah yang menuju keotak. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh dua hal. Yang pertama adalah karena adanya penebalan pada dinding pembuluh darah (aterosklerosis) dan bekuan darah bercampur lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah, yang dikenal dengan thrombus. Yang kedua adalah akibat tersumbatnya pembuluh darah otak oleh emboli, yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung.

b. Stroke Perdarahan

Sekitar 70% stroke perdarahan disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah keotak oleh karena tekanan darah tinggi atau hipertensi. Sisanya biasanya disebabkan oleh rupture atau pecahnya aneurysma, yaitu pembuluh darah yang bertekstur tipis dan mengembang, atau bisa juga karena rupture pada arteriovenomalformation (AVM) , yaitu suatu bentuk yang tidak sempurna dari pembuluh darah arteri dan vena. Kedua jenis penyebab stroke pendarahan, yaitu aneurysma dan AVM merupakan kelainan anatomis pembuluh darah yang terbawah sejak lahir (Mulyatsih dan Ahmad, 2015).

4. Etiologi dari Stroke

- a. Trombosis adalah gumpalan darah yang ada didalam dinding pembuluh darah, perlahan akan menutup akibat penyimpanan kolesterol dalam dinding arteri.
- b. Embolisme serebral
Bekuan darah yang dibawah keotak dari bagian tubuh yang lain.
- c. Iskemia adalah penurunan aliran darah ke otak.
- d. Hemoragik serebral adalah perdarahan pada otak akibat pecahnya pembuluh darah serebral (Hernanta, 2013).

5. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala stroke dapat diamati dari beberapa hal berikut:

- a. Kelumpuhan lengan, tungkai, atau salah satu sisi tubuh.
- b. Melemahnya otot (hemiplegia), kaku, dan menurunnya fungsi motorik.
- c. Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh seperti baal, mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan.
- d. Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi secara baik.
- e. Adanya gangguan dan kesulitan dalam menelan makanan dan minuman.
- f. Gangguan penglihatan, seperti hanya dapat melihat secara parsial atau pun tidak dapat melihat keseluruhan karena penglihatan gelap dan pandangan ganda sesaat.
- g. Menurunnya kemampuan mencium bau maupun mengecap.
- h. Hilangnya kendali terhadap kandung kemih sehingga sering kencing tanpa disadari.

- i. Adanya gangguan bicara dan sulit berbahasa yang ditunjukkan dengan bicara yang tidak jelas, berbicara hanya sepatah kata, bahkan sulit mengucapkan kata-kata yang tepat.
- j. Berjalan menjadi sulit dan langkahnya menjadi tertatih-tatih bahkan tak jarang mengalami kelumpuhan total.
- k. Tidak memahami pembicaraan orang lain, tidak mampu membaca, menulis, dan menghitung secara baik.
- l. Vertigo atau perasaan berputar yang menetap saat tidak beraktivitas.
- m. Gangguan kesadaran (Hernanta, 2013).

6. Gangguan Fungsi Motorik Pada Pasien Stroke

a. Definisi

Gangguan fungsi motorik adalah gambaran klinis dari tahapan stroke dapat berupa hemiplegia dan hemiparesis akibat dari gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh (Darussalam, 2011).

Gangguan fungsi motorik adalah masalah persisten dan yang paling banyak ditemukan pada pasien pasca stroke akibat gangguan peredaran darah otak yang dicirikan dengan hemiparesis (Maratis, 2015).

b. Area Gangguan Motorik

Gambaran klinis utama yang dapat dikaitkan dengan pembuluh darah yang pecah atau yang mengalami iskemik dan infark adalah sebagai berikut:

1) Arteri serebri media (total)

Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral (lengan lebih berat dari tungkai), dan hemihipestesia kontralateral.

- 2) Artero serebri media (bagian atas)
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral (lengan lebih berat dari tungkai), dan hemiestesia kontralateral.
- 3) Arteri serebri media dalam
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral, tidak ada gangguan sensoris, atau ringan sekali.
- 4) Arteri serebri anterior
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral (tungkai lebih berat dari lengan), dan hemiestesia kontralateral (umumnya ringan)
- 5) Arteri basilaris
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan kuadriplegia, sensoris umumnya normal
- 6) Arteri serebri posterior
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia sementara, berganti dengan pola gerak *chorea* pada tangan dan hipestesia atau anesthesia terutama pada lengan.
- 7) Putamen (apsula interna, basal ganglia)
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral.
- 8) Thalamus (thalamus, kapsula interna)
Kerusakan pada pembuluh darah ini menyebabkan hemiplegia kontralateral.

9) Pontin (pons, batang otak, midbrain, serebelum)

Kerusakan pada area ini menyebabkan kuadriplegia, kuadriparesis, hemiparesis ringan, gangguan koordinasi, dan ataksia (Wirawan, 2011).

c. Manifestasi Gangguan Motorik

1) Hemiplegia

Kelumpuhan atau kelemahan otot-otot lengan, tungkai, pada salah satu sisi tubuh. Kelumpuhan tersebut biasanya disebabkan oleh lesi vaskuler unilateral di kapsula interna atau korteks motorik.

2) Diplegia

Kelumpuhan atau kelemahan otot-otot anggota gerak kedua belah sisi, karena lesi vaskular bilateral di kapsula interna atau korteks motorik.

3) Hemiplegia alternans

Kelumpuhan atau kelemahan otot-otot lengan dan tungkai sisi kontralateral terhadap lesi di batang otak dengan kelumpuhan otot yang disarafi saraf otak ipsilateral setinggi lesi.

4) Monoplegia

Kelemahan atau kelumpuhan otot-otot salah satu anggota gerak karena lesi kecil di kapsula interna atau korteks motorik. Istilah monoplegia tidak digunakan untuk kelumpuhan atau kelemahan sekelompok otot yang disarafi oleh suatu saraf tepi.

5) Tetraplegi atau kwadriplegia

Kelumpuhan atau kelemahan otot-otot keempat anggota gerak yang biasanya terjadi akibat lesi bilateral atau transversal di medula spinalis setinggi servikal.

6) Paraplegia

Kelumpuhan kedua tungkai akibat lesi bilateral atau transversal di medula spinalis di bawah tingkat servikal (Fatkhurrohman, 2011).

d. Komplikasi

Komplikasi yang akan timbul apabila gangguan motorik pasien stroke tidak mendapat penanganan yang baik. Komplikasi yang dapat muncul antara lain:

1) Abnormal tonus

Abnormal tonus secara postural mengakibatkan *spastisitas*. Serta dapat mengganggu gerak dan menghambat terjadinya keseimbangan.

2) Sindrom bahu

Sindrom bahu merupakan komplikasi dari stroke yang dialami sebagian pasien. Pasien merasakan nyeri dan kaku pada bahu yang lesi akibat imobilisasi.

3) Kontraktur

Kontraktur terjadi karena adanya pola *sinergis* dan *spastisitas*. Apabila dibiarkan dalam waktu lama akan menyebabkan otot-otot mengecil dan memendek (Fatkhurrohman, 2011).

e. Penanganan Pemulihan

Banyak sel saraf mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak saat serangan stroke akibat dari kerusakan sistem motorik. Area otak yang lemah atau lumpuh menimbulkan masalah fisik yang sering dialami oleh penderita stroke. Akan tetapi, ada area yang masih hidup namun tidak aktif untuk sementara waktu setelah stroke yaitu sel saraf di penumbra, diupayakan sel tersebut berpotensi untuk dilindungi (Indrawati, 2013).

Intervensi pada pasien dengan kelumpuhan dan kelemahan anggota gerak yaitu menganjurkan pasien untuk latihan dan meningkatkan kekuatan pada sisi tubuh yang lemah, mendorong pasien untuk memberikan berbagai latihan gerak pada sisi tubuh yang lemah atau lumpuh, latihan secara pasif hal-hal yang diperlukan untuk sisi yang terkena serta latihan ekstremitas yang lemah untuk meningkatkan mobilitas, kekuatan, dan penggunaannya (Smeltzer dan Bare 2005 dalam Fatkhurrohman, 2011).

Menurut penelitian Maimurahman dan Fitria 2012 tujuan pemuliharaan untuk pasien stroke adalah membantu pasien untuk mendapatkan kemandirian maksimal dan rasa aman saat melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan ROM merupakan bagian dari proses pemulihan untuk mencapai tujuan tersebut. Latihan beberapa kali dalam sehari dapat mencegah terjadinya komplikasi akibat gangguan sistem motorik yang akan menghambat pasien untuk dapat mencapai kemandirian.

B. Tinjauan Tentang Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke

1. Pengertian Latihan Range Of Motion

Latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Andarwati, 2013).

Latihan *range of motion* (ROM) adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana pasien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai

gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif (Maimurahman dan Fitria, 2012).

2. Tujuan Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke

- a. Mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
- b. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan
- c. Mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi (Andarwati, 2013).

3. Manfaat Latihan Range Of Motion Untuk Pasien Stroke

- a. Menentukan nilai kemampuan tulang dan otot dalam melakukan pergerakan
- b. Memperbaiki tonus otot
- c. Memperbaiki tonus otot untuk latihan
- d. Memperlancar sirkulasi darah (Andarwati, 2013).

4. Prinsip Dasar Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke

- a. ROM harus dilakukan sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari.
- b. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien.
- c. Dalam merencanakan program latihan ROM perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring.
- d. ROM sering diprogramkan oleh dokter dan di kerjakan oleh perawat dan ahli fisioterapi.
- e. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah lengan, siku, jari-jari tangan, bahu, lutut, kaki, dan pergelangan kaki.
- f. ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang mengalami kelumpuhan dan kelemahan.

- g. Melakukan ROM harus sesuai dengan waktunya, misalnya setelah pasien mandi (Maimurahman dan Fitria, 2012).

5. Pembagian Latihan Range Of Motion Pada Pasien Stroke

a. Latihan ROM Pasif

Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang hanya dilakukan oleh perawat, pengasuh, fisioterapis, dan keluarga pasien stroke disetiap gerakannya.

b. Latihan ROM Aktif

Latihan ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat disetiap gerakan yang dilakukan (Maimurahman dan Fitria, 2012) .

6. Latihan ROM pasif anggota gerak atas dan bawah

Pemberian terapi latihan berupa gerakan pasif sangat bermanfaat dalam menjaga sifat fisiologis dari jaringan otot dan sendi. Jenis latihan ini dapat diberikan sedini mungkin untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti adanya kontraktur, kekakuan sendi, dan lain-lain.

a. Gerakan Menekuk Dan Meluruskan Sendi Bahu



Gambar 2.1 menekuk dan meluruskan sendi bahu

Langkah-langkah:

- 1) Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan bawah pasien.
- 2) Luruskan siku, naikan dan turunkan lengan bawah dengan siku tetap lurus.

b. Gerakan Menekuk Dan Meluruskan Siku



Gambar 2.2 Menekuk dan meluruskan siku

Langkah-langkah:

Pegang lengan ata pasien dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku.

c. Gerakan Memutar Pergelangan Tangan



Gambar 2.3 Memutar pergelangan tangan

Langkah-langkah:

- 1) Pegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, satu tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien.
- 2) Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup)

d. Gerakan Menekuk dan Meluruskan Pergelangan Tangan



Gambar 2.4 menekuk dan meluruskan pergelangan tangan

Langkah-langkah:

- 1) Pegang lengan bawah pasien dengan tangan satu, tangan lainnya memegang pergelangan pasien.
- 2) Tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah

e. Gerakan Memutar Ibu Jari



Gambar 2.5 Memutar ibu jari

Langkah-langkah:

Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.

f. Gerakan Menekuk dan Meluruskan Jari-Jari Tangan



Gambar 2.6 menekuk dan meluruskan jari-jari tangan

Langkah-langkah:

Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan pasien.

g. Gerakan Menekuk dan Meluruskan Pangkal Paha

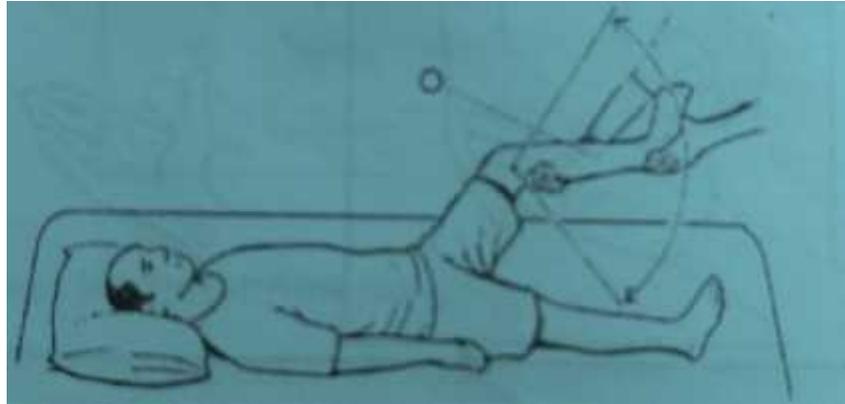


Gambar 2.7 Menekuk dan meluruskan pangkal paha

Langkah-langkah:

- 1) Pegang lutut dengan satu tangan, tangan lainnya memegang tungkai.
- 2) Naikan dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus

h. Gerakan Menekuk dan Meluruskan Lutut

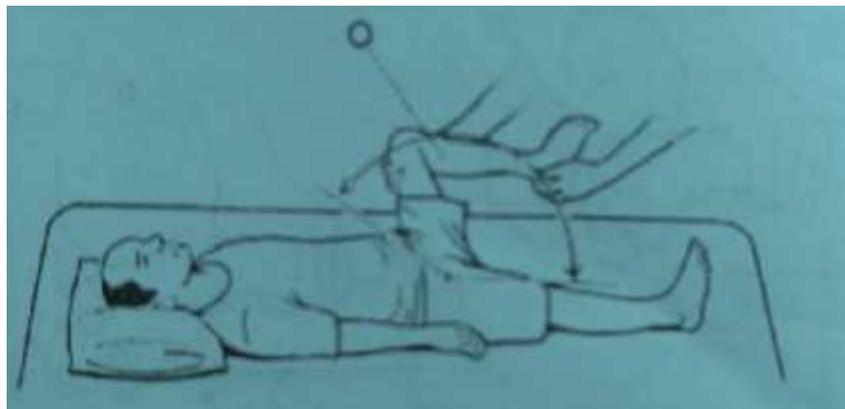


Gambar 2.8 Menekuk dan meluruskan lutut

Langkah-langkah:

- 1) Pegang lutut pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang tungkai pasien.
- 2) Lakukan gerakan menekuk dan meluruskan lutut

i. Gerakan Latihan Pangkal Paha

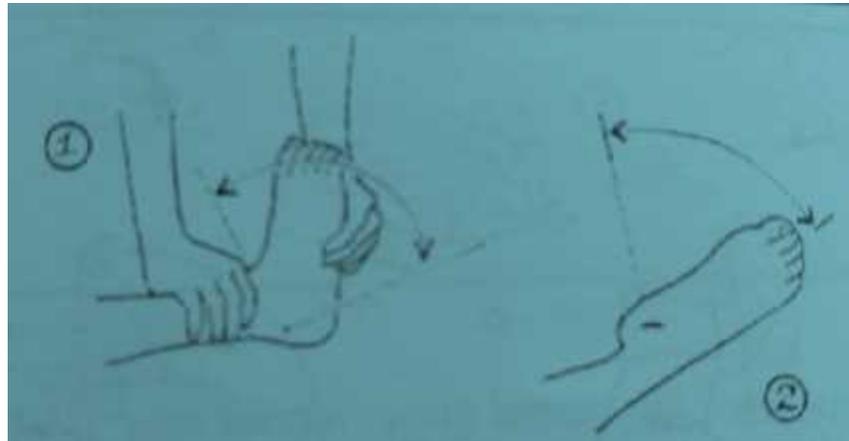


Gambar 2.9 Latihan pangkal paha

Langkah-langkah:

Gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan atau kaki satunya.

j. Gerakan Memutar Pergelangan Kaki



Gambar 2.10 Memutar pergelangan kaki

Langkah-langkah:

Pegang tungkai pasien dengan tangan satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki (Mulyatsih dan Ahmad, 2015)

Gerakan-gerakan yang dijelaskan diatas dapat diberikan pada pasien stroke oleh keluarga. Perilaku keluarga dalam memberikan latihan ROM pasif berpengaruh besar dalam mempertahankan kekuatan otot pasien. Oleh karena itu, keluarga dapat melakukan latihan ROM pasif secara mandiri diluar pemberian perawat dan fisioterapis. Perilaku keluarga sendiri dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit dapat mendukung penatalaksanaan kelumpuhan atau kelemahan paska stroke (Andarwati, 2013).

C. Tinjauan Tentang Perilaku Keluarga

Bagi profesional kesehatan keluarga, fungsi perawatan kesehatan adalah komponen penting dari pengkajian keluarga. Dari perspektif masyarakat, keluarga adalah sistem dasar tempat perilaku kesehatan

dan perawatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit. Oleh karena itu, keluarga memiliki tanggung jawab primer untuk memulai dan mengoordinasi layanan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Pratt, 1982 dalam friedmn at all, 2010)

Dengan keyakinan bahwa perbaikan utama dan pemeliharaan kesehatan terjadi khususnya melalui lingkungan dan modifikasi gaya hidup dan komitmen personal, peran sentral keluarga dalam mengemban tanggung jawab terhadap kesehatan anggotanya diperkuat. Dengan demikian, perawatan kesehatan sangat penting dan merupakan fungsi dasar keluarga. Kita yakin bahwa pendidikan kesehatan dan konseling untuk perawatan diri keluarga harus menjadi tujuan primer praktik keperawatan keluarga.

1. Keluarga Sebagai Pemberi Perawatan Pada Pasien Stroke

Orem menganggap individu sebagai penerima asuhan keperawatan yang utama, sedangkan keluarga dianggap sebagai faktor/syarat dasar bagi anggota keluarga. Orem (1983) mengatakan keluarga sebagai pemberi perawatan bagi anggota keluarga lain yang tidak mandiri (anggota keluarga dewasa yang merawat individu yang tidak mandiri) dan dalam melaksanakan tugas ini, mereka dianggap sebagai individu dalam sebuah keluarga atau subsistem keluarga. Tujuan utama dari tindakan ini adalah untuk mencapai kesejahteraan yang optimal dan memungkinkan individu serta keluarga mereka dapat mempertahankan kontrol atas kesehatan sendiri (Yuniarsih, 2010)

Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan sejalan dengan lima tahap perilaku sakit individu yang telah dijabarkan oleh

potter (2005). Tugas pertama keluarga dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga yaitu mengenali gangguan perkembangan kesehatan seluruh anggota keluarga. Stroke sering kali menyerang individu tanpa didahului oleh gejala yang khas, sehingga peran keluarga sangat penting dalam mengenali gangguan kesehatan yang dirasakan oleh salah satu anggota keluarga. Peran keluarga yang kedua adalah peran pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, dimana keluarga harus dapat memutuskan tindakan apa yang paling tepat diberikan pada salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit dan mengambil alih sementara kewajiban yang melekat pada diri pasien. Peran ketiga yaitu memberikan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat. Tahap ketiga ini, keluarga pasien stroke biasanya membawa pasien ke pusat pelayanan kesehatan untuk mencari pengobatan yang diperlukan. Tahap keempat yaitu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Pasien biasanya sudah menerima kondisi sakitnya dan peran keluarga dalam memberikan dukungan sangat diharapkan oleh pasien, terutama dalam kondisi kecacatan. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan merupakan tahap terakhir tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga harus dapat menunjukkan pemanfaatan dengan baik terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada (Yuniarsih, 2010).

Peran dan fungsi keluarga sangat penting saat salah satu anggota keluarganya mengalami stroke. Adapun peran itu sendiri merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Untuk berfungsinya peran secara

adekuat merupakan hal yang sangat penting bukan hanya untuk berfungsinya individu secara sukses melainkan juga untuk keberhasilan fungsi keluarga (Festy, 2010)

Peran keluarga dalam memberikan perawatan bagi pasien stroke sangat penting guna meminimalkan terjadinya kecacatan fisik dan ketergantungan pasien stroke dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Pasien membutuhkan terapi dalam pemulihan fisiknya. Salah satu terapi yang harus diketahui oleh keluarga pasien adalah latihan ROM pasif. Pemberian pendidikan kesehatan terhadap keluarga tentang latihan ROM pasif merupakan salah satu solusi untuk meningkatkan pemahaman keluarga tentang pentingnya pemberian latihan ROM pasif dan perubahan perilaku keluarga dalam memberikan latihan ROM pasif kepada pasien stroke.

2. Perilaku Keluarga Terkait dengan Sehat dan Sakit

Praktik kesehatan dan pemanfaatan layanan perawatan kesehatan sangat bervariasi dari keluarga ke keluarga. Dua alasan utama keragaman dalam praktik perawatan kesehatan ini adalah perbedaan keluarga baik dalam konsep apa yang menyusun sehat dan keyakinan kesehatan mereka terkait dengan pencarian perawatan kesehatan dan mengikuti tindakan perawatan kesehatan.

a. Perbedaan Konsep Sehat dan Sakit

Konsep sehat dan sakit sangat bervariasi luas dari kebudayaan ke kebudayaan, wilayah ke wilayah, dan keluarga ke keluarga. Prevalensi penyakit dalam sebuah komunitas dan jenis kelamin, kelas sosial, dan etnik yang berbeda adalah faktor tambahan yang memengaruhi konsep sehat dan sakit keluarga. Bagaimana keluarga atau anggota keluarga mendefinisikan sehat dan sakit sangat berhubungan dengan praktik perawatan kesehatan.

Definisi sehat keluarga perlu diklarifikasi sehingga perawat mengetahui tujuan dan prioritas mana yang penting bagi keluarga, serta area pendidikan kesehatan mana yang mungkin ada.

1) Masalah Kesehatan

Beberapa masalah kesehatan yang merupakan endemik bagi seluruh komunitas atau kelompok dianggap sebagai peristiwa alami bukan sebagai penyakit. Kebiasaan dan norma sosial sering kali menentukan apakah perilaku tertentu dianggap sakit atau sehat.

Sebuah keluarga, lingkungan sekitar, atau masyarakat harus menyebut suatu kondisi atau perilaku tertentu sebagai penyakit atau ketidakmampuan sebelum kondisi sakit atau sehat dapat dianggap sebagai suatu masalah kesehatan bagi kelompok tersebut.

2) Faktor Gender dan Kelas Sosial

Menurut penelitian Woods 1988 wanita mendefinisikan sehat sebagai perhatian klinis (seperti tidak merasa sakit, tidak sakit atau tidak sakit kepala), sebagai pengaruh positif (misalnya merasa sejahtera, merasa baik-baik saja), sebagai perasaan bugar (memiliki stamina dan kekuatan, mampu aktif), sebagai mempraktikkan gaya hidup sehat (tidak merokok, makan makanan seimbang). Wanita yang mempunyai pendidikan yang lebih formal atau penghasilan yang besar melaporkan citra sehat yaitu terdapatnya rasa sejahtera positif yang melimpah. Wanita yang secara pendidikan dan ekonomi kurang cenderung membuat konsep sehat lebih pragmatis, sebagai tidak adanya gejala, kemampuan beradaptasi terhadap tuntutan mereka.

Laporan terbaru memastikan bahwa pria lebih sulit dijangkau dengan kesehatan mereka dan sistem pelayanan kesehatan. Hambatan terhadap pencarian perawatan kesehatan oleh pria dicatat terutama karena masalah psikologis, yaitu pria tidak nyaman untuk mendiskusikan masalah kesehatan dengan dokter.

3) Perbedaan Kelas Sosial

Orang dari latar belakang etnik dan status sosial ekonomi yang sama sering kali memiliki sikap, mitos, dan nilai yang sama mengenai kesehatan mereka yang dapat dibandingkan. Orang memiliki cara yang berbeda dalam menentukan apakah mereka sakit atau sehat. Beberapa orang merasa mereka sakit hanya saat mereka tidak lagi dapat bekerja atau menjalankan kebiasaan aktivitas harian dan peran mereka, yang lain sangat menyesuaikan fungsi fisiologis mereka dan mengenali gejala minor sekali pun atau tanda-tanda sebagai indikasi penyakit dan sakit. Orientasi ketiga terhadap sakit adalah bahwa orang semata-mata sakit saat mereka tidak merasa baik.

Dalam studi klasik, menunjukkan bahwa posisi sosial ekonomi sangat memengaruhi interpretasi gejala individu yaitu apakah gejala dianggap sebagai gejala sakit atau tidak, dan jika ada, apakah gejala tersebut mengindikasikan bahwa perawatan medis perlu dicari. Pekerja kelas menengah lebih paham mengenai gejala sebagai tanda sehat/sakit sehingga tidak memandang gejala ini sebagai indikasi adanya kebutuhan terhadap pertolongan medis. Koo dan Baumann 1961 menyatakan bahwa semakin berpendidikan sebuah

keluarga, biasanya semakin baik pengetahuan keluarga mengenai kesehatan.

Perbedaan kelas sosial juga sangat nyata berhubungan dengan prioritas keseluruhan keluarga. Pada keluarga kelas bawah, kesehatan sering kali merupakan prioritas bawah dibandingkan pekerjaan, makanan, dan hunian, kecuali ada krisis kesehatan itu sendiri.

4) Perbedaan Etnik

Latar belakang etnik keluarga adalah faktor utama lainnya yang memengaruhi konsep dan keyakinan sehat serta sakit anggota keluarga. Menurut Kleinmann, faktor kebudayaan menentukan pentingnya berbagai domain pengaruh. Domain ini membentuk penjelasan sehat dan sakit masyarakat serta apa yang mereka pikir harus mereka lakukan mengenai kesehatan.

Masyarakat barat melandaskan penjelasan mereka mengenai sehat dan sakit pada fenomena alamiah serta temuan ilmiah yaitu penyebab masalah kesehatan adalah infeksi, cedera, cedera mekanik. Pada kelompok etnik selain masyarakat barat memegang sistem keyakinan penjelasan yaitu sehat dan sakit dipandang sebagai akibat dari penyebab sosial atau supranatural.

b. Keyakinan Kesehatan Tentang Pencarian Perawatan dan Tindakan Kesehatan

Faktor utama lainnya yang teridentifikasi sebagai praktik yang memengaruhi kesehatan individu dan keluarga tentang pencarian perawatan dan tindakan kesehatan. Dua masalah yang terkait dengan Keyakinan kesehatan tentang pencarian perawatan dan tindakan kesehatan yaitu faktor yang menyebabkan kesiapan dan

kehendak individu untuk mencari layanan perawatan kesehatan dan memperbaiki gaya hidupnya serta variabel yang mempengaruhi promosi kesehatan dan tindakan pencegahan itu sendiri.

1) Model Keyakinan Kesehatan

Skema yang paling komprehensif untuk meninjau pencegahan penyakit dan perilaku mendeteksi sakit adalah model keyakinan kesehatan (*health belief model*), yang telah diujikan di berbagai area pencegahan dan kesehatan kuratif yang luas. Model ini dimodifikasi beberapa kali sejak semula dibentuk dan merupakan alat yang bermanfaat guna secara sistematis menganalisis perilaku personal, memperkirakan aktivitas pengalihan seperti tindakan pencegahan, pemanfaatan layanan medis, menunda pencarian bantuan, dan kepatuhan terhadap program pengobatan.

Model keyakinan kesehatan menggunakan teori Lewin yang menekankan bahwa dunia orang yang mempersepsikan menentukan apa yang akan ia lakukan, bukan lingkungan fisik, kecuali jika lingkungan ini dipandang oleh individu. Lewin mengidentifikasi beberapa aspek kehidupan sebagai sesuatu yang memiliki valensi negatif (diniali secara negatif), positif (dinilai secara positif), dan netral. Individu mencoba menghindari aspek yang dinilai secara negatif, sementara mereka mencoba memasukan aspek positif kedalam hidup mereka.

Kerentanan dan keseriusan penyakit adalah faktor yang dirasakan tidak bergantung pada bukti namun pada keyakinan personal seseorang. Kedua persepsi individu ini menjadi faktor kesiapan yang mengarahkan pada ancaman

penyakit yang dirasakan. Dalam model ini terdapat faktor premodifikasi (demografi, sosiopsikologi, dan struktural) yang diposisikan untuk memodifikasi kerentanan yang dirasakan, keparahan, manfaat versus kerugian yang dirasakan, dan isyarat untuk bertindak. Isyarat untuk bertindak adalah stimulus cepat yang diperlukan untuk memicu pengenalan dalam pikiran seseorang mengenai kerentanan dan keseriusan penyakit (ancaman), dan perlunya mengambil tindakan untuk mengurangi ancaman tersebut.

Pada model keyakinan kesehatan yang terbaru, faktor kesehatan yang diperluas sampai mencakup perasaan kerentanan dan keseriusan masalah kesehatan yang dirasakan (ancaman) dan motivasi positif untuk memelihara, mendapatkan kembali, atau mencapai kesejahteraan. Faktor motivasi ini mencakup perhatian dan penekanan masalah secara umum, keinginan untuk mencari dan mendapatkan arahan medis, rencana untuk mematuhi praktik kesehatan yang positif.

Model tersebut telah digunakan secara luas untuk membantu menentukan alasan seseorang terlibat dalam aktivitas tertentu yang meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan mereka. Studi ini telah menunjukkan secara konsisten bahwa manfaat dari perilaku sehat tertentu (misalnya aktivitas fisik) tidak dapat cukup berfungsi sebagai pendorong tindakan saat individu mempercayai bahwa hambatan atau risiko yang dirasakan tidak sepenuhnya dipahami.

2) Model Promosi Kesehatan

Inti dari model promosi kesehatan yang telah direvisi menekankan pentingnya kognisi dan afek perilaku yang spesifik sebagai motivator primer perilaku. Variabel ini khususnya harus perawat pertimbangkan, karena merupakan subjek modifikasi intervensi keperawatan. Enam kognisi dan afek spesifik perilaku yang dipertimbangkan menjadi motivasi utama dalam mendorong individu terlibat dalam perilaku promosi kesehatan diidentifikasi dalam model tersebut sebagai manfaat individu, hambatan terhadap tindakan, dan kecakapan diri yang dirasakan, afek terkait aktivitas, pengaruh interpersonal, serta pengaruh situasional.

Kognisi dan afek spesifik perilaku yang dihipotesis secara langsung terkait dengan tindakan promosi kesehatan meliputi persepsi positif terhadap hasil akhir yang diharapkan dan diduga, hambatan untuk bertindak minimal, perasaan efektif dan terampil, perasaan positif mengenai perilaku sehat, adanya dukungan sosial keluarga dan teman sebaya, model peran yang positif, dan ketersediaan konteks lingkungan yang sesuai, aman, serta menyenangkan.

Dalam model Pender, hasil akhir perilaku dipengaruhi rasa komitmen seseorang terhadap rencana tindakan dengan strategi khusus yang diidentifikasi, dan kapasitas seseorang untuk menekan persaingan antara tuntutan dan pilihan. Perilaku promosi kesehatan adalah hasil akhir tindakan dalam model tersebut. Pender dan rekan menekankan bahwa perilaku promosi kesehatan akhirnya bertujuan mencapai hasil akhir kesehatan yang positif bagi klien yang harus

menghasilkan pengalaman kesehatan yang positif selama masa hidup orang tersebut.

Aspek yang harus diingat tentang model keyakinan kesehatan adalah bahwa model tersebut merupakan model pengambilan keputusan yang rasional, yaitu terjadinya perilaku kesehatan personal dianggap dipengaruhi oleh faktor-faktor yang teridentifikasi dalam model keyakinan kesehatan dan model promosi kesehatan pender.

Berkenan dengan implikasi pada perawatan kesehatan keluarga, model ini menekankan pentingnya sistem kepercayaan keluarga dan anggota keluarga. Jika suatu keluarga merasakan ancaman dan kesempatan untuk mengurangi selanjutnya tampak pada keluarga, seperti daya akses dan skrining efektif, layanan kesehatan, perbaikan gaya hidup, dan pendidikan, keluarga tersebut akan lebih cenderung berperilaku positif untuk kepentingannya (Friedman at all, 2010).

c. Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Fungsi perawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar keluarga namun fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Akan tetapi, memenuhi fungsi perawatan kesehatan bagi semua keluarga dapat sulit akibat tantangan eksternal dan internal. Pratt (1982) menunjukkan bahwa alasan keluarga mengalami kesulitan memberikan perawatan kesehatan bagi anggota mereka terletak pada struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Pratt menemukan saat keluarga memiliki asosiasi yang luas dengan organisasi, terlibat dalam aktivitas umum, dan menggunakan

sumber komunitas, mereka dapat memanfaatkan pelayanan perawatan kesehatan dengan lebih tepat.

Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan primer dan efektif, mereka harus menjadi lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan proses terapi total. Prat 1976, mengakui bahwa tidak mungkin bagi keluarga untuk menjadi sangat bertanggung jawab tentang fungsi perawatan kesehatan mereka jika tenaga kesehatan menyingkirkan mereka untuk berpartisipasi dalam penatalaksanaan medis.

Tidak hanya pasien yang harus bermitra dengan penyedia layanan kesehatan dalam mengimplementasikan perawatan kesehatannya sendiri, tetapi keluarga juga harus menjadi pengambil keputusan utama dan manajer dari masalah kesehatan yang memengaruhi kesejahteraan dan kehidupan keluarga. Agar keluarga terlibat dalam perawatan diri yang efektif, mereka harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan perawatan kesehatan yang bermutu.

Hal ini berarti bahwa keluarga perlu akses ke sumber informasi kesehatan primer. Dengan demikian tim kesehatan khususnya perawat harus mau meluaskan peran mereka dengan memasukan pendidikan kesehatan yang ditujukan untuk perawatan diri dan pemberdayaan keluarga (Friedman at all, 2010).

D. Tinjauan Tentang Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Sedangkan dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Notoatmodjo, 2003 dalam Murwani, 2014)

A joint committee on terminology in health education of united states mendefinisikan pendidikan kesehatan adalah pengalaman belajar yang bertujuan untuk mempengaruhi pengetahuan, sikap dan perilaku yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan ataupun kelompok (Susilo, 2011)

Pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Steward, 1968 dalam Susilo, 2011)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan adalah upaya untuk mempengaruhi dan mengubah orang lain baik individu, kelompok, ataupun masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik.

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan batasan WHO tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang, keluarga, dan masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku yang belum sehat menjadi sehat. Namun perilaku tersebut, ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu dikategorikan secara mendasar. Azwar (1983) membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3 macam:

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai pada keluarga. Dengan demikian perawat dan tim kesehatan lainnya mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pendidikan kesehatan.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat didalam kelompoknya.
- c. Mendorong berkembangnya perilaku sehat dalam keluarga dan menggunakan sarana pelayanan yang ada secara tepat (Susilo, 2011).

3. Strategi Pelaksanaan Dalam Pendidikan Kesehatan

Strategi dalam pendidikan kesehatan yaitu suatu upaya atau cara yang dilakukan oleh tim kesehatan (baik perawat maupun tim kesehatan lainnya) yang memerlukan pendekatan yang strategis untuk mengembangkan perilaku, dan keterampilan dengan memberdayakan individu, keluarga, maupun masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Pemberdayaan ini ditujukan kepada keluarga langsung sebagai sasaran primer atau utama promosi kesehatan. Tujuannya adalah

keluarga memiliki kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri serta merawat anggota keluarganya yang sakit. Pernerdayaan keluarga ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, misalnya pendidikan kesehatan (Murwani, 2014).

4. Hal-Hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Memberikan Pendidikan Kesehatan

Dalam memberikan pendidikan kesehatan tentunya ada hal-hal yang harus diperhatikan agar pendidikan kesehatan itu dapat diterima oleh keluarga, bukan hanya diterima saja tetapi dapat diterapkan juga dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat mengubah perilaku keluarga dari perilaku yang tidak sehat (tidak sesuai dengan perilaku kesehatan) menjadi perilaku sehat. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan antara lain:

a. Sasaran

Kita ketahui bahwa tujuan akhir dari pendidikan kesehatan ini adalah kemampuan keluarga untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta merawat anggota keluarganya yang sakit. Dan tujuan ini jelas bahwa yang menjadi sasaran utama adalah keluarga, khususnya lagi perilaku keluarga (Murwani, 2014).

b. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut (Notoatmodjo, 2003) ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain: dimensi aspek kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

1) Aspek Kesehatan

Telah menjadi kesepakatan umum bahwa kesehatan masyarakat itu mencakup empat aspek pokok yaitu promotif,

preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Ahli lain membaginya menjadi dua aspek yaitu aspek promotif preventif dengan sasaran orang sehat dan kuratif dan rehabilitatif dengan kelompok orang yang beresiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit.

2) Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi lima yaitu:

- a) Pendidikan kesehatan pada tatanan keluarga (keluarga dan seluruh anggota keluarga)
- b) Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah, dilakukan disekolah dengan sasaran murid.
- c) Pendidikan kesehatan ditempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
- d) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat umum, yang mencakup terminal bus, stasiun, bandar udara, tempat-tempat olahraga, dan sebagainya.
- e) Pendidikan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik rumah bersalin, dan sebagainya.

3) Tingkat Pelayanan Kesehatan

Dimensi tingkat pelayanan kesehatan pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 3 tingkat pencegahan dari Leavel and Clark, sebagai berikut:

- a) Promosi kesehatan seperti peningkatan gizi, gaya hidup.
- b) Diagnosis dini dan pengobatan segera.

Menemukan penyakit secara dini agar dapat mendapat pengobatan dengan segera.

c) Pembatasan cacat

Yang dimaksud dengan pembatasan cacat ialah seperti kurangnya pengertian dan kesadaran keluarga tentang kesehatan dan penyakit seringkali mengakibatkan keluarga tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas, seperti kita ketahui bahwa, pengobatan yang tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan menjadi cacat (Murwani,2014).

c. Metode Pendidikan Kesehatan

Berikut ini diuraikan beberapa metode pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan yaitu:

1) Metode Individual

Dalam metode penkes, metode yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan metode ini yaitu bimbingan, penyuluhan dan wawancara.

2) Metode Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dan sasaran. Untuk kelompok besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektivitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

a) Kelompok besar, yaitu apabila peserta lebih dari 15 orang. Metode yang baik digunakan adalah ceramah dan seminar.

b) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta kurang dari 15 orang. Metode yang cocok untuk kelompok ini antara lain: diskusi kelompok, curah pendapat.

3) Metode Massa

Metode (pendekatan) massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada keluarga. Adapun contoh metode yang cocok untuk pendekatan massa antara lain:

- a) Ceramah umum (publik speaking)
- b) Berbincang-bincang (talk show) tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio. Pada hakikatnya merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.
- c) Tulisan-tulisan di majalah atau koran
- d) Billboard yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, poster dan sebagainya (Murwani, 2014).

d. Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Yang dimaksud alat bantu pendidikan kesehatan adalah alat-alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi, atau pesan kesehatan. Dimana manfaat alat bantu ini adalah:

- 1) Menimbulkan minat sasaran pendidik
- 2) Mencapai sasaran yang lebih banyak
- 3) Membantu mengatasi hambatan-hambatan dalam pemahaman
- 4) Menstimulasi pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- 5) Mempermudah penyampaian bahan atau informasi kesehatan
- 6) Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran/ keluarga.
- 7) Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami dan akhirnya mendapat pengertian yang lebih baik.

- 8) Membantu menegaskan pengertian yang diperoleh (Murwani, 2014).

Macam-macam alat bantu dalam memberikan pendidikan kesehatan, antara lain:

- 1) Alat bantu lihat (visual), yang berguna dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan.
- 2) Alat bantu dengar (audio aids) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indra pendengaran pada waktu proses penyampaian materi pendidikan kesehatan. Misalnya: piringan hitam, radio, pita suara, kepingan CD dan sebagainya.
- 3) Alat bantu lihat-dengar, seperti televisi, video cassette dan DVD. Alat bantu pendidikan ini lebih dikenal dengan AVA (audio visual aids) (Murwani, 2014).

e. Media Pendidikan Kesehatan

Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) Media cetak, sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang sangat bervariasi antara lain: booklet, pamflet, leaflet, flyer (selembaran), flip chart (lembar balik), rubrik (tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah yang membahas suatu masalah kesehatan), poster dan foto.
- 2) Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain: televisi, radio, video, slide, dan film strip.
- 3) Media papan (billboard). Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan (Murwani, 2014).

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak yang ditandai dengan kematian jaringan otak. Stroke menyebabkan gangguan sistem motorik. Penderita stroke dengan gangguan sistem motorik perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, penderita membutuhkan terapi dalam memulihkan fisiknya.

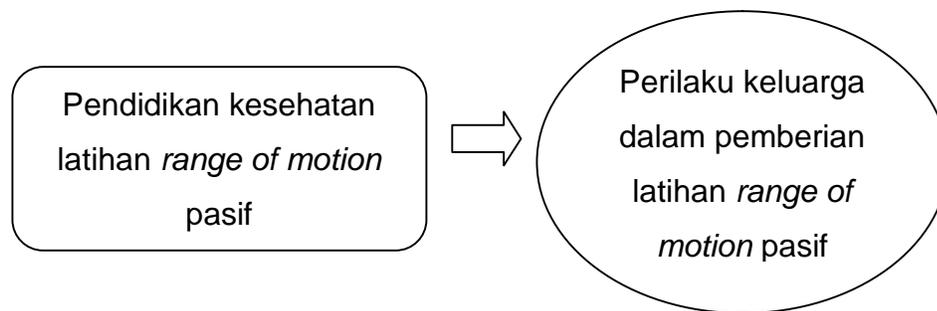
Pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal salah satunya melatih persendian dengan melakukan gerakan *range of motion* pasif untuk mempertahankan kekuatan otot. Latihan ROM pasif adalah latihan ROM yang hanya dilakukan oleh perawat, pengasuh, fisioterapis dan keluarga pasien stroke disetiap gerakannya. Latihan ROM pasif untuk pasien stroke dengan gangguan sistem motorik perlu dukungan dari keluarga pasien itu sendiri.

Keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien serta meminimalkan kecacatan atau komplikasi akibat gangguan sistem motorik. Proses pemulihan membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga mengenai masalah yang timbul dan cara keluarga mengatasinya. Keluarga perlu dibekali pengetahuan dalam penatalaksanaan perawatan pasien stroke. Dalam hal ini perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mempengaruhi/mengubah orang lain baik individu, kelompok, ataupun masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan

penyakit dan peningkatan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang dapat diberikan kepada keluarga pasien stroke dengan gangguan sistem motorik adalah latihan *range of motion* pasif. Pendidikan kesehatan tentang latihan ROM pasif merupakan salah satu solusi dalam meningkatkan pemahaman keluarga dalam teknik latihan ROM pasif kepada pasien stroke.

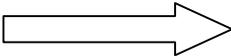
Berdasarkan uraian diatas maka dapat dibuatkan kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 kerangka konsep penelitian

Keterangan:

 : variabel independen

 : penghubung dua variabel

 : variabel dependen

B. Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh pendidikan kesehatan latihan ROM pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan ROM pasif pada pasien paska stroke.

C. Definisi operasional

Tabel 3.1
Definisi operasional

1. Variabel Independen : Pendidikan Kesehatan Latihan ROM pasif

Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor
Intervensi keperawatan berupa latihan ROM pasif kepada keluarga pasien stroke dalam bentuk demonstrasi	Memberikan pendidikan kesehatan dengan metode demonstrasi	-	-	-

2. Variabel Dependen : Perilaku Keluarga Dalam Pemberian Latihan ROM pasif

Definisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
Tindakan keluarga untuk memberikan latihan ROM pasif kepada anggota keluarga yang mengalami stroke	Perilaku keluarga dalam pemberian latihan ROM pasif	Pedoman observasi latihan ROM pasif	Kategorik (ordinal)	Baik jika skor 16-20, kurang jika skor 10-15

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif, maka jenis penelitian ini adalah penelitian *pre experimental* dengan *one group pre test-post test design* dan tidak memiliki kelompok kontrol untuk dibandingkan. Intervensi yang akan diberikan pada responden adalah pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif. Pada rancangan ini, kelompok eksperimen diberikan perlakuan, tetapi diawali dengan pre test sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi dan dilanjutkan post test.

Tabel 4.1
Skema one group pra test-post test design

Kelompok	Pre test	Treatment	Post test
eksperimen	T1	X	T2

Keterangan :

T1 : test awal (pre test) dilakukan sebelum diberikan intervensi

X : perlakuan (*treatment*) diberikan kepada keluarga dengan menggunakan model pembelajaran demonstrasi disertai pamflet

T2 : test akhir (post test) dilakukan setelah diberikan intervensi.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa belum optimalnya pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif oleh

perawat kepada keluarga dari pasien dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien stroke. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan februari dan maret tahun 2016.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dari pasien stroke yang sedang dirawat di rumah sakit stella maris makassar.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *non probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu suatu metoda pemilihan sampel yg dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu.

Ada dua kriteria sampel sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Bersedia menjadi responden dalam penelitian
- 2) Umur responden 20-50 tahun
- 3) Pendidikan responden minimal Sekolah Dasar
- 4) Keluarga yang menjadi wali pasien atau orang terdekat pasien
- 5) Keluarga dengan pasien dalam perawatan stroke berulang.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Keluarga dengan pasien yang dirawat di ruang perawatan ICU
- 2) Tidak hadir saat penelitian
- 3) Keluarga yang memiliki keterbatasan seperti tidak bisa mendengar, melihat, dan memiliki kecacatan fisik.

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman observasi. Pedoman observasi tersebut berisi teknik-teknik latihan range of motion pasif pada pasien stroke berdasarkan pada bab II yaitu tinjauan tentang latihan range of motion pasif pada pasien paska stroke. Peran peneliti dalam penelitian ini adalah mengobservasi perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif sebelum diberikan pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif dan setelah diberikan pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif. Dalam penelitian ini variabel yang diukur adalah variabel dependen yaitu perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif. Variabel dependen ini dikategorikan atas 2 yakni kategori baik dan kurang. Kategori baik jika total skor 16-20 dan kategori kurang jika total skor 10-15. Skala pengukuran menggunakan skala guttman, jika keluarga melakukan latihan range of motion pasif maka diberi nilai 2 dan jika keluarga tidak melakukan latihan range of motion pasif maka diberi nilai 1.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur. Adapun prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar, kemudian mengajukan permohonan izin kepada pihak rumah sakit Stella Maris Makassar sebagai tempat untuk melakukan penelitian. Setelah mendapat persetujuan meneliti dari pihak rumah sakit Stella Maris Makassar barulah dilakukan penelitian.

Setelah responden didapat, dilakukan penjelasan terlebih dahulu kepada calon responden tentang tujuan penelitian serta menanyakan

kesediaan calon responden untuk dijadikan objek penelitian. Apabila calon responden setuju maka responden di minta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden penelitian.

Ada beberapa etika yang harus diperhatikan dalam penelitian yaitu:

1. *Informed consent*

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

2. *Anomity* (tanpa nama)

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

3. *Confidentially*

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

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 cara yaitu:

1. Data primer, yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden yang menjadi sampel penelitian.
2. Data sekunder, yaitu data yang diperoleh dari pihak rumah sakit Stella Maris Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data yaitu:

1. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau yang dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data, dan memeriksa keseragaman data. *Edititng* dilakukan dengan

memeriksa setiap lembaran observasi satu demi satu sehingga dapat dipastikan data benar atau tidak.

2. Pemberian Kode (*Koding*)

Koding dilakukan setelah pengeditan, tujuannya untuk memudahkan pengolahan data. *Koding* adalah usaha memberi kode-kode tertentu pada pedoman observasi. Adapun kode terhadap hasil data yang didapat dari pedoman observasi dengan penjelasan sebagai berikut:

Melakukan latihan range of motion pasif : 2

Tidak melakukan latihan range of motion pasif : 1

3. *Entry Data*

Dilakukan dengan memasukan data kedalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer.

4. Menyusun Data

Setelah data dimasukan kedalam komputer maka langkah selanjutnya adalah menyusun data/tabulasi. Tabulasi adalah usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif. Data tersebut diolah dalam bentuk tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang.

G. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Dilakukan pada kelompok pre dan kelompok post, analisis ini digunakan untuk melihat distribusi frekuensi dan presentasi dari kelompok pre dan post yang diteliti menggunakan komputer program *SPSS (statistical package and social sciences)* versi 20 for windows.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan pengaruh variabel independen (pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif) terhadap variabel dependen (perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif) yang disajikan dengan teknik analisis menggunakan uji statistic *non parametrik* yaitu uji *Wilcoxon* yaitu uji beda dua kelompok berpasangan dengan skala pengatauran kategorik dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$) atau tingkat kepercayaannya 95%, dengan interpretasi:

- a. Apabila $p < 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_a diterima artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
- b. Apabila $p \geq 0,05$, maka H_0 diterima dan H_a ditolak artinya tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif pada pasien paska stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar mulai tanggal 26 februari sampai tanggal 24 maret 2016. Langkah awal dalam pengumpulan data yaitu mengidentifikasi jumlah populasi dengan menggunakan data yang diperoleh dari ruangan perawatan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pengambilan sampel menggunakan teknik Non-probability sampling dengan pendekatan consecutive sampling, dengan jumlah sampel sebanyak 15 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi sebagai alat ukur, dimana dilakukan penilaian terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif.

Pengolahan data dengan menggunakan program komputer SPSS for windows versi 21 dan kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statististik *Wilcoxon* dengan tingkat kemaknaan 5 % ($\alpha = 0.05$).

2. Gambaran lokasi penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu Rumah Sakit swasta katolik di kota Makassar. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 08 Desember 1938, diresmikan pada tanggal 22 September 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 Januari 1940.

Rumah sakit ini berada di Jl. Somba Opu no. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Propinsi Sulawesi Selatan.

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

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

a. Visi

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

b. Misi

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

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi rumah sakit stella maris sebagai dasar penyusunan programnya. Berikut ini adalah uraian visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar:

- a. Uraian visi
- 1) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi selatan
 - 2) Mengutamakan cinta kasih kristus dalam pelayanan kepada sesama.
- b. Uraian misi
- 1) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah
 - 2) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
 - 3) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
 - 4) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya

Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Stella Maris meliputi rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan rawat inap diantaranya perawatan penyakit dalam/interna. Salah satu penyakit terbanyak yang dialami pasien rawat inap adalah penyakit stroke. Presentasi penyakit stroke di Rumah Sakit Stella Maris sekitar 297(1,7%) pada tahun 2014 lebih banyak dari penyakit yang lain.

3. Karakteristik umum responden

Adapun karakteristik umum dari 15 responden yang dijadikan sampel dalam penelitian, adalah sebagai berikut:

a. Distribusi jenis kelamin

Table 5.1
Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Jenis kelamin	Laki-Laki	5	33,3	33,3	3,33
	Perempuan	10	66,7	66,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sumber: Data primer (2016)

Dari tabel diatas didapatkan data bahwa jenis kelamin responden sebagian besar perempuan yaitu 10(66,7%) responden dan laki-laki 5(33,3%) responden.

b. Distribusi umur

Tabel 5.2
Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Umur	24-30	3	20,0	20,0
	31-36	3	20,0	40,0
	37-42	3	20,0	60,0
	43-48	4	26,7	86,7
	>48	2	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Sumber: Data primer (2016)

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data bahwa umur responden sebagian besar pada kelompok umur 43-48 tahun yaitu 4(26,7%) responden dan sebagian kecil pada kelompok umur >48 tahun yaitu 2(13,3%) responden.

c. Distribusi pendidikan terakhir

Tabel 5.3
Distribusi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Pendidikan terakhir	SD	2	13,3	13,3
	SMP	1	6,7	20,0
	SMA	8	53,3	73,3
	PT	4	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0

Sumber: Data primer (2016)

Dari tabel diatas didapatkan data bahwa pendidikan terakhir responden sebagian besar SMA yaitu berjumlah 8 (53,3%) responden dan sebagian kecil SMP berjumlah 1(6,7%) responden. Data ini dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut:

4. Hasil yang diukur

a. Analisis univariat

Menyajikan data yang menggambarkan masing-masing perilaku keluarga dalam memberikan latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif.

- 1) Perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif

Tabel 5.4
Distribusi perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan

Variable		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan	Kurang Baik	12	80,0	80,0	80,0
	Baik	3	20,0	20,0	100,0
Total		15	100,0	100,0	

Sumber: Data primer (2016)

Berdasarkan tabel diatas diperoleh data bahwa perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar kurang baik yaitu 12(80%) responden dan baik 3(20%) responden.

- 2) Perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif:

Tabel 5.5
Distribusi perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan

Variable		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan	Kurang Baik	1	6,7	6,7	6,7
	Baik	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sumber: Data primer (2016)

Berdasarkan tabel diatas diperoleh data bahwa perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar baik yaitu 14(93,3%) responden dan kurang baik 1(6,7%) responden.

b. Analisis bivariat

Menyajikan data yang menggambarkan pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke.

Tabel 5.6
Analisis pengaruh pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif

Perilaku keluarga dalam pemberian latihan ROM	N	%	Rata-rata ranking	test statistic P
perilaku post penkes < perilaku pre penkes	0	0	0,00	
perilaku post penkes > perilaku pre penkes	11	73,33	6,00	0,001
perilaku post penkes = perilaku pre penkes	4	26,67		
Total	15	100		

Uji statistik *Wilcoxon*

Berdasarkan tabel analisis diatas diperoleh data bahwa, terdapat 11(73,33%) responden mengalami perubahan perilaku dari kurang baik menjadi baik dan terdapat 4(26,67%) responden yang tidak mengalami perubahan perilaku baik sebelum diberikan pendidikan kesehatan maupun setelah diberikan pendidikan kesehatan. Pada hasil uji statistik *Wilcoxon* dengan nilai $p=0,001$ dengan tingkat kemaknaan 5% ($=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan latihan range of motion pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan range of motion pasif pada pasien paska stroke.

B. Pembahasan

Berdasarkan tabel analisis pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif didapatkan perbedaan perilaku sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif. Terdapat 11(73,33%) responden mengalami perubahan perilaku dari kurang baik menjadi baik dan terdapat 4(26,67%) responden yang tidak mengalami perubahan perilaku. Sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar perilaku keluarga kurang baik yaitu 12(80%) responden dan baik 3(20%) responden sedangkan setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar perilaku keluarga baik yaitu 14(93,3%) responden dan kurang baik (6,7%) responden. Pada hasil uji statistic *Wilcoxon* diperoleh nilai $p=0,001$ dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada pengaruh pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke.

Sesuai teori Notoatmodjo (2003) dalam Abadi dan Wantonoro (2014) pendidikan kesehatan merupakan proses belajar. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan atau perilaku pada diri subjek yang belajar tersebut. Didalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, pengajar atau pendidik, metode dan tehnik belajar, alat bantu atau media belajar dan materi atau bahan yang dipelajari, sedangkan output merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar. Pada penelitian ini proses belajar pendidikan kesehatan merupakan langkah untuk merubah perilaku responden. Adapun juga teori yang dikemukakan oleh Steward (1986) dalam Susilo (2010) yang menyatakan pendidikan kesehatan adalah unsur program

kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat serta suatu proses perkembangan yang berubah secara dinamis, yang didalamnya menerima atau menolak informasi, sikap, maupun praktek baru yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat.

Teori-teori tersebut didukung oleh hasil penelitian sebelumnya yaitu oleh Abadi dan Wantonoro (2014) mengatakan pendidikan kesehatan ternyata efektif terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang penatalaksanaan paska stroke yang nantinya akan merubah perilaku keluarga didapatkan nilai $p=0,000(p <)$. Penelitian yang dilakukan oleh Sunaryo, dkk (2014) pendidikan kesehatan tentang *range of motion* meningkatkan motivasi keluarga untuk melakukan *range of motion* pada pasien paska stroke *infark* didapatkan nilai $p=0,01(p <)$. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Pabutung (2013) menyatakan bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien paska stroke baik dengan metode ceramah maupun metode *focus group discussion* dengan nilai $p=0,000(p <)$. Penelitian yang dilakukan oleh Wahyu (2013) peran perawat yang terlibat aktif sebagai pendidik akan memberi pengaruh yang sangat baik, keluarga akan lebih tahu dan terlibat dalam perawatan sehari-hari kekeluarganya yang sakit dengan nilai x^2 hitung (21,67) > x^2 tabel (3,48). Penelitian oleh Sonatha (2012) faktor yang mempengaruhi sikap keluarga dalam memberikan perawatan kepada pasien paska stroke adalah tingkat pengetahuan keluarga dimana sikap yang baik akan mempengaruhi perilaku keluarga dengan nilai $p=0,004(p <)$.

Sejalan dengan teori-teori diatas peneliti berasumsi bahwa pendidikan kesehatan dalam bentuk simulasi atau demonstrasi mampu merubah perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk mempengaruhi keluarga sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pemberi pendidikan. Dalam pendidikan kesehatan keluarga dibekali dengan pengetahuan, diajarkan dalam bentuk simulasi atau demonstrasi bagaimana memberikan latihan *range of motion* pasif yang benar pada pasien paska stroke yang dibantu oleh media pamflet yang disertakan dalam penelitian, yang mana hasil akhir dari pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, meningkatkan motivasi dan merubah perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif, dari perilaku kurang baik menjadi baik, dari tidak tahu bagaimana perawatan pasien paska stroke menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatan menjadi mampu.

Dari hasil penelitian juga masih didapatkan 4(26,67%) responden yang tidak mengalami perubahan perilaku, dimana 3 responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan berperilaku baik dan setelah diberikan pendidikan kesehatan berperilaku baik pula sedangkan 1 responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan berperilaku kurang baik dan setelah diberikan pendidikan kesehatan berperilaku kurang baik pula.

Sesuai dengan teori Notoatmodjo (2003) dalam Murwani (2014) menyatakan meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku

tersebut antara lain determinan faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat bawaan, misalnya tingkat kecerdasan, tingkat emosional. Sedangkan determinan faktor eksternal, yakni tingkat pendidikan, lingkungan, baik lingkungan fisik, social, budaya, dan sebagainya.

Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2013) mengatakan faktor lain yang menyebabkan pengetahuan dan perilaku dalam mencegah stroke dalam kategori kurang adalah kurang adanya upaya dari petugas kesehatan dalam pembentukan perilaku untuk mencegah terjadinya stroke. Safitri, dkk (2012) menyatakan sikap terhadap pencegahan stoke berulang menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien sudah memiliki sikap yang mendukung tapi justru memiliki pengetahuan yang kurang.

Sejalan dengan teori diatas peneliti berasumsi bahwa hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yang ditemukan peneliti selama penelitian. Dari hasil wawancara pada 1 responden yang tidak mengalami perubahan perilaku didapatkan bahwa pengetahuan tentang latihan *range of motion* sangat minim. Pada hasil karakteristik tingkat pendidikan, responden tersebut berpendidikan SMA atau Sekolah Menengah Atas dimana kurang terpapar informasi tentang latihan *range of motion* pasif dan jarang melakukan latihan *range of motion* pasif di rumah.

Pemberian pendidikan kesehatan tidak selamanya berpengaruh terhadap pengetahuan dan perilaku keluarga, tetapi ada faktor lain yang mempengaruhi pengetahuan, perilaku keluarga tersebut diantaranya daya tangkap, daya ingat, kemampuan inteligensi dari responden yang berbeda dengan responden lain serta suasana saat penelitian yang kurang tepat serta kondisi psikologis dari keluarga yang membuat keluarga sulit untuk berkonsentrasi saat dilakukan pendidikan kesehatan dan sulit untuk mengingat apa yang telah didemonstrasikan oleh peneliti sebelumnya.

Cara memahami suatu objek pembelajaran setiap orangpun berbeda, ada yang dengan menghafal tulisan atau kutipan isi buku, mengamati gambar atau demonstrasi, dan mendengarkan ceramah. Menurut peneliti salah satu upaya agar pesan-pesan pendidikan dapat dipahami oleh responden dan dapat memberikan manfaat dan dampak perubahan perilakunya adalah dengan memilih metode belajar mengajar yang tepat, misalnya ceramah disertai pamflet, diskusi kelompok dan demonstrasi.

C. Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menyadari banyak sekali keterbatasan yang peneliti alami pada waktu penelitian. Pertama adalah keterbatasan sampel, peneliti menyadari jumlah sampel masih terlalu sedikit sehingga kurang representative sehingga kedepan mengharapkan penelitian lain untuk melakukan penelitian dengan sampel yang lebih banyak. Kedua tempat penelitian, peneliti menyadari di rumah sakit kurang tepat dilakukan penelitian ini bila dilihat dari situasinya, karena di rumah sakit yang memiliki begitu banyak tindakan keperawatan dan kedokteran yang mengganggu proses berjalannya demonstrasi latihan *range of motion* pasif dan diharapkan kedepannya penelitian dilakukan di tatanan komunitas.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 15 responden keluarga pasien stroke di rumah sakit stella maris Makassar pada tanggal 26 februari sampai 24 maret 2016, dapat disimpulkan bahwa:

1. Perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar kurang baik dengan presentasi 80%.
2. Perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif setelah diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar baik dengan presentasi 93,33%.
3. Ada pengaruh yang bermakna (signifikan) antara pendidikan kesehatan latihan *range of motion* pasif terhadap perilaku keluarga dalam pemberian latihan *range of motion* pasif, hal ini dibuktikan dari uji statistic menggunakan uji *WilCoxon* dengan tingkat kemaknaan 5% menunjukkan nilai $p=0,001$ ($p < .$).

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian tersebut diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi instansi Stik Stella Maris Makassar

Diharapkan Instansi meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mahasiswa/mahasiswi tentang perawatan pasien paska stroke dengan upaya-upaya pembelajaran selain ceramah yaitu menggunakan metode SCL atau *student learning center* ditingkatkan, metode pembelajaran simulasi atau demonstrasi ditingkatkan dalam proses perkuliahan agar mempersiapkan mereka dalam memberikan

pendidikan kesehatan pada keluarga pasien tentang perawatan pasien paska stroke.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan jika berminat meneliti dengan penelitian serupa diharapkan dengan sampel yang lebih banyak dan waktu penelitian lebih lama dan metode yang berbeda serta diharapkan meneliti hal yang berhubungan dengan pendidikan kesehatan tentang perawatan pasien paska stroke selain latihan *range of motion* yaitu pencegahan dekubitus, *personal hygiene*, pengaturan posisi tidur, dan pencegahan resiko jatuh/cedera.

3. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan Rumah Sakit memprogramkan pendidikan kesehatan pada keluarga pasien paska stroke sebagai care giver utama pasien agar mempersiapkan mereka dalam memberikan perawatan pada pasien paska stroke di rumah.

4. Bagi perawat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan dukungan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan metode demonstrasi disertai pamflet kepada keluarga tentang latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke.

5. Bagi keluarga pasien

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan dukungan kepada keluarga pasien agar selalu memberikan latihan *range of motion* pasif bagi anggota keluarganya yang menderita stroke dengan benar sesuai yang telah didemonstrasikan peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Abadi, H., & Wantonoro (2014). *Pengaruh Pemberian Health Education Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Penatalaksanaan Pasca Stroke*. <http://opac.say.ac.id>. Di akses tanggal 16 november 2015
- Andarwati, N. A. (2013). *Pengaruh Latihan ROM Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Hemiparese Post Stroke Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. <http://eprints.ums.ac.id>. Di akses tanggal 18 desember 2015
- Arum, S. P., (2015). *Stroke Kenali Cegah Dan Obati*. Cetakan 1. Yogyakarta : Notebook
- Dahlan, S. M. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi 6. Jakarta : Epidemiologi Indonesia
- Darusalam, M. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Dan Hopelessness Pada Pasien Stroke Di Blitar*. lib.ui.ac.id. Di akses tanggal 19 desember 2015
- Depkes. (2013). *Hasil Riskesdas 2013*. <http://www.depkes.go.id>. Di akses tanggal 16 november 2015
- Fatkurrohman, M. (2011). *Pengaruh Latihan Motor Imagery Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparesis Di Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi*. lib.ui.ac.id. Di akses tanggal 19 desember 2015
- Festy, P. (2010). *Peran Keluarga Dalam Pelaksanaan Rehabilitasi Medik Pada Pasien Stroke*. <http://journal.um-surabaya.ac.id>. Di akses tanggal 18 desember 2015
- Friedman, et all., (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Edisi V. Jakarta : EGC
- Hernanta, I., (2013). *Ilmu Kedokteran Lengkap Tentang Neurosains*. Cetakan I. Yogyakarta : D-MEDIKA
- Irfan, M., (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha ilmu

- Liyawati, D. I. (2015). *Pemberian ROM Aktif-Asitif : Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Asuhan Keperawatan Tn. W Dengan Stroke Di Ruang Anyelir RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri.* <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id>. Di akses tanggal 17 november 2015
- Maimurahman, H., & Fitria, C. N. (2012). *Keefektifan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke.* <http://download.portalgaruda.org/article>. Di akses tanggal 16 november 2015
- Maratis, J. (2015). *Pelatihan Visual Cue Training Tidak Berbeda Dalam Meningkatkan Keseimbangan Berdiri Dan Fungsional Berjalan Daripada Pelatihan Rhythmic Auditory Stimulation Pada Pasien Pasca Stroke.* <http://www.pps.unud.ac.id>. Di akses tanggal 19 desember 2015
- Mulyatsih, E. Dan Ahmad, A., (2015). *Petunjuk Perawatan Pasien Stroke Di Rumah.* Edisi I, cetakan II. Jakarta : FKUI
- Murwani, A., (2014). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan.* Cetakan I. Yogyakarta : Fitramaya
- Pabutungan, C. (2013). *Pengaruh penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah dan focus group discussion (FGD) terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang perawatan Stroke di RSUD Samboja Kutai Kartanegara.* <repository.unhas.ac.id>. diakses tgl 5 april 2016
- Safitri, F. N., Agustina, H.R., & Amrullah, A. A. (2012). *Resiko stroke berulang dan hubungannya dengan pengetahuan dan sikap keluarga.* <http://opac.say.ac.id>. Diakses tanggal 26 april 2016
- Sonatha, B. (2012). *Hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga dalam pemberian perawatan pasien pasca stroke.* <lib.ui.ac.id>. diakses tanggal 6 april 2016
- Sunaryo, Ulfiana, E., & Yasmara, D. (2014). *Pendidikan Kesehatan Tentang ROM Meningkatkan Motivasi Keluarga Dalam Melakukan Range Of Motion Pada Pasien Stroke Infark Di Irna Seruni A Rsud Dr. Soetomo Surabaya.* <http://journal.unair.ac.id>. Di akses tanggal 16 november 2015

- Susilo, R., (2011). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Cetakan I. Jakarta : Tuha Medika
- Wahyu, A. K. (2012). *Hubungan antara peran perawat sebagai pendidik dengan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien stroke di Ruang Kenanga Rumah Sakit Militer Kota Malang*. ws.ub.ac.id. diakses tanggal 5 april 2016
- Wahyuni, F. D., Maharani, & Vivi, O. (2013). *Satuan Acara Penyuluhan (SAP) Mobilisasi Dan Pencegahan Stroke Berulang Di Ruangan Syaraf Rsup Dr. M Djamil Padang*. <https://olhachayo.files.wordpress.com>. Di akses tanggal 4 januari 2016
- Wahyuningsih, R. (2013). *Pengaruh pendidikan kesehatan tentang stroke terhadap perilaku keluarga mencegah stroke pada penderita hipertensi di kelurahan jarum kecamatan bayat klaten jawa tengah*. <http://opac.say.ac.id>. diakses tanggal 26 april 2016
- Wirawan, R. P. (2011). *Rehabilitasi stroke pada pelayanan kesehatan primer*. indonesia.digitaljournals.org. diakses tanggal 19 desember 2015
- Yunarti, V. (2012). *Hubungan Penerapan Latihan Gerakan Range Of Motion Aktif Dengan Mobilisasi Pasien Pasca Stroke Iskemik Di Rehabilitasi Medik RSPAD Gatot Soebroto Jakarta*. <http://digilib.esaunggul.ac.id>. Di akses tanggal 17 november 2015
- Yuniarsih, W. (2010). *Pengalaman Caregiver Keluarga Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Tahap Paska Akut Di RSUP Fatmawati*. <http://lib.ui.ac.id>. Di akses tanggal 18 desember 2015

JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	2015								2016																					
		November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Pengajuan judul	█	█																												
2	ACC Judul		█																												
3	Menyusun Proposal			█	█	█	█	█	█	█	█																				
4	Ujian Proposal											█	█																		
5	Perbaikan Proposal													█	█																
6	Pelaksanaan penelitian															█	█	█	█												
7	Pengelolaan dan Analisa Penelitian																	█													
8	Menyusun Laporan Hasil Penelitian																			█	█										
9	Ujian Hasil																					█									
10	Perbaikan Skripsi																							█	█						
11	Pengumpulan																											█			

**PEDOMAN OBSERVASI
PERILAKU KELUARGA DALAM PEMBERIAN LATIHAN ROM PASIF
PADA PASIEN STROKE**

Nama (initial) :

Alamat :

Hari/Tgl :

Ruang rawat :

Observasi pre/post :

No	Aspek Yang Diamati	Ya	Tidak
1.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu pada pasien		
2.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan siku		
3.	Keluarga melakukan gerakan memutar pergelangan tangan		
4.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan		
5.	Keluarga melakukan gerakan memutar ibu jari		
6.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan		
7.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha		
8.	Keluarga melakukan gerakan menekuk dan meluruskan lutut		
9.	Keluarga melakukan gerakan latihan pangkal paha		
10	Keluarga melakukan gerakan memutar pergelangan kaki		

SATUAN ACARA PENYULUHAN

1. Topik : Latihan *ROM* pasif pada pasien paska stroke
 2. Tempat : Ruang perawatan Rumah Sakit Stella Maris
Makassar
 3. Hari/Tanggal :
 4. Waktu :
 5. Sasaran : Keluarga pasien yang menderita Stroke
-

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak yang ditandai dengan kematian jaringan otak. Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang. Stroke menjadi salah satu penyakit yang menyebabkan kematian dan kecacatan neurologis. Penyakit ini disebut-sebut sebagai salah satu penyakit yang mematikan dan menyebabkan kecacatan serius. Secara global, stroke menduduki urutan ke-2 sebagai penyakit mematikan selain jantung dan kanker. Pada umumnya, stroke menyerang orang-orang yang berusia di atas 40 tahun, namun tidak bisa dipungkiri penyakit ini dapat juga menyerang semua usia (Arum, 2015).

Angka kematian karena stroke sampai saat ini masih tinggi. Menurut estimasi World Health Organisation pada tahun 2008 ada 6,2 juta kematian karena stroke (WHO, 2012). Data yang dikeluarkan oleh American Stroke Association menyebutkan bahwa setiap 4 menit seorang meninggal karena stroke. Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 setelah penyakit jantung, kanker dan penyakit kronik saluran pernafasan bawah (Minino, et al. 2011 dalam Lyanawati, 2015).

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia sebesar 7 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), Di Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 perseribu penduduk (Riskesdas 2013).

Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar berdasarkan data rekam medis didapatkan prevalensi penyakit stroke tahun 2013 sebesar 1,4% dan pada tahun 2014 sebesar 1,7%. Berdasarkan data tersebut menunjukkan kepada kita bahwa ada peningkatan prevalensi penyakit stroke dari tahun 2013 ke 2014.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat. Manifestasi klinis dari stroke salah satunya adalah hemiplegia dan hemiparese. Keadaan ini membuat penderita stroke terus berbaring di tempat tidur. Penderita stroke dengan hemiplegia dan hemiparese perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih parah. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, penderita membutuhkan terapi dalam memulihkan fisiknya (Abadi & Wantonoro 2014).

Pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal salah satunya dengan melatih persendian dengan melakukan gerakan *range of motion* untuk mempertahankan kekuatan otot. Dengan demikian, pasien akan terhindar dari komplikasi dan immobilisasi. Selain terhindar dari komplikasi ataupun immobilisasi, gerakan *range of motion* sendiri dapat memberikan manfaat untuk menentukan nilai kemampuan sendi, tulang dan otot dalam melakukan pergerakan, memperbaiki tonus otot, memperbaiki toleransi otot kemudian akan meningkatkan mobilitas pasien (Yunarti, 2012).

Range of motion merupakan latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal.

Latihan *range of motion* tidak bisa dilakukan sendiri oleh pasien dengan hemiplegia dan hemiparese tanpa dukungan dari keluarga pasien itu sendiri. (Maimurahman & Fitria, 2013).

Keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemampuan pasien serta meminimalkan kecacatan atau komplikasi akibat penyakit stroke. Proses pemulihan membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga mengenai masalah yang timbul dan cara keluarga mengatasinya. Keluarga perlu dibekali pengetahuan dalam penatalaksanaan perawatan pasien stroke. Dalam hal ini tenaga kesehatan harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Maka dari itu, peneliti akan memberikan penyuluhan tentang “latihan *range of motion* pasif pada keluarga pasien paska stroke”.

B. Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan tentang latihan *range of motion* pasif diharapkan keluarga pasien dapat memberikan latihan *range of motion* pasif pada pasien stroke.

C. Pokok bahasan

Latihan *range of motion* pasif pada pasien stroke

D. Metode

1. Ceramah
2. Demonstrasi

E. Media dan alat

Media dan alat yang digunakan dalam penyuluhan ini adalah pamflet

F. Materi

Terlampir

G. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Peneliti	Kegiatan Peserta
1	5 menit	Pembukaan: 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan topik penyuluhan 4. Menjelaskan tujuan 5. Membuat kontrak waktu dan meminta kerja sama dengan keluarga	1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Memperhatikan 5. Memperhatikan
2	40 menit	Pelaksanaan: 1. Meminta keluarga untuk mendemonstrasikan latihan <i>range of motion</i> pasif pada pasien stroke 2. Memberi reinforcement positif pada keluarga yang mendemonstrasikan 3. Mendemonstrasikan latihan <i>range of motion</i> pasif pada pasien stroke 4. Memberi kesempatan pada keluarga untuk bertanya 5. Memberikan reinforcement	1. Mendemonstrasikan 2. Mendengarkan 3. Memperhatikan 4. Mengajukan pertanyaan 5. Memperhatikan 6. Mendengarkan dan memperhatikan jawaban pertanyaan

		positif pada keluarga yang bertanya 6. Memberikan jawaban atas pertanyaan dari keluarga	
3	10 menit	Penutup: 1. Mengevaluasi atau menanyakan kembali materi yang telah disampaikan pada keluarga 2. Menyimpulkan kembali materi yang telah disampaikan 3. Memberikan motivasi kepada keluarga agar selalu memberikan latihan <i>range of motion</i> pasif pada anggota keluarganya yang menderita stroke 4. Memberi salam penutup	1. Menjawab pertanyaan 2. Memperhatikan 3. Memperhatikan 4. Menjawab salam

H. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- a. Laporan telah dikoordinasi sesuai rencana
- b. Tempat dan media serta alat sesuai rencana
- c. Sasaran menghadiri penyuluhan

2. Evaluasi Proses

- a. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah direncanakan
- b. Peran dan tugas keluarga pasien sesuai dengan perencanaan
- c. Waktu yang direncanakan sesuai pelaksanaan

d. Sasaran penyuluhan mengikuti kegiatan penyuluhan sampai selesai

e. Sasaran penyuluhan berperan aktif selama kegiatan berjalan

3. Evaluasi Hasil

Keluarga mampu melakukan latihan *range of motion* pasif pada pasien stroke.

I. Penutup

Setelah kegiatan penyuluhan ini dilakukan, diharapkan keluarga pasien stroke dapat memberikan latihan *range of motion* pasif pada pasien paska stroke sehingga dapat membantu dalam pemulihan pasien stroke.

Lampiran IV

Latihan Range Of Motion Pasif

a. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu



Langkah-langkah:

1. Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan pasien.
2. Luruskan siku, naikan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus.

b. Gerakan menekuk dan meluruskan siku



Langkah-langkah:

Pegang lengan pasien dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku

c. Gerakan memutar pergelangan tangan



Langkah-langkah:

1. Pegang lengan bawah pasien dengan satu tangan, satu tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien.
2. Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (tertelungkup)

d. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan



Langkah-langkah:

1. Pegang lengan bawah pasien dengan tangan satu, tangan lainnya memegang pergelangan pasien.
2. Tekuk pergelangan tangan pasien ke atas dan ke bawah.

e. Gerakan memutar ibu jari



Langkah-langkah:
Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.

f. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan



Langkah-langkah:
Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan pasien.

g. Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha



Langkah-langkah:
1. Pegang lutut dengan satu tangan, tangan lainnya memegang tungkai.
2. Naikan dan turunkan kaki dengan lutut tetap lurus.

h. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut



Langkah-langkah:
1. Pegang lutut pasien dengan satu tangan, tangan lainnya memegang tungkai pasien.
2. Lakukan gerakan menekuk dan meluruskan lutut.

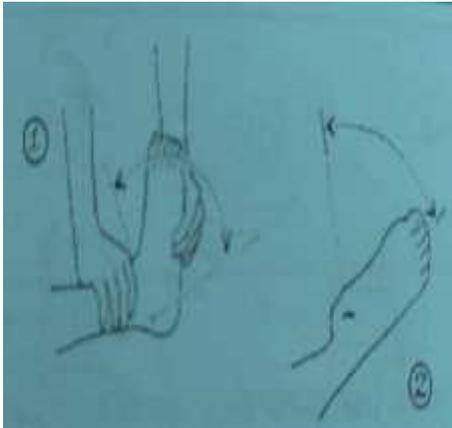
i. Gerakan latihan pangkal paha



Langkah-langkah:

Gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan atau kaki satunya.

j. Gerakan memutar pergelangan kaki



Langkah-langkah:

Pegang tungkai pasien dengan tangan satu, tangan lainnya memutar pergelangan kaki.

Referensi :

Mulyatsih, E. Dan Ahmad, A.,
(2015). *Petunjuk Perawatan Pasien Stroke Di Rumah*. Edisi I, cetakan II. Jakarta : FKUI

THANK YOU



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : ~~72~~/STIK-SM/S-142/11/2016.

Perihal : Izin Penelitian.

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di –
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

1. Nama : Yosep Caring
NIM : C1214201053

Judul Penelitian : “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan Range of Motion Pasif Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberian Latihan Range of Motion Pasif Pada Pasien Stroke RS Stella Maris Makassar”

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Makassar, 10 Februari, 2016
Wakil Ketua I Bidang Akademik
STIK Stella Maris,

Anita Sampe
Sr. Anita Sampe, MJ, SKep.Ns, MAN
NIDN: 0917107402



Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

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

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : 617A.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

N a m a : Yosep Caring
Tempat / Tanggal Lahir : Manggarai, 19 Maret 1993
N I M : C. 12 14201 053
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di ruang perawatan Sta. Bernadeth I, Sta. Bernadeth II, Sta. Bernadeth IIIA, Sta. Bernadeth IIIB, ICU / ICCU dan Sto. Yoseph RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 26 Februari 2016 sampai dengan 24 Maret 2016 dengan judul :

“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan ROM Pasif Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberian Latihan ROM Pasif Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 3 Maret 2016

Hormat kami,
Direktur,

dr. Thomas Sohartha, M. Kes

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu calon responden

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Nama : Yosep Caring (C1214201053)

Alamat : Jln. Hati Mulia

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan *Range Of Motion* Pasif Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberian Latihan *Range Of Motion* Pasif Pada Pasien Stroke”.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan pengaruh negative pada bapak/ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika bapak/ibu tidak bersedia menjadi responden maka bapak/ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila bapak ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya sertakan pada surat ini.

Atas perhatian dan kesediaan bapak/ibu sebagai responden saya ucapkan banyak terima kasih.

Makassar, ...Februari 2016

Peneliti

Yosep Caring

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut serta sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Yosep Caring, mahasiswa keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Latihan *Range Of Motion* Pasif Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Pemberian Latihan *Range Of Motion* Pasif Pada Pasien Stroke”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negative bagi saya dan keluarga saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa paksaan dari pihak siapapun.

Makassar, ...februari 2016

Responden

(.....)

Lampiran VIII

Frekuensi Tabel

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki-laki	5	33.3	33.3	33.3
Valid perempuan	10	66.7	66.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
24-30	3	20.0	20.0	20.0
31-36	3	20.0	20.0	40.0
Valid 37-42	3	20.0	20.0	60.0
43-48	4	26.7	26.7	86.7
>48	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	2	13.3	13.3	13.3
SMP	1	6.7	6.7	20.0
Valid SMA	8	53.3	53.3	73.3
PT	4	26.7	26.7	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Lampiran VIII

Statistics

		Perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan	Perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan
N	Valid	15	15
	Missing	0	0

Perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	12	80.0	80.0	80.0
	baik	3	20.0	20.0	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang baik	1	6.7	6.7	6.7
	baik	14	93.3	93.3	100.0
	Total	15	100.0	100.0	

Lampiran VIII

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan - perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	4 ^c		
	Total	15		

- a. perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan < perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan
- b. perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan > perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan
- c. perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan = perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan

Test Statistics^a

	perilaku keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan - perilaku keluarga sebelum diberikan pendidikan kesehatan
Z	-3.317 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

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