



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN JARAK RUMAH
DENGAN KECEPATAN KELUARGA MEMBAWA PASIEN
STROKE KE RSI BANJARNEGARA**

Skripsi

Disusun oleh :

NENENG SUSMAS NETTY

30902200281

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2023**

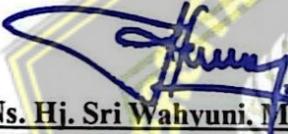
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa Skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan Oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

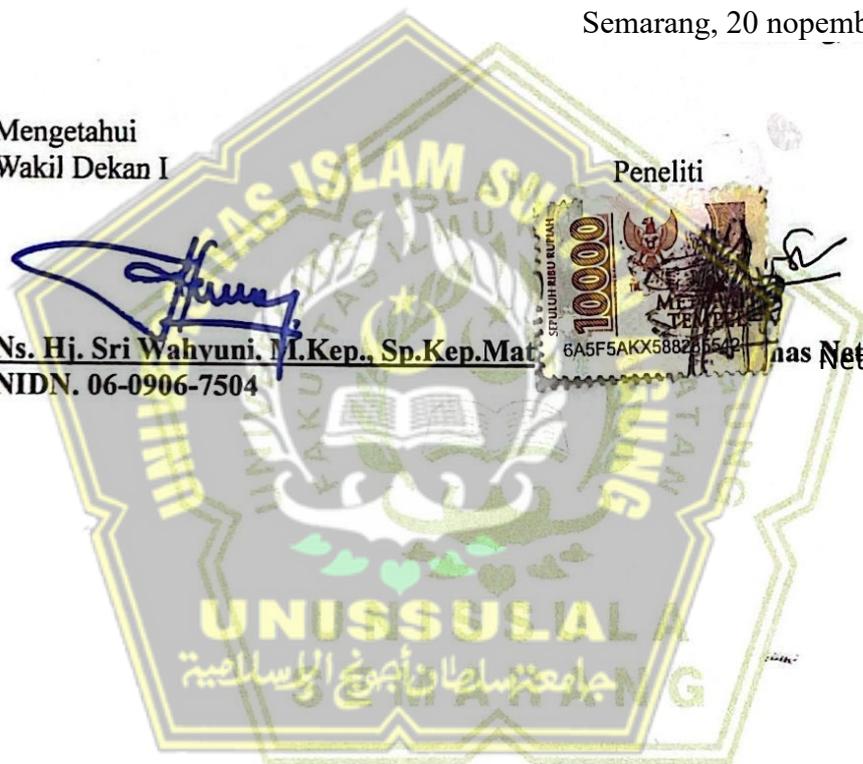
Semarang, 20 nopember 2023

Mengetahui
Wakil Dekan I

Peneliti


Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
NIDN. 06-0906-7504


Netty
6A5F5AKX588236542





**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN JARAK RUMAH
DENGAN KECEPATAN KELUARGA MEMBAWA PASIEN
STROKE KE RSI BANJARNEGARA**

Skripsi

Disusun oleh :

NENENG SUSMAS NETTY

30902200281

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2023

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN JARAK RUMAH DENGAN KECEPATAN KELUARGA MEMBAWA PASIEN STROKE KE RSI BANJARNEGARA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Neneng Susmas Netty

NIM : 30902200281

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing I

Tanggal : 20 Nopember 2023



Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp.Kep.M.B

NIDN : 06 0203 7603

Pembimbing II

Tanggal : 20 Nopember 2023



Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 06 1509 8802

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN JARAK RUMAH DENGAN KECEPATAN KELUARGA MEMBAWA PASIEN STROKE KE RSI BANJARNEGARA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Neneng Susmas Netty

NIM : 30902200281

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Nopember 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep.

NIDN.06 2005 7604

Penguji II,

Dr. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB

NIDN. 06 0203 7603

Penguji III,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 06 1509 8802

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 0622087404

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Oktober 2023**

ABSTRAK

Neneng Susmas Netty

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN JARAK RUMAH DENGAN
KECEPATAN KELUARGA MEMBAWA PASIEN STROKE KE RSI
BANJARNEGARA**

73 halaman + 5 tabel + 2 gambar + 8 lampiran + xiii

Stroke suatu istilah menggambarkan perubahan neurologis karena adanya gangguan suplai darah ke bagian otak yang menyebabkan menuruhnya bahkan hilangnya fungsi otak yang lain. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara. Peneliti menggunakan penelitian kuantitatif korelasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 35 responden keluarga pasien yang terkena stroke di rawat inap Rumah Sakit Islam Banjarnegara, dengan *accidental sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Peneliti sudah melakukan pengambilan data dimana responden 35 keluarga menunjukkan mayoritas responden dukungan keluarga baik sebanyak 24 responden (68,6%), sedangkan untuk jarak rumah > 5km sebanyak 19 responden (54,3%) dan kecepatan keluarga cepat sebanyak 20 responden (57,1%). Setelah dilakukan uji *Chi Square*, dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga didapatkan nilai p value = 0,003 ($p < 0,05$). Sedangkan untuk Jarak Rumah dengan Kecepatan Keluarga didapatkan hasil nilai $p = 0,007$ ($p < 0,05$). Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga dan terdapat hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara. Hasil penelitian untuk dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya terkait jarak rumah, dukungan keluarga, kecepatan keluarga.

Kata Kunci : Stroke, Jarak Rumah, Dukungan Keluarga, Kecepatan Keluarga

Daftar Pustaka : 51 (2010 -2022)

**NURSING STUDIES PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCES
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
Thesis, October 2023**

ABSTRACT

Neneng Susmas Netty

**THE RELATIONSHIP BETWEEN THE EVENT OF PRE-ECLAMPSIA AND
BREAST MILK PRODUCTION IN THE AL-ZAITUN ROOM AT RSI
BANJARNEGARA**

73 pages + 5 tables + 2 figures + 8 appendices + xiii

Stroke is a term that describes neurological changes due to disruption of the blood supply to parts of the brain which causes a decline or even loss of other bodily functions. To determine the relationship between family support and distance from home with the speed at which families bring stroke patients to RSI Banjarnegara. Researchers used quantitative correlational research using a cross sectional approach. The sample in this study was 35 respondents from families of patients who had strokes in the Banjarnegara Islamic Hospital, using the Accidental Sampling technique. The research instrument used a questionnaire. Researchers have collected data where 35 family respondents showed that the majority of respondents had good family support as many as 24 respondents (68.6%), while for home distance > 5km there were 19 respondents (54.3%) and fast family speed as many as 20 respondents (57.3%) 1%). After carrying out the Chi Square test, family support and family speed obtained a p value = 0.003 ($p < 0.05$). Meanwhile, for Distance from Home to Family Speed, the result was $p = 0.007$ ($p < 0.05$). There is a relationship between family support and family speed and there is a relationship between distance from home and family speed in bringing stroke patients to RSI Banjarnegara. The results of the research can be used as a reference for further research regarding distance from home, family support, family speed.

Keywords: Stroke, Distance from Home, Family Support, Family Speed

Bibliography: 51 (2010 -2022)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena atas limpahan rahmat, karunia dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Jarak Rumah dengan Kecepatan Keluarga Membawa Pasien Stroke ke RSI Banjarnegara”. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang di rencanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum., Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Dr. Iwan Ardian, SKM.,M.Kep., Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam sultan Agung Semarang.
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB. Selaku Kaprodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB Selaku dosen pembimbing I yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.

5. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep Selaku dosen pembimbing II yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
6. Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep. Selaku dosen penguji yang telah memberikan arahan dan meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing dan selalu menyemangati serta memberi nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
7. Seluruh Dosen pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
8. Orang tua saya, suami dan anak-anak tercinta yang telah banyak berkorban dan selalu memberikan do'a, perhatian, motivasi, semangat dan nasehat.
9. Teman-teman seperjuangan FIK UNISSULA angkatan 2022 prodi S1 Keperawatan yang selalu memberi motivasi dalam penyusunan skripsi.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis tuliskan satu persatu, atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga sangat membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Peneliti berharap skripsi keperawatan ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 20 Nopember 2023
Penulis,

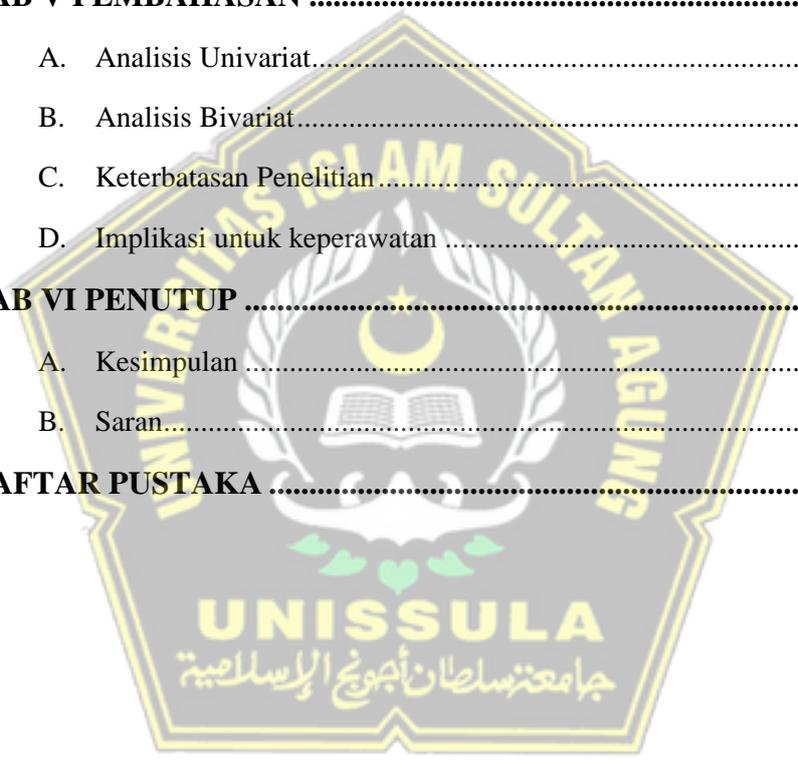
Neneng Susmas Netty

DAFTAR ISI

COVER	1
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISMEError! Bookmark not defined.	
JUDUL PENELITIAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
1. Tujuan Umum.....	8
2. Tujuan Khusus.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
1. Manfaat Teoritis.....	9
2. Manfaat Praktis.....	9
3. Manfaat Metodologis.....	10
BAB II TINJAUAN TEORI	11
A. Stroke.....	11
1. Definisi.....	11

2. Faktor Resiko	11
3. Tanda gejala stroke	13
4. Klasifikasi Stroke.....	14
5. Diagnosis	15
6. Komplikasi.....	17
7. Pencegahan	18
8. Penanganan Stroke <i>Pre Hospital</i>	18
B. Kecepatan Keluarga Membawa ke Rumah Sakit	20
C. Faktor – Faktor yang memengaruhi kecepatan keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit	21
D. Dukungan Keluarga.....	23
E. Kecepatan Keluarga	27
G. Kerangka Teori.....	32
H. Hipotesis Penelitian.....	33
BAB III METODE PENELITIAN	34
A. Kerangka Konsep	34
B. Variabel Penelitian	34
1. Variabel Bebas (<i>Independent Variabel</i>).....	34
2. Variabel Terikat (<i>Dependent Variabel</i>)	35
C. Desain Penelitian.....	35
D. Populasi dan Sampel	35
1. Populasi.....	35
2. Sampel	36
E. Definisi Operasional.....	37
F. Tempat dan Waktu Penelitian	38
G. Metode Pengumpulan Data	38
H. Instrumen atau Alat Pengumpulan Data.....	40
1. Instrumen Penelitian	40
2. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen.....	42
I. Pengolahan Data.....	44

J. Analisa Data	47
1. Analisis Univariat	47
2. Analisis Bivariat	48
K. Etika Penelitian	49
BAB IV HASIL PENELITIAN	52
A. Gambaran tempat penelitian.....	52
B. Hasil Penelitian	52
BAB V PEMBAHASAN	56
A. Analisis Univariat.....	56
B. Analisis Bivariat.....	63
C. Keterbatasan Penelitian	67
D. Implikasi untuk keperawatan	67
BAB VI PENUTUP	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	72



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	32
Gambar 3.1 Skema Konsep	34



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Studi Pendahuluan

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian

Lampiran 3 Surat Jawaban Izin Penelitian

Lampiran 4 Uji Etik (*Ethical Clearance*)

Lampiran 5 Persetujuan menjadi responden

Lampiran 6 Kuesioner

Lampiran 7. Hasil Olah data

Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup



BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan global atau terganggunya fungsi otak dengan timbulnya gejala atau tanpa gejala yang muncul secara tiba-tiba yang berlangsung selama 24 jam atau lebih tanpa tanda penyebab non-vaskular, termasuk tanda perdarahan subaraknoid, perdarahan intraserebral, iskemia atau infark serebral (Mutiarasari, 2019).). Keadaan ini dapat terjadi kapan saja, dan membutuhkan penanganan segera, sehingga dikenal istilah „*time is brain*’ (Pulvers & Watson, 2017). Kendala terbesar dalam masalah ini adalah angka keterlambatan kedatangan pasien di rumah sakit yang masih tinggi (Pulvers & Watson, 2017)

Data epidemiologi menunjukkan bahwa stroke menjadi penyebab kematian nomor 2 di dunia setelah penyakit jantung (*World Health Organization*, 2018). Kasus dalam penanganan pasien ke Rumah Sakit di Rumania 75,6% pasien tiba di rumah sakit dengan ambulans, dan mirip dengan penelitian lain, penggunaan *Emergency Medical Service (EMS)* dikaitkan dengan kemungkinan yang lebih tinggi untuk dirawat dengan trombolisis, karena 16,5% dari mereka yang mencapai rumah sakit dengan ambulans dibandingkan 6,9% dari mereka yang mencapai rumah sakit dengan cara pribadi. Selanjutnya data dari pasien stroke tiba di rumah sakit dengan ambulans yang terjadi di Amerika Serikat adalah 51%. Sedang Jerman 72% dan Inggris 79%. (Terecoasa et al., 2022; Minnerup et al., 2014; Price et al., 2013; Kamel et al., 2012).

Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 ditemukan prevalensi stroke di Indonesia sebesar 10,9 per 1.000 penduduk. Stroke lebih banyak menyerang pada penderita usia lebih dari 75 tahun 50,2 per 1.000 penduduk, pada jenis kelamin laki-laki 11,0 per 1.000 penduduk, penduduk daerah perkotaan 12,6 per 1.000 penduduk, tidak/belum pernah sekolah 21,2 per 1.000 penduduk dan tidak bekerja 21,8 per 1.000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Jumlah penderita stroke di Indonesia terus meningkat. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, dan hasil rekapitulasi data kasus baru PTM di Provinsi Jawa Tengah, kasus penyakit stroke terhitung ada 3,09% dari keseluruhan 2.412.297 kasus.

Kasus paling sering yang terjadi dalam penanganan stroke adalah masalah keterlambatan penanganan pasien ke rumah sakit sejak awal serangan stroke terjadi dirumah. Fenomena yang terjadi saat ini terutama pengalaman aktual di instansi tempat pengabdian peneliti. Karena keterlambatan penderita stroke dibawa oleh keluarga ke layanan kesehatan atau RS masih cukup tinggi. Dari 10 pasien yang peneliti wawancara terdapat 7 diantaranya yang terlambat dalam membawa pasien ke rumah sakit, dengan alasan yang cukup beragam diantaranya adalah karena keluarga kurang paham tentang pentingnya respon yang cepat ataupun karena pasien yang tidak ingin dibawa ke berobat. Penulis akan menjadikan RSI Banjarnegara untuk tempat pengambilan data, fenomena dilapangan didapatkan banyaknya pasien stroke yang mendapatkan penanganan yang kurang cepat di karenakan berbagai faktor dari keluarga atau yang lainnya. Dari fenomena ini peneliti

mendapatkan data dari Instalasi Rekam Medik menunjukkan angka kejadian pasien baru stroke, dari data instalasi rekam medik RSI Banjarnegara kasus stroke memiliki angka kejadian yang cukup tinggi yaitu 333 kasus dari bulan Agustus sampai bulan Desember 2022 di RSI Banjarnegara. Dalam penatalaksanaan stroke, prinsipnya adalah semakin cepat mendapatkan penanganan yang tepat akan semakin baik. Faktor – faktor yang mempengaruhi keterlambatan pasien stroke antara lain jarak rumah dengan fasilitas kesehatan yang jauh, telah merasa sembuh, pendidikan yang kurang, biaya transportasi yang mahal, pengobatan yang lama, kurangnya pengetahuan, tidak tahan terhadap efek samping obat, dan perasaan tidak puas terhadap pelayanan kesehatan yang ada (Kharisma, 2010).

Hasil Penelitian yang dilakukan di Riyadh, Arab Saudi menyatakan bahwa bulan November 2012 sampai bulan April 2013, didapatkan bahwa letak tempat tinggal merupakan salah satu faktor yang bermakna dalam keterlambatan dan kedatangan pasien stroke ke Departemen Kegawatdaruratan Rumah Sakit. Pasien yang tinggal di luar kota Riyadh cenderung terlambat datang ke rumah sakit dan pasien datang sendirian atau tidak mempunyai pendamping saat onset stroke terjadi dan cenderung terlambat untuk datang ke rumah sakit. Penelitian tersebut menyatakan bahwa pasien yang datang menggunakan ambulans untuk transportasi ke rumah sakit, berhubungan dengan kedatangan pasien yang lebih awal untuk mendapatkan terapi (Barahama, DV; Tangkudung, G; Kembuan, 2019).

Stroke termasuk salah satu penyakit dengan resiko gangguan kesehatan

yang tinggi, efeknya adalah adanya kerusakan pada sistem saraf pusat yang terjadi pada tahap awal stroke, seringkali menunjukkan kerusakan otak, kinerja dan emosi (Mutiarasari, 2019). Dampak terbesar stroke adalah kematian dan kecacatan (Grube et al. 2013). Perubahan neurologis dapat terjadi secara tiba-tiba, sehingga harus ditangani dengan cepat dan efektif (Black and Hawks, 2014). Stroke yang tidak ditangani lebih awal atau terlambat dalam penanganan dapat menyebabkan kelumpuhan parah dan gangguan kognitif (Widi, 2013). Kemajuan pengobatan stroke dapat dipengaruhi oleh kecepatan, ketepatan dan ketepatan penanganan awal pasien stroke (Sari et al., 2019). Penanganan prehospital sangat penting dalam menunjang tatalaksana perawatan yang optimal dan meminimalkan kerusakan neurologis atau komplikasi yang lain. Peran keluarga dan pelayanan kesehatan untuk melakukan penanganan prehospital menjadi kunci dalam meningkatkan akses tepat waktu ke perawatan darurat untuk mendapatkan pelayanan yang optimal (Terecoasa, et al., 2022)

Keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit didefinisikan sebagai perpanjangan waktu datang ke rumah sakit sejak onset gejala hingga sampai di Instalasi Gawat Darurat (rawat inap) dari waktu yang seharusnya dapat dicapai, yaitu kurang dari 4,5 jam, karena waktu tersebut merupakan determinan penting dalam manajemen stroke selama fase akut (Jin et al., 2012; Kim et al., 2016;). Dalam penatalaksanaan stroke, terdapat istilah “*golden period*” atau periode emas. Banyak penelitian menunjukkan bahwa mengobati stroke iskemik dalam waktu 3-5 jam setelah serangan memberikan hasil yang baik, dan

efektivitas intervensi/penanganan stroke akan menurun seiring dengan semakin lamanya pengobatan (Ike et al. 2018).

Menurut Pinzon (2010), banyak faktor yang mempengaruhi keterlambatan pasien stroke adalah pengetahuan, tingkat pendidikan, pemahaman, perjalanan, jarak, dan ekonomi. Masih banyak anggota keluarga yang belum mengetahui tanda dan gejala yang terjadi karena penyakit stroke salah satu masalah utamanya adalah dalam perawatan pasca stroke. Masalah umum lainnya di masyarakat adalah jarak yang juga dapat mempengaruhi waktu perawatan pasien stroke akut (Saudin, D. Agoes, A. Setyorini 2016). Dari faktor yang mempengaruhi respon time diatas, peneliti lebih tertarik memilih dukungan keluarga.

Dukungan keluarga menjadi penyebab pertama keterlambatan sebanyak 62,3% karena kurangnya dukungan keluarga seperti kurangnya pengetahuan keluarga tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke sehingga menyepelkan tanda-tanda dini stroke, keluarga dan penderita berharap gejala dan tanda akan menghilang 2,7% (Fassbender, Balucani, Walter, Levine, & Haass, 2013). Penanganan yang tepat di awal kejadian stroke akan menurunkan angka kecacatan 30%. Keberhasilan penanganan kondisi pre- rumah sakit pada keluarga pasien dengan stroke sangat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dalam mendeteksi serangan stroke, keluarga mampu mengidentifikasi faktor risiko terjadinya stroke, lokasi kejadian yang jauh dari pelayanan kesehatan, pendampingan teman hidup sebagai sistem support, riwayat stroke sebelumnya,

penyakit penyerta stroke yang berhubungan dengan tingkat keparahan stroke, dan faktor ekonomi dalam pembiayaan perawatan. (Wirawan et al. 2011).

Dukungan keluarga dapat mengurangi efek negatif stroke. Dukungan keluarga untuk mendeteksi serangan stroke dan segera membawa pasien ke pelayanan kesehatan penting untuk mendapat pengobatan tepat waktu agar tidak terjadi kecacatan permanen dan tidak terjadi stroke berat yang berujung pada komplikasi stroke (Wirawan et al., 2013).). Keluarga yang merupakan bagian dari masyarakat berperan sangat penting dalam membentuk budaya dan perilaku yang baik (Sari, 2019). Efek negative stroke dapat dihindari, terutama berkat kerja dan dukungan keluarga serta manajemen tim medis yang baik (Junaidi, 2011).

Dukungan keluarga dapat membantu pasien dalam menentukan kesembuhan pasien, sesuai dengan penelitian Laudiana tahun 2020 bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas banjarsari metro, dengan memberikan dukungan dari keluarga maka pasien akan menjadi lebih nyaman dengan kondisi pasien dan dukungan keluarga secara maksimal akan membuat kualitas hidup pasien meningkat. Penelitian Anis Trisnawati tahun 2022 tentang Tingkat Pengetahuan dan Jarak Rumah dengan Kecepatan Keluarga Membawa Penderita Stroke Ke RSI Sultan Agung Semarang dengan hasil Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke yang anggota keluarganya di bawa ke RSI Sultan Agung Semarang termasuk dalam kategori baik, sedang, dan kurang. Dan mayoritas responden mempunyai pengetahuan baik sebanyak 55,4%. Untuk

jenis kelamin responden, mayoritas berjenis kelamin wanita sebanyak 57,7%. Untuk tingkat pendidikan, mayoritas responden berpendidikan PT atau Akademik sebanyak 53,8%. Kemudian untuk jarak rumah dengan rumah sakit mayoritas berjarak 1-10 km, sejumlah 76,9%.

Penelitian mengenai keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit di Indonesia juga masih sedikit (Barahama et al., 2019; Prasetyo, 2018; Rachmawati, 2016; Rachmawati et al., 2017). Masyarakat masih memiliki kecenderungan dalam menunda pengobatan ke Rumah Sakit akibat dari kesadaran terhadap kegawatdaruratan stroke yang masih rendah, bahkan pada populasi dengan pengetahuan yang baik terhadap faktor resiko dan peringatan gejala stroke (Muengtaweepongsa, Hungkok, & Harnirattisai, 2014). Berdasarkan hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk meneliti permasalahan tentang Hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara.

B. RUMUSAN MASALAH

Banyaknya kasus penderita stroke terlambat sampai di rumah sakit atau *respon time* tidak tercapai menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat. Oleh karena itu dibutuhkan peran dan kerja sama dari berbagai pihak baik dari tenaga kesehatan maupun dari keluarga pasien. Ada berbagai faktor yang mempengaruhi kecepatan keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit salah satunya adalah dukungan dan jarak rumah ke Rumah Sakit. Untuk itu dilakukan penelitian ini untuk mengetahui “Apakah ada Hubungan dukungan

keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara?”

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan responden
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
- c. Mengidentifikasi jarak rumah dalam membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
- d. Mengidentifikasi kecepatan dalam membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
- e. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
- f. Menganalisis hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran dan menambah ilmu tentang Hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada responden tentang penanganan stroke ke rumah sakit. Keluarga responden juga dapat mengetahui pentingnya dukungan keluarga dan jarak rumah dalam upaya membawa pasien stroke sedini mungkin ke rumah sakit.

b. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah pengetahuan sebagai pengalaman dalam merealisasikan teori yang telah di dapatkan di bangku kuliah, khususnya mengenai hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke Rumah Sakit.

c. Bagi Ilmu Pengetahuan

Di harapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan sebagai penunjang referensi tentang hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke Rumah Sakit.

3. Manfaat Metodologis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dan bahan masukan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian dengan menggunakan variabel yang berbeda.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stroke

1. Definisi

Stroke adalah suatu kumpulan gejala atau sindrom yang ditandai dengan gejala dan atau tanda klinis yang berkembang dengan cepat yang berupa gangguan fungsional otak focal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (kecuali ada ada intervensi bedah atau membawa kematian), yang tidak disebabkan oleh sebab lain selain penyebab vasculer yang menyebabkan aliran darah ke otak terganggu, menyebabkan masalah sistem saraf pusat yang serius, termasuk infark serebral, perdarahan intraserebral dan subarachnoid, seperti ditunjukkan oleh pencitraan (CT atau MRI) atau melalui test yang menunjukkan infark atau perdarahan berdasarkan gejala yang menyebabkan kecacatan dan kematian (*WHO*, 2012; Sacco et al, 2013; Hankey GJ, 2017).

Stroke merupakan suatu sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Biasanya tidak ada gejala awal atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak. Menurut (Wicaksana et al., 2017).

2. Faktor Resiko

Faktor resiko merupakan kelainan atau penyakit yang membuat seseorang lebih rentan terjadinya stroke. Stroke bisa dicegah atau setidaknya dengan

mengurangi kemungkinan yang terjadi. Menurut (Okraini, 2018) ada beberapa faktor risiko stroke antara lain :

a. Tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia : semakin bertambah usia, risiko stroke akan tinggi yang berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- 2) Jenis Kelamin : pada laki – laki memiliki kecenderungan lebih tinggi terkena stroke.
- 3) Ras dan keturunan : hal ini banyak dijumpai pada kulit putih yang banyak mengalami stroke.

b. Dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi atau tekanan darah tinggi : penyebab aterosklerosis pada pembuluh darah cerebral.
- 2) Penyakit Jantung : pada fibrilasi atrium misalnya, menyebabkan penurunan cardiac output sehingga terjadi gangguan perfusi cerebral atau manifestasi aterosklerosis secara klinis (gangguan pembuluh darah coroner atau gangguan pembuluh darah carotis)
- 3) Diabetes melitus : terjadi gangguan vascular, ada yang menghambat aliran darah ke otak.
- 4) Polisitemia : kadar HB yang tinggi, akan meningkatkan viscositas / kekentalan darah, sehingga aliran darah ke otak lambat.
- 5) Merokok : dapat menimbulkan plaque pada pembuluh darah yang mengakibatkan aterosklerosis.

- 6) Riwayat pemakaian alkohol yang mengakibatkan hipertensi dan penurunan aliran darah ke otak.
- 7) Pernah riwayat stroke
- 8) Dislipidemia (kandungan lemak yang tinggi dalam pembuluh darah)
- 9) Hematokrit yang tinggi, kadar asam urat yang tinggi. Fibrinogen yang tinggi
- 10) Kurangnya olahraga
- 11) Obesitas : yang berhubungan dengan hipertensi dan gangguan toleransi glukosa.

3. Tanda gejala stroke

Adapun tanda dan gejala klinis yang mengarah pada diagnosis stroke yang harus kita kenali antara lain : kelemahan maupun kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau yang disebut hemiparesis, rasa baal atau kesemutan pada salah satu sisi tubuh yang tidak jelas saat berbicara/ cadel/pelo yang disebut disartria, sama sekali tidak dapat berkomunikasi (afasia), buta mendadak, pengelihatan dobel atau ganda (diplopia), pusing berputar atau vertigo, kejang (convulsi) atau sampai dengan penurunan kesadaran yang semua terjadi secara tiba – tiba atau mendadak. Untuk mempermudah indentifikasi menggunakan istilah *FAST (Facial Movement, Arm Movement, Speech, Time is Critical)*. FAST merupakan metode deteksi dini pada pasien stroke yang bisa dilakukan secara cepat (*AHA/ASA Guideline, 2017*).

4. Klasifikasi Stroke

Penggolongan stroke untuk kepentingan praktis. Tapi stroke itu sendiri digolongkan menjadi 2 yaitu :

a. Stroke Iskemik/Infark

Iskemik dibagi menjadi 4 yaitu :

- 1) TIA (*Transient Ischemic Attack*) merupakan gangguan akut dari fungsi focal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam dan disebabkan oleh thrombus atau emboli.
- 2) RIND (*Reversible Ischemic Neurological Deficit*) merupakan gangguan akut seperti TIA dan gejala neurologis akan hilang tapi waktu berlangsungnya lebih lama antar lain lebih dari 24 jam bahkan sampai 21 hari. Biasanya RIND membaik dalam kurun waktu 24-48 jam.
- 3) *Stroke in Evolution (Progressing Stroke)* yaitu pada kondisi ini gejala atau tanda neurologis terus memburuk setelah 48 jam.
- 4) *Complete Stroke Non-Hemorrhagic* yaitu bahwa kelainan neurologis yang ada sifatnya sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

b. *Stroke hemorrhagic*

- 1) Perdarahan intraserebral adalah perdarahan pada jaringan otak, terutama yang disebabkan hipertensi, pecahnya pembuluh darah masuk ke dalam jaringan otak yang

membentuk massa penekanan jaringan pada otak sehingga terjadi pembengkakan otak (oedema cerebri)

- 2) Perdarahan Subarachnoid adalah pecahnya pembuluh darah karena aneurisma atau kelainan yang terjadi pada pembuluh darah disebut AVM (*Arerio-Venous Malformation*). Pecahnya pembuluh darah yang masuk pada ruang – ruang dibawah pembungkus otak (*subarachoid*) sehingga terjadi tekanan kedalam otak meningkat dan timbul nyeri kepala hebat.

5. Diagnosis

Penegakan diagnosis untuk pasien stroke seharusnya dilakukan secara cepat dan agar kerusakan neurologis yang terjadi tidak semakin berat (Suwaryo et al., 2019).

- a. Anamnesis : akan ditentukan kelumpuhan anggota gerak sebelah kanan maupun kiri, kelainan bicara/ cadel, atau afasia. Yang terpenting adalah onset (saat kejadian) apakah gejala muncul waktu istirahat, bangun tidur, atau sedang bekerja.
- b. Pemeriksaan fisik : periksa haemodinamik atau tanda – tanda vital pasien, tentukan tingkatan kesadaran baik kualitatif maupun kuantitatif menggunakan *Glascow Coma Scale*. Jika pasien sadar maka tentukan gangguan neurologis yang muncul di pasien disertai pemeriksaan sarag otak dan motoric. Jika kesadaran menurun, nilai GCS dan dilakukan refleks batang otak (korena, refleks okulosephalic, reaksi pupil terhadap cahaya, dll). Untuk pemeriksaan

neurologic dalam penanganan kegawatdaruratan, menggunakan skala atau sisten scoring *National Institutes of Health Scale (NIHSS)*. Selain untuk pemeriksaan derajat deficit neurologis, scoring ini bisa memfasilitasi komunikasi antar pasien dan tenaga medis.

c. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Laboratorium : darah rutin, gula darah, kimia darah, kolesterol, profil lipid, ureum, creatinine, asam urat, elektrolit, fungsi hati, kadar fibrinogen atau pemeriksaan homeostatis.
- 2) Elektrokardiografi : untuk mengetahui kemungkinan mendapatkan serangan infark jantung, atau pada stroke dapat terjadi perubahan elektrokardiografi sebagai akibat dari perdarahan.

d. Radiologi

- 1) CT Scan otak untuk mengetahui stroke infark atau hemorhagik.
- 2) MRI jika dengan gambaran CT Scan brain sulit diidentifikasi, untuk memastikan proses patologis di batang otak.
- 3) Foto Thorax untuk mengidentifikasi adakah kelainan pada jantung
- 4) Carotid Doppler Test untuk memeriksa pembuluh arah yang mensuplai otak
- 5) Transcranial Doppler untuk mengukur blood flow pada arteri otak
- 6) MRA (*Magnetic Resonance Angiogram*)
- 7) Cerebral angiogram adalah X-ray image yang memperlihatkan keabnormalan, termasuk melihat tanda penyempitan pembuluh darah.

6. Komplikasi

Stroke yang berpotensi menimbulkan angka kematian bertambah. Pada pasien sembuh setelah terkena stroke, kemungkinan besar kualitas hidupnya menurun akibat dari beberapa komplikasi muncul antara lain :

- a. Komplikasi yang berkaitan dengan sistem saraf : kejang dan oedema otak (oedema cerebri)
- b. Komplikasi yang berkaitan dengan infeksi : pneumonia akibat dari imobilisasi dan infeksi saluran kemih (ISK) akibat dari pemakaian *dower catheter*.
- c. Komplikasi yang berkaitan masalah anggota gerak : kontraktur disebabkan kurangnya pergerakan di area kelemahan atau kelumpuhan/paresis
 - 1) Komplikasi akibat imobilisasi
 - 2) Adanya luka ulcus decubitus (*pressure ulcer*) akibat dari tekanan dalam jangka panjang pada bagian tubuh tertentu yang diakibatkan berbaring setiap hari.
 - 3) Meningkatkan risiko munculnya *deep vein thrombosis* (DVT) adalah pembentukan darah pada pembuluh darah vena dalam.
- d. Kurangnya nutrisi yang mengakibatkan adanya penurunan kemampuan menelan (*dysphagia*) sehingga pemenuhan kebutuhan nutrisi dengan *Naso Gastric Tube* (NGT) dengan diet cair peroral.

- e. Dampak pskososial yang mengakibatkan penderita stroke dapat mengalami disabilitas dalam sekejap, yang menimbulkan depresi pada penderita stroke.

7. Pencegahan

Stroke memang mengakibatkan pada kecatatan, bahkan menyebabkan kematian. Tetapi bukan berarti tidak dapat dicegah, menurut beberapa penelitian, pada kasus stroke 85% kemungkinan stroke dapat dicegah. Maka perlu melakukan pencegahan dan mengenali beberapa faktor risiko yang sudah dibahas diatas. Menurut Anila et al., 2018 pencegahan stroke selain dari mengendalikan faktor risiko, juga dapat menjaga kebiasaan hidup sehat yang biasa disebut dengan paradigma hidup sehat yang berisi anjuran : berhenti merokok, hentikan kebiasaan meminum alkohol, periksa kadar kolesterol, periksa dan kontrol diabetes, olah raga secara teratur. Kontrol konsumsi garam dan hindari depresi dan stress yang terakhir hindari obesitas.

8. Penanganan Stroke *Pre Hospital*

Manajemen pra -rumah sakit membutuhkan reaksi yang cepat dan tepat dalam pengobatan stroke. Kewaspadaan stroke dengan tanda tanda penggantian dan gejala stroke sangat diperlukan karena hampir 95% pasien dengan stroke mulai di rumah atau di luar rumah sakit. Hal ini penting untuk diketahui oleh masyarakat, khususnya bagi tenaga kesehatan (dokter, perawat, paramedis, *callcenter*, *emergency* medik dan petugas gawat darurat) untuk mengetahui tentang penyakit stroke dan perawatan

kegawatdaruratan pasien stroke (AHA, 2014).

Golden time dalam penanganan stroke adalah ± 3 jam, artinya dalam 3 jam pertama pasca serangan stroke, pasien harus mendapatkan penanganan segera dan menyeluruh serta optimal dari pelayanan gawat darurat stroke. rumah sakit untuk mencapai hasil pengobatan yang terbaik (Morton en Saudin). , Agoes & Rini, 2016). Masa emas atau *golden period* menurut Hudak et al., (2012) merupakan masa yang sangat bermanfaat bagi klien saat terkena serangan stroke pertama untuk segera mendapatkan pertolongan di rumah sakit terdekat. *Golden Period* pasien stroke untuk mengurangi efek atau komplikasi serius.

Penatalaksanaan prehospita yang bisa dilakukan untuk klien yang kita curigai sebagai stroke dikenal sebagai “*Stroke Chain of Survival*” atau “7Ds” yaitu :

- a. Detection (Pengenalan) yaitu mengidentifikasi onset dan terjadinya gejala stroke.
- b. Dispatch (Mengirimkan) yaitu memanggil ambulans secepat mungkin atau mengaktifkan sistem kegawatdaruratan.
- c. Delivery (Perjalanan) yaitu Intervensi oleh petugas medisselama perjalanan
- d. Door (Sampai dirumah sakit) yaitu penerimaan di Trias Unit Gawat Darurat.
- e. Data (Data) yaitu melakukan evaluasi secara teratur, pemeriksaan laboratorium dan melakukan pencitraan.

- f. Decision (Keputusan) yaitu Mendiagnosis dan memberikan terapi yang tepat.
- g. Drug (Obat) yaitu Memberikan pengobatan secara tepat (Hudaket al., 2012).

B. Kecepatan Keluarga Membawa ke Rumah Sakit

Kecepatan keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah sakit sangat berpengaruh dalam proses penanganan pasien dengan stroke. Penanganan pasien stroke selama *golden hour* akan menurunkan mortalitas pada pasien stroke. Sebagaimana hasil penelitian menemukan bahwa mortalitas pasien stroke yang berusia ≤ 79 tahun adalah 0,0%; dan 7,1% pada pasien berusia 80 tahun ke atas, ketika diberikan perawatan pada masa *golden hour* ($p < 0.005$) (Advani et al., 2017). Penelitian kohort Meretoja et al. (2014), pada 2258 pasien stroke akut, juga menemukan bahwa semakin cepat terapi trombolitik diberikan, maka akan memberikan kemungkinan berkurangnya jumlah hari disabilitas akibat stroke. Penelitian tersebut menemukan bahwa setiap satu menit lebih cepat akan menurunkan jumlah hari disabilitas akibat stroke rata-rata 1,8 hari. Terapi stroke akut harus sudah dimulai setidaknya dalam 4,5 jam setelah onset stroke iskemik akut yang bertujuan untuk memperbaiki aliran darah otak dengan menghancurkan bekuan (trombolitik). (Kim et al., 2016; Meretoja et al., 2014; Sobral et al., 2019). Bahkan, penelitian dari database stroke di Stavanger University Hospital, Amerika Serikat memberikan panduan agar terapi stroke dapat dimulai sejak 60 menit pertamapasca onset gejala, yang dinamakan sebagai *golden hour* (Advani et al., 2017). Maka dapat disimpulkan bahwa

semakin cepat waktu kedatangan pasien di rumah sakit akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi.

C. Faktor – Faktor yang memengaruhi kecepatan keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit

Berbagai faktor dapat mempengaruhi kecepatan keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit, antara lain :

1. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan unit sosial terkecil yang menjadi unsur penting dalam kehidupan penting sosial seseorang. Keluarga yang terdiri dari anggota keluarga yang saling berhubungan dan saling ketergantungan dalam memberikan dukungan kasih sayang dan perhatian yang harmonis menjalankan perannya masing - masing untuk tujuan bersama (Irma, 2015). Keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan pasien sehingga menjadi kunci dalam penanganan pasien stroke.

2. Jarak Rumah

Jarak tempat tinggal, secara empirik, akan berpengaruh terhadap kecepatan dalam membawa pasien ke rumah sakit dan mencegah keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah sakit. Pasien dengan jarak tempat tinggal yang jauh akan datang lebih lambat daripada pasien yang jarak tinggalnya dekat dengan rumah sakit.

3. Jenis Transportasi

Jenis angkutan yang dimaksud adalah jenis kendaraan yang digunakan untuk menuju Rumah Sakit, baik itu mobil pribadi, angkutan

umum maupun ambulan. Namun, perlu dipahami bahwa pengembangan sistem transportasi, layanan EMS, dan ketersediaan perusahaan dapat mendistorsi hasil dan tidak konsisten dengan kesimpulan sebelumnya (Jiang et al., 2016). Jenis perjalanan telah ditemukan mempengaruhi kehadiran pasien stroke di rumah sakit. Penggunaan layanan ambulan darurat akan meningkatkan kemungkinan pasien tiba di unit gawat darurat dalam waktu yang disarankan, belum lagi juga memiliki pengaruh yang signifikan untuk tiba di rumah sakit ($p = 0,001$) (Sobral et al., 2019). Studi tersebut menemukan bahwa dari 146 pasien yang tiba di ruang gawat darurat, 102 pasien tiba tanpa menggunakan ambulans darurat. Pada penelitian ini diketahui bahwa lokasi dan jarak akan mempengaruhi waktu yang dibutuhkan untuk mencapai rumah sakit.

4. Waktu kejadian serangan stroke

Gejala stroke dapat muncul kapan saja (Pulvers & Watson, 2017). Kecepatan pasien ke rumah sakit untuk menghindari keterlambatan kedatangan pasien stroke dapat mempengaruhi keterlambatan karena timbulnya gejala pada malam hari ($p=0,000$) (Hagiwara et al., 2014). Sejalan dengan temuan di atas, Addo et al. (2012) menemukan bahwa pasien stroke pada malam hari lebih sering datang terlambat dibandingkan pasien stroke pada siang hari. Namun, Koksal et al. (2014) melakukan penelitian di Italia terhadap 113 pasien stroke yang berkunjung ke rawat inap. Studi menemukan bahwa tidak ada perbedaan waktu kedatangan pasien stroke di rumah sakit, tetapi pasien memiliki onset

gejala pada siang hari dan malam hari ($p = 0,22$). Hasil analisis juga menunjukkan bahwa waktu hari tidak berpengaruh signifikan terhadap waktu masuk rumah sakit ($p = 0,15$). Meskipun secara proporsional, ditemukan 22 pasien yang hadir > 3 jam dari total 31 pasien.

5. Status tinggal pasien

Status tinggal adalah adanya orang lain yang tinggal bersama pasien, baik suami/istri, anak, maupun anggota keluarga lainnya. Pasien stroke yang tinggal sendiri berpengaruh terhadap kecepatan dalam membawa pasien ke rumah sakit terbukti lebih terlambat daripada pasien yang tinggal dengan keluarganya (Al Khathaami et al., 2018). Penelitian lainnya juga menemukan bahwa pasien stroke yang tinggal sendirian ($p=0,005$), ataupun hanya bersama pasangan hidup ($p= 0,017$) akan menjadi faktor yang mempengaruhi kecepatan dalam membawa pasien ke rumah sakit (Yanagida et al., 2014).

D. Dukungan Keluarga

1. Fungsi dukungan keluarga menurut Friedman (2013) terdiri dari 4 dimensi
 - a. Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah tempat yang aman dan damai seperti keluarga untuk beristirahat dan pulih serta untuk membantu mengelola emosi. Aspek dukungan emosional meliputi dukungan yang terwujud dalam bentuk cinta, kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan menyimak. Dukungan emosional meliputi ekspresi empati,

perhatian, dorongan, cinta pribadi, kasih sayang, atau dukungan emosional (Friedman, 2013).

b. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan utama yang praktis dan konkrit, yang meliputi dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat (Friedman, 2013)

c. Dukungan Informasional

Dukungan informasi adalah keluarga bekerja sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan bagaimana memberikan saran, saran, informasi yang dapat digunakan untuk menunjukkan masalah. Bagian dari dukungan ini adalah konseling, menyarankan, merekomendasikan, menginstruksikan dan memberikan informasi (Friedman, 2013).

d. Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah apa yang dilakukan keluarga untuk membimbing dan memecahkan masalah, sebagai sumber dan penopang identitas anggota keluarga, termasuk memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian (Friedman, 2013).

2. Faktor- faktor yang mempengaruhi Dukungan keluarga sebagai berikut :

a. Tingkat pendidikan anggota keluarga

Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi kecepatan pasien atau mencegah keterlambatan kedatangan pasien stroke di rumah

sakit. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kecepatan membawa pasien atau mengurangi waktu kedatangan pasien stroke ke rumah sakit ($p = 0,010$) (Barahama et al., 2019). Tingkat pendidikan menjadi penting karena mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang penyakit stroke secara umum. Pengetahuan yang baik akan mempengaruhi pemikiran orang dan informasi baru yang mereka terima dan mempengaruhi perilaku orang untuk memotivasi mereka berbuat lebih baik (Obembe et al., 2014 dan Rachmawati et al., 2017).

b. Tingkat pendapatan keluarga

Besarnya biaya langsung yang dikeluarkan untuk perawatan dan rehabilitasi stroke akut merupakan tantangan terbesar bagi pasien dan keluarganya, termasuk biaya tidak langsung akibat kehilangan pasien dan produktivitas keluarga. (Snozzi et al., 2014). Tingkat pendapatan akan mempengaruhi kemampuan keluarga dan pasien untuk memenuhi biaya pengobatan. Ketidakmampuan untuk membayar tagihan rumah sakit selama stroke ditemukan sebagai predictor signifikan keterlambatan datang ke rumah sakit ($p=0,002$) (Seremwe et al., 2017).

c. Kesadaran keluarga terhadap tanda peringatan gejala stroke Ketika terjadi serangan stroke, pengetahuan tentang gejala Stroke pertama dan yang belum pernah stroke tidak dibandingkan dengan kemampuan pasien atau kontrol untuk mengenali gejala awal stroke (Jiang et al., 2016). Pengetahuan tentang faktor resiko stroke sangat penting untuk meningkatkan kesadaran dalam pencegahan stroke pertama dan kedua sehingga masyarakat dapat memodifikasi atau memodifikasi resiko sehingga dapat mengurangi resiko stroke atau mengurangi biaya pengobatan dan mencegah kecacatan. Mengetahui gejala stroke sangat penting untuk mengenali stroke, sehingga akibatnya pasien harus segera pergi ke rumah sakit (Rachmawati et al., 2017). Al Khathaami et al. (2018) menemukan bahwa ketidapahaman pasien terhadap gejala yang dialaminya akan berpengaruh terhadap kecepatan dalam membawa pasien dan mencegah keterlambatan kedatangan di rumah sakit.

d. Respon keluarga

Pada kasus yang parah, anggota keluarga akan menjadi orang pertama yang masuk ke pasien stroke, baik saat serangan maupun setelah serangan. Rachmawati dkk. (2017) menemukan bahwa

keluarga menunggu dan menunggu (32,8%) ketika stroke terjadi, yang dikonfirmasi oleh banyak responden yang memiliki pengetahuan di bawah populasi umum (62,7%), sehingga mengurangi kecepatan membawa pasien. pergi ke rumah sakit. Respon keluarga yang tidak tepat terhadap stroke akan mempengaruhi keterlambatan pengambilan keputusan, mengakibatkan keterlambatan kunjungan ke rumah sakit karena lebih banyak waktu dihabiskan untuk pengambilan keputusan. Menurut Faiz et al. (2014) menemukan bahwa keterlambatan pengambilan keputusan mempengaruhi kecepatan membawa pasien ke rumah sakit, yang menyebabkan tingkat kehadiran stroke hingga 62,3%.

E. Kecepatan Keluarga

Dalam mewujudkan keberhasilan untuk manajemen penanganan stroke yang diulas diatas saat pasien tiba di Rumah sakit, kita berpacu dengan waktu. Perlu penanganan cepat dan tepat, maka benar istilah *Time is brain*. Jaringan otak merupakan suatu jaringan yang jika kerusakan sifatnya *irreversibel* (tidak bisa pulih Kembali). Bisa terjadi bila pasien yang tidak segera mendapatkan terapi, kehilangan 1,9 juta neuron untuk setiap menitnya di area yang terjadi iskemik. Waktu yang dipaling direkomendasikan atau *respon time* pada pasien

stroke adalah 3-4,5 jam. Target ini bisa dicapai dengan hubungan atau *team work* yang harmonis antara pasien, keluarga pasien, dan tim medis (Rahmina et al., 2017).

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

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

Apabila pengiriman atau transfer pasien memanggil ambulans gawat darurat, semua tindakan dalam ambulansi harus berpedoman pada protokol. Staff ambulans berperan memastikan dan menilai apakah pasien dicurigai mengalami stroke akut dengan mengevaluasi melalui metode FAST. Jika pemeriksaannya positif, maka tim ambulans akan menghubungi personil di pusat control ambulans Rumah Sakit. Personel tersebut yang kemudian akan menghubungi petugas gawat darurat (UGD) untuk menyediakan tempat dan penanganan lebih lanjut (AHA/ASA Guideline, 2017). Petugas ambulans gawat darurat harus mempunyai kompetensi dalam penilaian pasien stroke *pre-hospitals*. Dan juga menurut (Misbach J., 2011)

fasilitas ambulan harus ideal sebagai berikut : personil terlatih, mesin ECG, dan peralatan juga obat-obatan resusitasi gawat darurat.

Kriteria rumah sakit dengan pelayanan stroke primer meliputi ketersediaan CT Scan Brain, ketersediaan terapi t-PA, ketersediaan dokter spesialis saraf, *door to CT-time* kurang dari 20 menit, melayanicakupkan masyarakat sekitar (AHA/ASA Guideline, 2007) (Pre- Hospitals Stroke Guidelines Group, 2006). Sedangkan kriteria Rumah Sakit dengan pelayanan komprehensif meliputi ketersediaan CT Scan Brain, ketersediaan terapi t-PA, ketersediaan dokter spesialis saraf, ketersediaan dokter spesialis bedah saraf, tim penanggulangan stroke on site, *door to CT time* kurang dari 20 menit dan menjadi pusat rujukan dari pusat pelayanan stroke primer.

Setelah penanganan pertama (UGD) selesai, pasien akan menjalani proses penanganan rawat inap. Rawat inap sebaiknya dilakukan oleh tim ahli yang terdiri dari neurologis, perawat khusus dengan kompetensi keperawatan stroke, tim rehabilitasi medik, dan ahli gizi dalam bangsal khusus Stroke Unit. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa pasien yang ditangani di Stroke Unit oleh tim terlatih, memberikan hasil yang lebih memuaskan dan perbaikan yang signifikan dibandingkan dengan yang dirawat di bangsal biasa tanpa tim yang terlatih khusus stroke. Penangan yang komprehensif dalam masa perawatan di stroke unit, berpengaruh besar terhadap hasil, dan kembalinya fungsi normal penderita jika ditangani dengan baik (Purnomo et al., 2021).

Adapun menurut penelitian (Prasetyo, 2018) karakteristik penderita stroke di rumah sakit pemerintah di lima wilayah DKI Jakarta mayoritas usia produktif, laki-

laki, tingkat pendidikan rendah, berpendapatan rendah, umumnya berasal dari suku Jawa, dan lamanyawaktu kedatangan ke rumah sakit lebih dari 3 jam. Faktor-faktor yang mempengaruhi waktu kedatangan pasien stroke ke rumah sakit diantaranya yaitu jarak rumah dengan layanan Kesehatan, Jarak berobat adalah berapa jauh jarak yang ditempuh pasien dari rumah sampai ke tempat pengobatan atau pelayanan kesehatan. Jarak menentukan kesembuhan pasien stroke, karena jarak yang terlalu lama, akan mempengaruhi waktu emas (*golden window*) dalam penanganan stroke adalah 3-4,5 jam, artinya dalam 3 jam awal setelah mendapatkan serangan stroke (Pinson, 2011).

Utamakan transportasi yang baik untuk pengiriman pasien ke rumah sakit yang dituju. Petugas ambulans gawat darurat harus mempunyai kompetensi dalam penilaian pasien stroke pra rumah sakit. Fasilitas ideal yang harus ada dalam ambulans menurut (Pinson, 2011) sebagai berikut:

1. Personil yang terlatih
2. Mesin EKG
3. Peralatan dan obat-obatan resusitasi dan gawat darurat
4. Obat-obat neuroprotektan
5. Telemedisin
6. Glucometer dan pulse oximetri

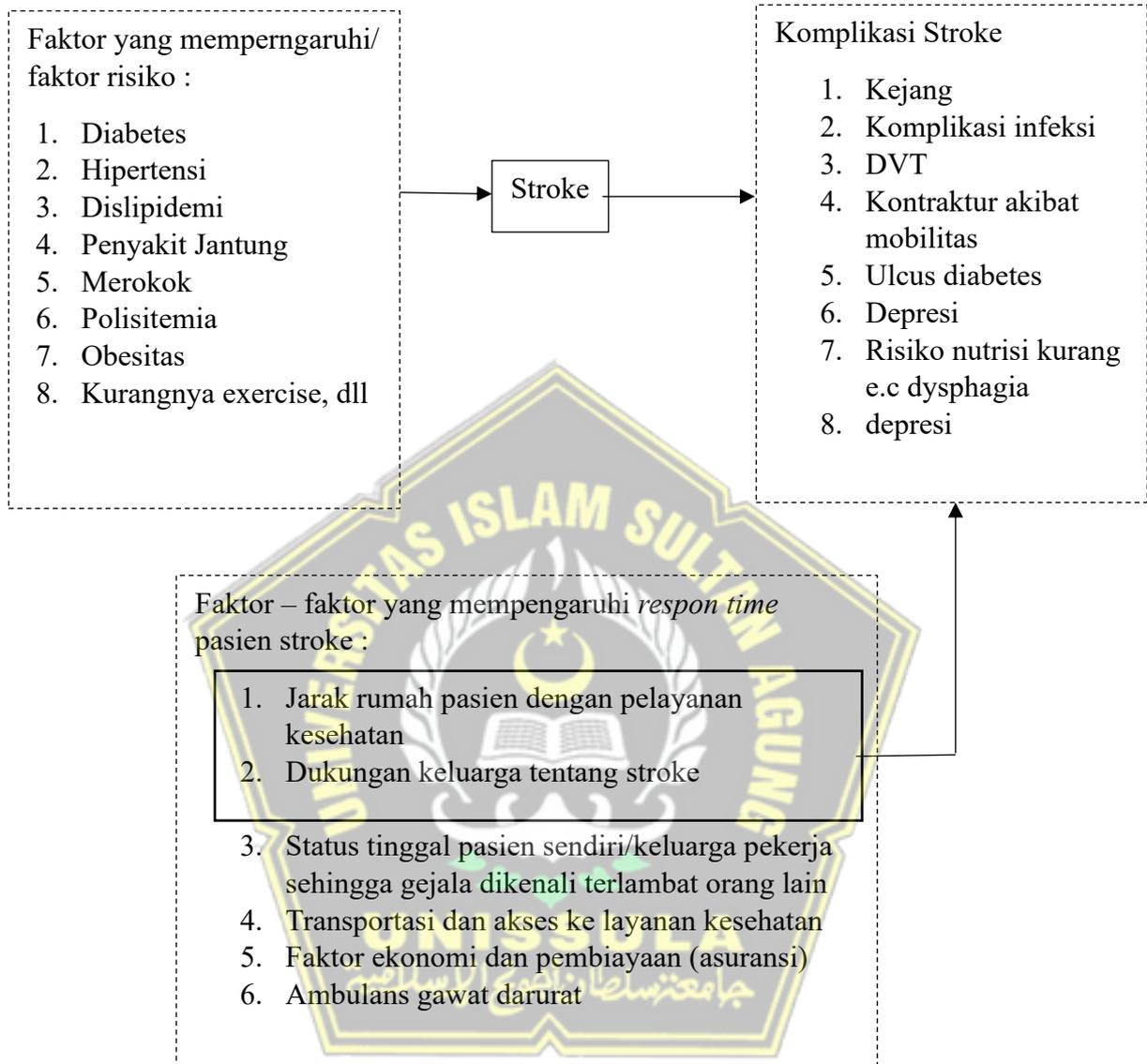
F. Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan

Jangkauan pelayanan kesehatan seingkali dikaitkan dengan kemampuan penggunaan pelayanan terhadap jarak dan waktu menuju fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut Muta'ali (2015) mengatakan bahwa jarak dalam arti

aksesibilitas dapat berarti pula kemudahan waktu tempuh dan biaya yang dikeluarkan. Penggunaan layanan cenderung memilih layanan yang dekat, dengan waktu perjalanan singkat. Dengan itu efektivitas waktu, biaya, dan ketercapaian menggunakan pelayanan akan lebih cepat didapatkan. Jangkauan terpengaruh juga dengan ketersediaan transportasi pengguna menuju tempat layanan. Kemudahan menuju sarana tersebut dapat membantu menempuh jarak yang jauh dan menunjukkan aksesibilitas lokasi sarana. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang puskesmas, bahwa salah satu persyaratan lokasi puskesmas adalah mempertimbangkan persyaratan aksesibilitas/ penelitian sebelumnya dalam Nanggolan tahun 2016 mengatakan bahwa akses fasilitas kesehatan non UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat) antara lain rumah sakit, puskesmas, pustu, praktek dokter, praktek bidan dan beberapa indicator dalam menyatakan aksesibilitas dalam pelayanan kesehatan antara lain waktu tempuh dan alat transportasi yang digunakan.

Jarak rumah dengan pelayanan kesehatan menurut penelitian Zafasia (2022) dimana dikatakan dekat (<5km) dan jauh (>5km) didapatkan hasil jarak rumah dekat dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 36 responden (49,3%) dan jauh tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebanyak 8 responden (11%).

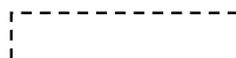
G. Kerangka Teori



Keterangan



: Diteliti



: Tidak diteliti

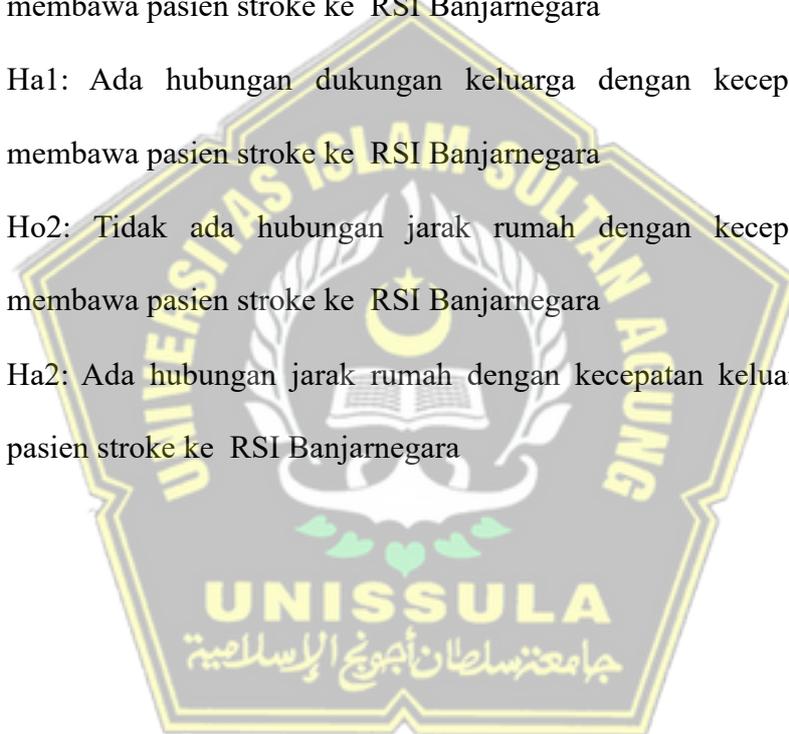
Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : modifikasi dari teori (Pinson, 2011, Wicaksana et al., 2017, *AHA/ASA Guideline*, 2017)

H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yaitu pernyataan sebagai bentuk jawaban sementara dari sebuah pernyataan penelitian yang harus dilakukan uji kebenarannya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini yaitu :

1. Ho1: Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
2. Ha1: Ada hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
3. Ho2: Tidak ada hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
4. Ha2: Ada hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

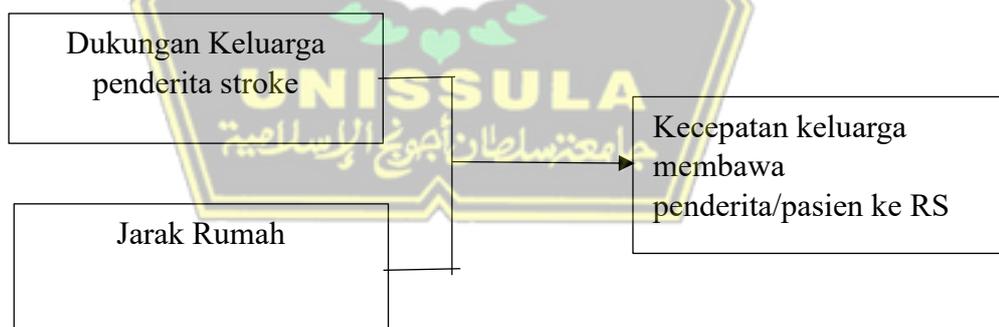


BAB III METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu model konseptual yang berhubungan dengan seorang peneliti yang Menyusun, maupun menghubungkan suatu hal yang logis dari faktor – faktor yang dianggap penting untuk memecahkan suatu masalah. Kerangka konsep membahas tentang saling ketergantungan dalam antar variable yang dianggap perlu untuk saling melengkapi dalam dinamika maupun situasi atau hal yang sedang diteliti (Hidayat, 2015).

Dari tujuan penelitian, kemudian menetapkan kerangka konsep penelitian dengan mengidentifikasi dukungan keluarga, penderita stroke. Kerangka konsep pada penelitian ini yaitu ditunjukkan pada bagan 3.1



Bagan 3.1 Skema Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas (*Independent Variabel*)

Variable bebas atau disebut *independent variable* merupakan variable yang mempengaruhi atau yang menjadi penyebab dari perubahan

itu sendiri. Pada penelitian ini variable bebasnya yaitu dukungan keluarga tentang stroke dan jarak rumah.

2. Variabel Terikat (*Dependent Variabel*)

Variable terikat (*dependent variable*) merupakan variable yang dipengaruhi maupun menjadi akibat dari suatu perubahan. Peneliti menentukan variable terikatnya yaitu kecepatan keluarga membawa penderita stroke ke RSI Banjarnegara.

C. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan yaitu desain penelitian korelatif. Penelitian korelatif yang bertujuan untuk mencari adanya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Peneliti akan mencari hubungan antara dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini yaitu pendekatan *cross sectional*. Menurut Notoatmodjo tahun 2012, metode *cross sectional* merupakan metode untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dengan efek dan suatu pendekatan, observasi maupun dengan pengumpulan data pada suatu saat tertentu. Jadi hanya dilakukan satu kali observasi pada setiap subjek penelitian, dan pengukuran dilakukan kepada variabel objek pada pemeriksaan.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan generalisasi yang terdiri dari obyek/subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh

peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik sebuah kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Populasi pada penelitian ini yaitu seluruh pasien stroke (baik infark/stroke iskemik dan hemoragik) yang datang ke RSI Banjarnegara. Pasien stroke ke RSI Banjarnegara pada bulan September sampai Desember tahun 2022 sejumlah 104 kasus dengan rata – rata perbulan yaitu 35 pasien dengan kasus stroke.

2. Sampel

Sampel penelitian merupakan suatu bagian atau jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015). Teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan metode *total sampling*, dimana semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan kedalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi. Sampel yang digunakan yaitu semua pasien baru yang datang ke RSI Banjarnegara dari bulan Juli-September 2023. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini (Hidayat, 2015) antara lain :

a. Kriteria inklusi

- 1) Keluarga dari pasien stroke infark, iskemik dan hemoragik yang datang ke RSI Banjarnegara
- 2) Keluarga pasien (keluarga inti dan besar) yang ada hubungan darah dengan pasien, anak adopsi.
- 3) Keluarga yang ada saat serangan stroke terjadi
- 4) Berusia 18 tahun keatas

- 5) Dapat membaca dan menulis
- 6) Tidak ada gangguan kognitif dan bisa diajak komunikasi
- 7) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien stroke kronik (sudah melewati fase akut, lebih dari 3x24 jam)
- 2) Pasien stroke yang dibawa ke layanan kesehatan (Rumah sakit) oleh orang lain/bukan anggota keluarga
- 3) Pasien stroke tanpa identitas

E. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan sekumpulan intruksi yang lengkap untuk memutuskan apa yang akan diukur dan bagaimana cara mengukur variable tersebut (Setiadi, 2013). Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam merancang definisi operasinal dalam sebuah variable yaitu nama variable, definisi operasional, cara ukur, alat ukur, hasil ukur dan skala.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen : Dukungan Keluarga	Sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap keluarganya, berupa dukungan emosional	Meminta responden untuk menjawab kuesioner	Skor tertinggi = 60 Skor terendah = 30 Dikatakan baik jika : a. Baik (41-60) b. Cukup (21-40) c. Kurang (0-20)	Ordinal
Jarak rumah	Suatu ukuran yang	Meminta responden	Karakteristik Jarak Rumah ke	Nominal

	menunjukkan seberapa jauh (dalam kilometer) antara rumah dengan tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit)	untuk menjawab kuesioner tentang jarak rumah	RSI Banjarnegara : 0-5 Km > 6 Km	
Dependen :				
Kecepatan keluarga membawa penderita/pasien ke RS	Waktu tempuh fasilitas kesehatan yang biasa digunakan dalam sekali jalan ke fasilitas kesehatan (menit)	Meminta responden untuk menjawab kuesioner C tentang kecepatan kedatangan pasien di RS	Skor kecepatan, diukur sejak dari rumah sampai kedatangan di RS untuk kepentingan deskriptif sesuai dengan modalitas di ruang RAWAT INAP RSI Banjarnegara dibedakan menjadi 2 1 = cepat (waktu kurang lebih 3-4,5 jam) 2 = lambat (waktu lebih dari 4,5 jam)	Nominal

F. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini dilaksanakan yaitu ruang rawat inap RSI Banjarnegara pada bulan Juli-September 2023.

G. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan memberikan kuesioner kepada responden. Kuesioner pengambilan data dan prosedur pengumpulan data penelitian yang dilakukan dengan cara berikut :

1. Peneliti meminta surat pengantar penelitian pada pihak akademik untuk melakukan penelitian di RSI Banjarnegara

2. Peneliti mendapatkan surat pengantar penelitian dari pihak akademik kemudian menyerahkan surat permohonan izin penelitian dan penelitian dari Universitas Sultan Agung Semarang dan meminta persetujuan dari Direktur RSI Banjarnegara untuk melakukan penelitian.
3. Selanjutnya peneliti melakukan uji *Ethical clearance*
4. Setelah *ethical clearance* keluar maka peneliti dapat mengajukan penelitian ke RSI Banjarnegara
5. Peneliti mendapatkan pengesahan dan persetujuan dari TU RSI Banjarnegara untuk melaksanakan penelitian.
6. Peneliti menjelaskan prosedur penelitian kepada keluarga pasien yang dijadikan responden.
7. Peneliti selanjutnya memberikan tembusan ke unit ruang rawat inap dan melakukan koordinasi kepada penanggungjawab ruang rawat inap RSI Banjarnegara terkait yang ditunjuk dalam surat pengantar penelitian dalam upaya pengambilan data.
8. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian dan meminta persetujuan berupa *informed consent* responden dalam keikutsertaan di penelitian ini. Responden diminta untuk tanda tangan.
9. Peneliti membagikan kuesioner kepada responden yang memenuhi kriteria, untuk diisi responden dengan panduan peneliti atau dilakukannya pendampingan. apabila responden tidak mengerti mengenai pertanyaan

yang diberikan, maka peneliti akan membantu membacakan pertanyaan kuesioner tersebut.

10. Peneliti menilai hasil dari kuesioner yang sudah terkumpul, kemudian dicek Kembali kelengkapannya dan dianalisa oleh peneliti.

H. Instrumen atau Alat Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan ataupun pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2016). Instrumen kuesioner dipilih karena salah satu media yang menghubungkan antara penelitian dengan responden. Umumnya angket dapat berupa pernyataan maupun pernyataan yang diberikan kepada responden untuk dijawab. Hasil jawaban dari responden yaitu dijadikan sebagai data penelitian. Instrument yang dipakai dalam penelitian ini yaitu :

- a. Bagian pertama kuesioner A digunakan untuk mengetahui data demografi maupun karakteristik responden yang mencakup umur, jenis kelamin, dan pendidikan (yang diperoleh melalui pendidikan) meliputi kriteria : “1 = tidak sekolah”, “2= SD”, “3=SMP/SLTP”, “4 = SMA/SLTA”, “5 = Akademik atau Perguruan Tinggi”. Jenis Keluarga dengan kriteria “1 = Keluarga inti” dan 2 = keluarga sedarah atau keluarga besar”.
- b. Bagian kedua kuesioner B digunakan :

- 1) Untuk mengetahui dukungan keluarga dalam membantu pasien stroke peneliti mengadopsi kuesioner yang telah divaliditas oleh Nutiati Purba (2018) dengan judul “Hubungan dukungan keluarga terhadap motivasi pasien stroke melakukan fisioterapi”.
 - 2) Dalam penelitian ini peneliti menggunakan kuisisioner dukungan keluarga Kuesioner dukungan keluarga Nursalam (2013) kemudian dimodifikasi oleh Nutiati Purba (2018). Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 24 buah pertanyaan meliputi 4 komponen dukungan yaitu: 6 pernyataan dukungan informasional, 6 pernyataan dukungan penilaian, 6 pernyataan dukungan instrumental, dan 6 pernyataan dukungan emosional. Keseluruhan pernyataan merupakan pernyataan positif, dengan menggunakan skala likert 1-4 poin dengan jawaban sangat setuju 4 poin, setuju 3 poin, ragu-ragu 2poin dan tidak setuju 1 poin. Sehingga didapatkan nilai sebagai berikut : Nilai maksimal tertinggi = 96, Nilai minimal terendah = 24, rentang skor : skor tertinggi – terendah / 2 (baik, kurang).
- c. Bagian ketiga kuesioner C digunakan untuk mengetahui kecepatan keluarga untuk membawa penderita stroke ke layanan kesehatan dengan 2 kriteria :
- 1) Cepat = waktu kedatangan pasien $\leq 3-4,5$ jam = 1
 - 2) Lambat = waktu kedatangan pasien $\geq 4,5$ jam = 2. (Kim et al., 2016; Meretoja et al., 2014; Sobral et al., 2019)

- d. Bagian keempat kuesioner D digunakan untuk mengetahui jarak rumah untuk membawa penderita stroke ke layanan kesehatan dengan 2 kriteria : “1= Dekat 0-5 km”, “2 = Jauh \geq 6 Km”. (Ashraf et al., 2015 ; Arulprakash et al., 2019).

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

a. Uji Validitas

Validitas merupakan indikator alat ukur tersebut benar-benar mengukur isi yang diukur. Suatu alat yang memenuhi validitas memiliki ciri-ciri seperti ukuran yang akurat, mengukur apa yang akan diukur (sensitivitas), dan tidak mengukur apa pun selain yang akan diukur (spesifisitas) (Sarwono, 2011). Sedangkan menurut Nyoman (2013), validitas peneliti untuk mengungkapkan secara akurat apa yang ingin ditelitinya. Jadi, validitas adalah ukuran yang digunakan untuk menilai kesamaan antara data yang dikumpulkan dengan data yang sebenarnya, sehingga ada data yang valid. r hitung $<$ r tabel maka tidak valid kemudian r hitung $>$ r tabel maka valid.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner dukungankeluarga uji validitas oleh Nutiati Purba (2018) dengan hasil nilai validitas lebih dari r tabel sehingga dikatakan valid. Namun kuesioner ini ada modifikasi sehingga perlu dilakukan uji validitas ulang.

Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis Korelasi Pearson (*Product Momet*

Person) menggunakan program komputer. Uji Validitas ini akan di uji cobakan kepada responden 20 orang responden.

b. Uji Reliabilitas

Menurut Khairinal (2016), Reliabilitas adalah istilah yang digunakan untuk menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran relatif konsisten jika hasil pengukuran yang diulang dua kali atau lebih tetap sama yang disebut reliabilitas. Menurut Sugiyono (2019) hasil penelitian reliabel, bila terdapat kesamaan data dalam waktu yang berbeda. Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang menghasilkan data yang sama bila digunakan berkali-kali untuk mengukur objek yang sama.

Pengukuran yang memiliki reliabilitas tinggi disebut sebagai pengukuran yang reliabel. Uji reliabilitas digunakan hanya untuk menguji item yang valid. Untuk menguji reliabilitas dapat menggunakan metode *Alpha Cronbach*. Kuesioner atau angket dikatakan reliabel yaitu jika:

- 1) $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka kuesioner dikatakan reliabel, jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,60$.
- 2) $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka kuesioner dikatakan tidak reliabel, jika memiliki nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,60$.

Langkah-langka kotak kerja untuk menguji reliabilitas akan duhasilkan bersama dengan hasil uji validitas. Tapi lihatlah seperti ini hasil uji reliabilitas ditunjukkan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Interpretasi Nilai Koefisien Reliabilitas

No	Koefisein Reliabilitas	Tingkat Reliabilitas
1	0,00 s/d 0,20	Kurang Reliabel
2	>0,20 s/d 0,40	Agak Reliabel
3	>0,40 s/d 0,60	Cukup Reliabel
4	>0,60 s/d 0,80	Reliabel
5	>0,80 s/d 1,00	Sangat Reliabel

Sumber: Suharsimi Arikunto (2013)

Hasil uji reliabilitas dukungan keluarga telah dilakukan oleh Nutiati Purba (2018) Dukungan keluarga memiliki nilai reliabilitas 0.7918 dan nilai reliabilitas motivasi 0.7464. Uji Reliabilitas menggunakan Rumus Rulon dengan standard reliabel >0.632. Sehingga kuesioner dukungankeluarga yang telah dilakukan oleh Nutiati Purba (2018) bisa digunakan untuk penelitian.

I. Pengolahan Data

1. Editing

Peneliti melakukan pengecekan hasil kuesioner yang diisi oleh responden untuk memastikan bahwa semua data penelitian yang diperoleh secara lengkap dan benar.

2. Coding

Peneliti menggunakan angka untuk mengisi kode-kode pada hasil kuesioner untuk menilai pengolahan data dalam penelitian ini untuk mempermudah pengolahan data.

Usia :

- a) 5 – 11 tahun coding = 1

- b) 12-25 tahun coding = 2
- c) 26-45 tahun coding = 3
- d) 46-65 tahun coding = 4
- e) >65 tahun coding = 5

Jenis Kelamin

- a) Laki – laki coding = 1
- b) Perempuan coding = 2

Hubungan Kerabat dengan pasien

- a) Suami coding = 1
- b) Istri coding = 2
- c) Anak coding = 3
- d) Menantu coding = 4
- e) Saudara coding = 5

Pekerjaan

- a) PNS coding = 1
- b) Swasta/karyawan coding = 2
- c) Wiraswasta coding = 3
- d) Tidak bekerja coding = 4
- e) IRT coding = 5
- f) Buruh coding = 6
- g) Tani coding = 7
- h) Guru coding = 8

Pendidikan

- a) SD coding = 1
- b) SMP coding = 2
- c) SMA coding = 3
- d) Perguruan Tinggi coding = 4
- e) Tidak sekolah coding = 5

Karakteristik Jalan

- a) Permanen coding = 1
- b) Cor coding = 2
- c) Tanah/masih batu coding = 3

Dukungan Keluarga

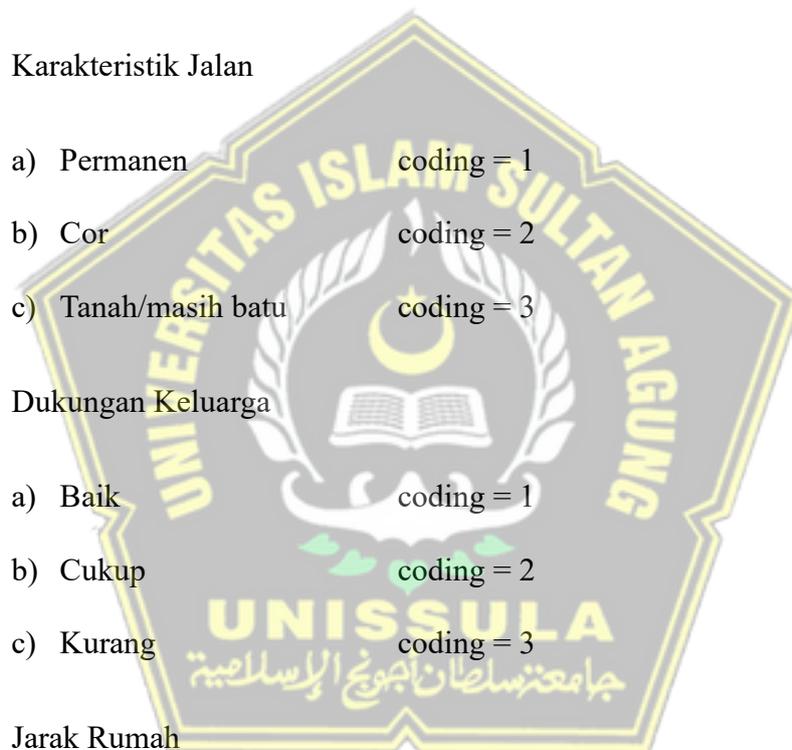
- a) Baik coding = 1
- b) Cukup coding = 2
- c) Kurang coding = 3

Jarak Rumah

- a) 0-5 Km coding = 1
- b) > 6 km coding = 2

Kecepatan Keluarga

- a) Cepat coding = 1
- b) Lambat coding = 2



Transportasi yang digunakan

- a) Ambulan coding = 1
- b) Mobil Pribadi coding = 2

3. *Scoring*

Scoring dilakukan untuk mengetahui skor dari jawaban responden terhadap angket.

4. *Tabulating*

Tabulating merupakan kegiatan memasukkan data penelitian menjadi sebuah tabel, kemudian diolah dengan bantuan komputer.

5. *Prossesing*

Prossesing adalah memperoleh data untuk dianalisis. Pengolahan data diisi dengan memasukkan data ke dalam kuesioner ke paket komputer.

6. *Cleaning*

Proses menghapus data yang tidak terpakai.

7. *Entry*

Proses pemasukan data dalam suatu program.

J. Analisa Data

1. Analisis Univariat

Analisa univariat untuk untuk melihat deskripsi tiap variabel seperti identitas responden (jenis kelamin umur pendidikan, pekerjaan), dukungan keluarga, jarak rumah dan kecepatan membawa pasien ke rumah sakit dilakukan menggunakan uji statistik dengan Komputer.

Analisa univariat dalam penelitian ini mencakup, penyajian data dalam tendensi sentral (minimum, maksimum, standar deviasi) dan distribusi frekuensi. Presentase dibuat dengan rumus sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

$$P = \frac{X}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Presentase

X : Banyaknya kategori tertentu pada variabel tertentu.

n : Jumlah kategori tertentu pada variabel tertentu.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menghubungkan variabel bebas dan variabel terikat. Dalam penelitian ini analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara.

Teknik analisa yang dilakukan yaitu dengan analisis korelasi menggunakan uji *Chi square* sehingga, jika:

1. Nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak yang artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
2. Nilai $p > 0,05$ maka H_a diterima yang artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

3. Nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak yang artinya ada hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara
4. Nilai $p > 0,05$ maka H_a diterima yang artinya tidak ada hubungan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

K. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan dasar *Etical Clearance* atau sudah memenuhi ijin etik, Nomor : 618/A.1-KEPK/FIK-SA/VIII/2023 dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang. Etika penelitian menurut Hidayat, A.A (2011) yaitu:

1. *Informed consent*

Meneliti memberikan lembaran persetujuan mengenai penjelasan dan persetujuan kepada responden. Tujuannya adalah agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan dampak penelitian selama proses pengumpulan data. Subjek yang bersedia untuk mengetahui akan menandatangani lembar persetujuan.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Anonimity menjelaskan bentuk penulisan dengan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data, tetapi hanya menuliskan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Penelitian menjamin kerahasiaan partisipan dan hanya kelompok tertentu yang dilaporkan penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden.

4. *Beneficence* (manfaat)

Peneliti memberikan informasi tentang dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke rumah sakit. Hal ini perlu peneliti lakukan agar responden mengetahui pentingnya manfaat penelitian ini

5. *Non-maleficence* (tidak membahayakan)

Pada penelitian ini peneliti akan memperhitungkan bahwa subjek penelitian (responden) tidak dirugikan sedikitpun baik dari segi material maupun non- material. Penelitian ini tidak merugikan pada responden yang telah responden dengan menandatangani *informed consent*.

6. *Balancing Harms and Benefits*

Pada penelitian ini peneliti berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek penelitian.

7. *Respect of Person*

Penelitian ini menghormati martabat manusia pertama setiap individu (responden) diperlukan sebagai manusia yang memiliki otonomi (hak untuk menentukan nasib sendiri); kedua, setiap individu yang otonomi berkurang atau hilang perlu mendapatkan perlindungan

memiliki hak otonomi apabila responden menolak, maka tidak mendatangi *informed consent*.



BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Banjarnegara Kabupaten Banjarnegara yang beralamat di Jl. Raya Limpung - Bawang No.KM, RW.No.8, Mrica, Bawang, Kec. Bawang, Kab. Banjarnegara, Jawa Tengah 53471. Total responden sebanyak 35 responden yang masuk rawat inap dengan membawa pasien stroke dari rumah.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Karakteristik jalan di RSI Banjarnegara (n=35)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	48,6
Perempuan	18	51,4
Total	35	100,0
Usia		
12-25 tahun	5	14,3
26-45 tahun	25	71,4
46-65 tahun	5	14,3
Total	35	100,0
Pekerjaan		
Swasta/Karyawan	20	57,1
Wiraswasta	3	8,6
Tidak Bekerja	4	11,4
IRT	3	8,6
Buruh	3	8,6
Tani	1	2,9
Guru	1	2,9
Total	35	100,0
Pendidikan		
SD	5	14,3
SMP	6	17,1
SMA	23	65,7
Perguruan Tinggi	1	2,9
Total	35	100,0

Transportasi menuju RS		
Ambulance	7	20
Mobil Pribadi	28	80
Karakteristik Jalan		
Permanen/Aspal	16	45,7
Cor	19	54,3

Tabel 4.1 diatas menunjukkan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 18 responden (48,6%), dengan usia 26-45 tahun sebanyak 25 responden (71,4%) yang memiliki pekerjaan swasta/karyawan sebanyak 20 responden (57,1%) yang berpendidikan SMA sebanyak 23 responden (65,7%) dari karakteristik jalan saat menuju rumah sakit yaitu cor sebanyak 19 responden (54,3%) dan responden membawa pasien ke RS dengan transportasi mobil pribadi sebanyak 28 responden (80%).

b. Dukungan keluarga, jarak rumah dan kecepatan keluarga

Tabel 4.2 Deskriptif dukungan keluarga, jarak rumah dan kecepatan keluarga (n=35)

Variabel	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Dukungan Keluarga		
Baik	24	68,6
Cukup	8	22,9
Kurang	3	8,6
Jarak Rumah		
0-5 Km	16	45,7
≥ 6 km	19	54,3
Kecepatan Keluarga		
Cepat	25	71,4
Lambat	10	28,6
Total	100	100

Tabel 4.2 diatas menunjukkan mayoritas responden dukungan keluarga baik sebanyak 24 responden (68,6%), sedangkan

untuk jarak rumah ≥ 6 km sebanyak 19 responden (54,3%) dan kecepatan keluarga cepat sebanyak 25 responden (71,4%).

2. Analisis Bivariat

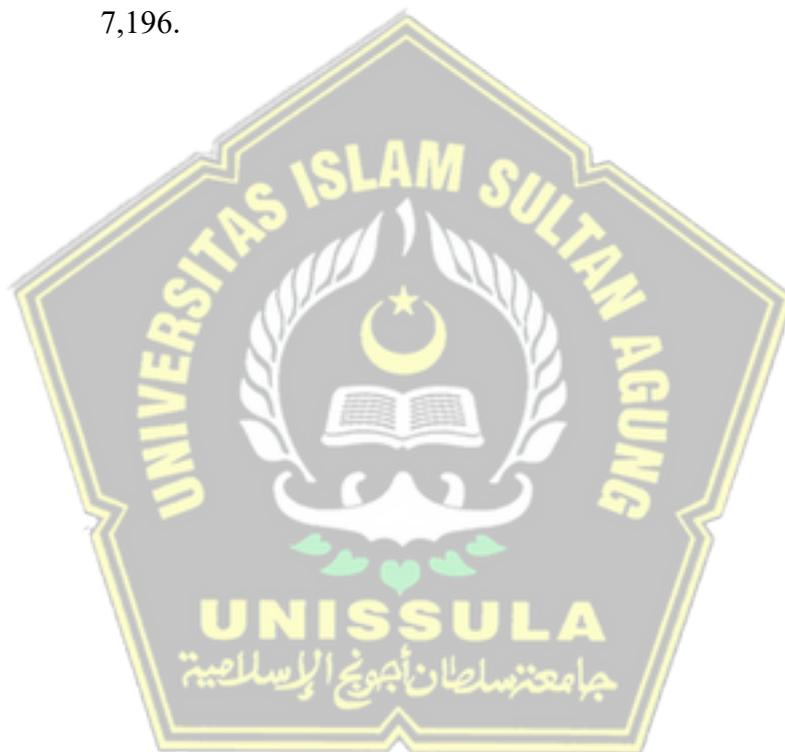
- a. Analisa hubungan antara Dukungan keluarga dan Jarak Rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

Tabel 4.3 Hubungan antara dukungan keluarga dan jarak rumah dengan Kecepatan Keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara

		Kecepatan Keluarga				Total	P value
		Cepat		Lambat			
		f	%	f	%		
Dukungan Keluarga	Baik	20	57,1	4	11,4	24	0,003
	Cukup	2	5,7	6	17,1	8	
	Kurang	3	8,6	0	0,0	3	
Total		25	71,4	10	28,6	35	
Jarak Rumah	0-5km	15	42,9	1	2,9	16	0,007
	≥ 6 km	10	28,6	9	25,7	19	
	Total	25	71,4	10	28,6	35	

Tabel 4.3 ditemukan mayoritas dukungan keluarga yang baik dengan kecepatan keluarga yang cepat (57,1%), dukungan keluarga yang cukup dengan kecepatan keluarga yang lambat (17,1%). setelah dilakukan uji *Chi-Square* diatas menunjukkan dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga yaitu nilai signifikansi atau nilai p value = 0,003 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga dan nilai pearson chi-square 11,317.

Pada jarak rumah 0-5 km dengan kecepatan keluarga cepat (42,9%) untuk jarak keluarga > 6 km dengan kecepatan keluarga cepat (17,1%). Setelah dilakukan uji *Chi-Square* didapatkan hasil yaitu nilai signifikansi atau nilai *p value* = 0,007 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara jarak rumah dengan kecepatan keluarga dan nilai pearson chi-square 7,196.



BAB V

PEMBAHASAN

A. Analisis Univariat

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan jenis kelamin perempuan sebanyak 18 responden (51,4%). Dimana perempuan mampu merawat anggota keluarga yang sakit dirumah. Penelitian yang dilakukan oleh (Fiscarina et al., 2023) yang membahas perempuan dan laki-laki mempunyai respon yang berbeda saat menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan anggota keluarga yang dirawat, sedangkan perempuan yang mana lebih memperhatikan anggota keluarga yang sedang dirawat karena stroke.

Responden yang mempunyai dukungan keluarga baik akan membawa keluarganya kerumah sakit dan dilakukan rawat inap, hasil penelitian ini didapatkan lebih banyak perempuan, perempuan yang mana lebih sering mengalami cemas dari pada laki-laki, Perempuan yang lebih sensitif terhadap masalah yang dihadapi pada keluarganya yang sedang dirawat dengan serangan stroke.

2. Usia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan usia 26-45 tahun sebanyak 25 responden (71,4%). Usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi dalam pengambilan keputusan yang mana semakin tinggi usia maka semakin matang emosional yang dimiliki seseorang, usia 26-35 tahun menurut Depkes RI merupakan usia yang disebut

dewasa awal pada tahap ini yang mana fisiologis yang matang mampu mengambil keputusan (Yuniarti & Kariasa, 2020). Usia – usia responden tersebut termasuk dalam rentang usia remaja hingga usia lansia akhir.

Menurut notoatmojo, 2012 umur merupakan suatu bilangan tahun yang dihitung sejak lahir hingga dengan tahun terakhir seseorang dalam melakukan aktivitas. Umur adalah salah satu faktor internal yang berkontribusi dalam timbulnya kecemasan dalam keluarga yang anggota keluarga terserang penyakit stroke, ada yang berpendapat dimana faktor usia muda yang mana lebih mudah mengalami cemas karena anggota keluarga terserang stroke pada usia muda.

3. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan pekerjaan sebagai swasta/karyawan sebanyak 20 responden (57,1%). Sesuai dengan penelitian Erizon & Murti, (2021) dimana wiraswasta sebanyak 20 responden (40,8%) dan IRT 16 responden (32,7%). Penelitian oleh Nisak et al., (2023) bahwa responden yang bekerja dan memiliki kualitas hidup baik. bekerja dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri dan membantu perekonomian agar pengobatan dapat berlangsung sampai pasien sembuh dari stroke.

Peneliti menyimpulkan bahwa pekerjaan rata-rata yaitu swasta/karyawan yang mana ekonomi tentunya stabil dengan gaji perbulan dan dapat mengantarkan pasien ke rumah sakit untuk kontrol,

4. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan Pendidikan SMA sebanyak 23 responden (65,7%). Sesuai penelitian dengan Barahama et al., (2019) dimana tingkat Pendidikan tinggi (amat SMA) sebanyak 155 responden (67,1%). Menurut (Kurnia et al., 2023) tingkat Pendidikan seseorang dapat berbeda-beda karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi pendidikan antara lain motivasi, ekonomi, sosial, budaya dan pengetahuan individu tersebut. Tingkat Pendidikan rendah akan mempengaruhi perilaku seseorang termasuk perilaku kesehatan untuk mencegah penyakit stroke.

Menurut penelitian Yuniarti & Kariasa, (2020) Fungsi Pendidikan sebagai keluarga bahwa seseorang harus dapat menunjukkan perilaku sesuai peran dan tugasnya dan mampu membuat keputusan yang tepat untuk perawatan dan pemeliharaan kesehatan.

Menurut peneliti Sebagian besar responden yang terlambat membawa kerumah sakit bisa saja berasal dari faktor lain, tidak hanya dari kalangan berpendidikan rendah maupun tinggi tetapi salah satu pengambil keputusan adalah keluarga dalam penanganan kesehatan anggota keluarganya.

5. Transportasi menuju Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan menggunakan transportasi mobil pribadi untuk menuju ke Rumah sakit sebanyak 28 responden (80%). Sesuai dengan penelitian (Barahama et

al., 2019) dimana penggunaan ambulance lebih sedikit yaitu 47 responden (20,35%) dari pada tidak yaitu 184 responden (79,65%).

Mayoritas pasien menggunakan ambulans saat melaporkan kondisi medis yang dianggap parah yang memerlukan perhatian darurat (50,3%), banyak pasien yang tidak menggunakan ambulans karena tidak mengetahui layanan ambulans (37,9%), sementara Sebagian pasien lainnya berpendapat bahwa ambulans membutuhkan waktu terlalu lama untuk tiba. Biaya terkait transportasi ke rumah sakit bervariasi, dimana pasien melaporkan biaya transportasi non ambulans lebih murah dibandingkan menggunakan ambulans yang mahal (Brice et al., 2022).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa penggunaan mobil pribadi lebih gampang dan lebih mudah dirasakan pasien dibandingkan menggunakan ambulans. Kasus seperti serangan stroke alangkah baiknya menggunakan transportasi ambulans untuk mendapatkan tindakan medis yang lebih cepat dan tepat saat datang ke RSI Banjarnegara.

6. Karakteristik Jalan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan karakteristik jalan menuju Rumah Sakit yaitu jalan Cor sebanyak 19 responden (54,3%). Ban merupakan salah satu komponen pada kendaraan yang bersentuhan dengan tekstur permukaan jalan. Maka dari itu ban salah satu penentu keamanan, kenyamanan dan kestabilan kendaraan terhadap jalan untuk meningkatkan percepatan serta

mempermudah pergerakan. Dimana dari hasil penelitian Akbar & Budi Santoso,(2020) didapatkan kekasaran tekstur permukaan jalan (IRI) aspal 6,4 dan IRI permukaan tekstur jalan beton 6,7 jadi IRI jalan beton lebih besar dibandingkan IRI jalan aspal yang mana koefisien gesekan terbesar pada permukaan jalan beton 1,132 kecepatan 30-40 km/jam dan yang terendah 0,2831 dikecepatan 20-30 km/jam.

Adanya *speed bump* atau polisi tidur dapat mempengaruhi percepatan membawa pasien ke rumah sakit, dimana kecepatan akan menurun dan sesuai dengan penelitian (Nugroho, 2021) dengan judul efektivitas penggunaan *speed bump* sebagai alat pengendali dan pengguna jalan berdasarkan pasal 11 Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2013 dimana *speed bump* dibuat dengan aturan yang ada agar tidak membahayakan pengendara lain.

Dapat disimpulkan bahwa karakteristik jalan bukan hanya dari beton maupun aspal, akan tetapi juga *speed bump* dapat mempengaruhi kecepatan dan guncangan pasien yang akan dibawa ke rumah sakit. Gesekan ban terhadap beton akan memberikan gesekan yang besar dan disitu kecepatan akan menurun dibandingkan dengan jalan aspal yang mempunyai gaya gesek yang kecil.

7. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan dukungan keluarga baik sebanyak 24 responden (68,6%). Penelitian ini sejalan dengan Erizon & Murti, (2021) bahwa keterbatasan fisik dan

mental mengharuskan pasien pascastroke menjadi tergantung dengan orang lain atau tidak mandiri. Orang yang berada di sekitar orang tersebut sangat membutuhkan untuk merawat pasien dalam mencukupi kebutuhan pasien. Orang dengan stroke seperti makan, minum, membersihkan diri dan aktivitas hidup lainnya (Meo & Dikson, 2021).

Menurut penelitian Setyoadi et al., (2017) dukungan keluarga pada pasien stroke di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung didapatkan 57 persen menunjukkan bahwa pasien stroke mendapatkan dukungan keluarga yang baik sebanyak 50 orang (87,72%), dukungan keluarga yang cukup sebanyak 7 orang (12,28%).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dukungan interpersonal yang terdiri dari sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga dapat memperhatikan keluarga yang terkena penyakit stroke dan sangat membutuhkan bantuan berupa dukungan mental emosional.

8. Jarak Rumah dengan Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan jarak rumah dengan rumah sakit >5 km sebanyak 19 responden (54,3%). Jarak rumah adalah salah satu tingkat keberhasilan dalam pengobatan pasien yaitu pasien stroke. Jarak rumah ke rumah sakit sampai ke tempat pengobatan atau pelayanan kesehatan (Kurnia et al., 2023). Jarak berobat merupakan berapa jauh jarak yang ditempuh pasien ke rumah sampai ke tempat pengobatan. Sesuai dengan penelitian Sumarno,

(2019) dimana rata-rata jarak tempat tinggal yaitu 14,5 kilometer, jarak terdekat tempat tinggal pasien dengan RSUD Bangil yaitu 5 kilometer dan yang jauh yaitu 36 kilometer.

Dapat disimpulkan oleh peneliti bahwa jarak rumah ke rumah sakit merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam pengobatan penyakit stroke yang mana pengobatan lebih cepat dapat mempercepat pengobatan dan fase penyembuhan.

9. Kecepatan Keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan responden dengan kecepatan keluarga membawa pasien ke rumah sakit dengan cepat sebanyak 25 responden (71,4%). Kecepatan keluarga dalam membawa ke rumah sakit yang terserang stroke untuk mendapatkan pengobatan dan penanganan supaya tidak mengakibatkan kecacatan dan kematian.

Pasien stroke harus segera di bawa ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan dan mengavaluasi dalam memastikan diagnosis stroke, melacak faktor resiko dan segera mendapatkan terapi yang spesifik agar mencegah bertambahnya kerusakan otak akibat hiposkia yang terlalu lama, dan apabila seseorang dicurigai mengalami serangan stroke harus segera meminta bantuan ambulan gawat darurat agar segera mendapatkan bantuan (Yuswantoro et al., 2022),

Penelitian ini menunjukkan bahwa awal stroke dimana respon segera dibawa ke rumah sakit < 4,5 jam setelah serangan atau *golden hour* menjadi hal yang sangat penting karena penanganan stroke sendiri

mungkin akan mengurangi kematian dan meminimalkan kerusakan yang terjadi di otak. *Golden hour* merupakan istilah yang digunakan untuk menunjukkan waktu efektif penanganan stroke. Penanganan dini yang paling direkomendasikan pada pasien stroke pada saat rentang waktu kurang dari tiga jam (*golden hour*) setelah terjadinya serangan stroke.

B. Analisis Bivariat

1. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kecepatan Keluarga membawa Pasien Stroke ke RSI Banjarnegara

Setelah dilakukan uji gamma diatas terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga nilai $p\ value = 0,003$ ($p = <0,05$) dan nilai pearson chi-square 11,317. Sesuai dengan penelitian Trisniawati, (2022) menunjukkan jarak rumah 1-10 KM dengan kecepatan keluarga membawa penderita stroke $\leq 4,5$ jam sebanyak 29 responden (58,0%) dan ada hubungan antara jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa penderita stroke ke rumah sakit dengan nilai $p\ value = 0,000$ ($p < 0,05$). Jarak rumah tidak menjadi penyebab anggota keluarga tidak membawa pasien stroke ke rumah sakit, karena kecepatan seorang penderita mendapatkan penanganan tepat di rumah sakit berpengaruh terhadap keberhasilan dalam penatalaksanaan stroke (Fekadu, 2019). Sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilaksanakan di India bahwa jarak tempat tinggal pasien yang lebih dekat dengan rumah sakit merupakan salah satu faktor yang

berhubungan dengan kedatangan pasien yang lebih awal dirumah sakit namun pengetahuan mengenai gejala dan tanda stroke salah satu faktor yang penting waktu kedatangan pasien stroke di rumah sakit (Ashraf et al., 2015). Sesuai dengan penelitian Fiscarina et al., (2023) dimana pasien membutuhkan peran keluarga dalam keadaan darurat seperti serangan stroke. Peran penting keluarga meliputi hampir semua aspek kehidupan termasuk dalam masalah kesehatan.

Keluarga merupakan orang yang pertama kali melakukan kontak langsung dengan pasien yang mengalami serangan stroke, baik serangan, maupun setelah serangan sesuai dengan penelitian (rachamwati et al, 2017) Dimana keluarga cenderung menunggu dan membiarkan (32,8%) Ketika terjadi serangan stroke, yang mendapat dukungan dengan banyaknya responden yang memiliki pengetahuan dibawah nilai rata-rata populasi (62,7%) yang mana terjadi keterlambatan kedatangan ke rumah sakit. Respon keluarga yang tidak sesuai saat menghadapi serangan stroke yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan yang memanjang atau *decision delay*, sehingga mengakibatkan terjadinya keterlambatan pasien dibawa ke rumah sakit yang mana banyaknya waktu yang digunakan untuk pengambilan keputusan.

Menurut penelitian Faiz et al., (2014) bahwa *decision delay* mengambil hamper 50% waktu keterlambatan, sehingga pada pasien tidak menggunakan EMS dengan median keterlambatan mencapai 505

menit (IQR 215-1481 menit) dengan median *decision delay* mencapai 270 menit (IQR 90-1170menit).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa keluarga merupakan orang yang pertama kali mengetahui adanya suatu masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarganya dan mengambil keputusan terkait tindakan yang akan dilakukan.

2. Analisis Hubungan Jarak Rumah dengan Kecepatan Keluarga membawa Pasien Stroke ke RSI Banjarnegara

Setelah dilakukan uji *chi-square* diatas menunjukkan jarak rumah dengan kecepatan keluarga yaitu nilai signifikansi atau nilai p value = 0,007 ($p = <0,05$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian (Kurnia et al., 2023) dimana 44 responden dari 72 responden memiliki jarak tempuh yang jauh ke instalasi Gawat Darurat RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi sebanyak 42 responden (95,5%) yang datang terlambat membawa pasien post serangan stroke iskemik ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi. Berdasarkan hasil uji statistic didapatkan nilai p value = 0,000 maka dapat disimpulkan ada hubungan signifikan antara faktor jarak tempuh dengan waktu kedatangan keluarga membawa pasien post serangan stroke iskemik ke instalasi gawat darurat RS Otak Dr. Drs. M. Hatta Bukittinggi.

Sesuai dengan penelitian Rosmary & Handayani, (2020) bahwa jarak rumah merupakan salah satu keberhasilan dalam pengobatan

pasien stroke, jarak rumah dengan rumah sakit yang ditempuh oleh pasien dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan. Jarak berobat yaitu berapa jauh jarak yang ditempuh pasien dari rumah sampai ke tempat pengobatan atau pelayanan kesehatan.

Menurut penelitian Arulprakash (2019) bahwa jarak tidak signifikan mempengaruhi kedatangan pasien di rumah sakit. Tetapi responden yang mempunyai tempat tinggal lebih dari 15 km mempunyai waktu rata-rata mencapai 16,2 jam (50,5%). Penelitian di Korea menemukan setidaknya 40 pasien yang terlambat dibawa ke rumah sakit cenderung memutuskan untuk berangkat 2 jam setelah gejala itu muncul, tetapi hanya 8 pasien yang datang ke rumah sakit dalam waktu 3 jam. Menurut Hong et al., (2011) dimana perbedaan yang signifikan pada rata-rata jarak tempat kejadian dengan pelayanan kesehatan atau rumah sakit pada kelompok tidak mengalami keterlambatan dengan kelompok sebaliknya yaitu 16,9 km vs 37,1 km ($p < 0,001$).

Menurut penelitian Barahama et al., (2019) dimana tidak terdapat bermakna antara keterlambatan pasien stroke ke rumah sakit dapat didefinisikan sebagai aksesibilitas dimana memperlihatkan kemudahan dalam bergerak, sesuai dengan penelitian Walter *et al.*, (2014) dimana aksesibilitas mempunyai hubungan dengan jarak dengan hal ini untuk menjangkau fasilitas kesehatan ke rumah sakit dalam suatu wilayah. Jarak absolut merupakan jarak yang dihitung dari jarak tempat

tinggal pengunjung menuju pelayanan kesehatan dalam hal ini yaitu rumah sakit dengan menggunakan transportasi maupun jalan kaki.

Menurut kesimpulan peneliti yang berkaitan dengan sebagian besar responden yang terlambat membawa keluarga ke rumah sakit mempunyai jarak tempuh yang jauh ke rumah sakit, karena jarak tempat tinggal yang jauh dari fasilitas kesehatan akan menyebabkan keterlambatan penanganan, apalagi ditambah dengan kemacetan maupun yang terjadi saat pasien dibawa ke Rumah Sakit Islam Banjarnegara.

C. Keterbatasan Penelitian

Hambatan yang terjadi saat melakukan penelitian yaitu waktu digunakan dalam pengambilan data penelitian yang terbatas, sehingga mencari data yang sudah masuk rawat inap. Orang yang mengantarkan di IGD yang mengetahui kronologi kejadian pasien. Untuk mengkategorikan Jarak rumah dengan rumah sakit, peneliti juga perlu memperhatikan faktor akses transportasi yang mana banyak menggunakan mobil pribadi, dan peneliti kurang lengkap akses mana yang dituju merupakan daerah yang lalu lintasnya padat atau tidak. Sehingga dapat berpengaruh pada kecepatan ke Rumah sakit.

D. Implikasi untuk keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai salah satu pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit stroke, yang mana memerlukan respon yang cepat dalam meminimalkan angka

kecacatan dan kematian pada penyakit stroke. Selain itu dapat digunakan di bidang keperawatan yang mana mampu memberikan promosi kesehatan mulai dari penyuluhan kepada pasien, sampai dengan pengawasan secara optimal. Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan maupun referensi dalam ilmu kesehatan terkait pengetahuan, faktor risiko, dan penanganan penderita stroke.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terkait hubungan dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Hasil karakteristik umum responden dalam penelitian ini didapatkan bahwa jenis kelamin Perempuan terbanyak dengan Usia 26-45 tahun sebanyak 25 responden (71,4%) yaitu dengan pekerjaan swasta/karyawan berpendidikan SMA sebanyak 23 responden (65,7%) yang mana membawa pasien ke rumah sakit dengan menggunakan mobil pribadi sebanyak 28 responden (80,0%) dan karakteristik jalan menggunakan cor sebanyak 19 responden (54,3%).
2. Dukungan keluarga baik sebanyak 24 responden (68,6%).
3. Jarak rumah dengan rumah sakit > 6 km sebanyak 19 responden (54,3%).
4. Kecepatan keluarga dalam membawa pasien ke Rumah Sakit dengan cepat sebanyak 25 responden (71,4%).
5. Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke ke RSI Banjarnegara dengan nilai $p=0,003$ ($p<0,05$).
6. Terdapat hubungan antara jarak rumah dengan kecepatan keluarga dalam membawa pasien Stroke ke RSI Banjarnegara dengan nilai $p=0,007$ ($p<0,05$).

B. Saran

1. Bagi Petugas Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai informasi dan sumber wawasan terupdate bagi petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan maupun edukasi kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya tindakan pasien stroke. Dimana stroke memiliki *golden hour* yang harus dilakukan pengobatan secara cepat agar tidak terjadi bertambahnya kecacatan maupun kematian pada pasien penyakit stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan medical bedah.

3. Bagi Penderita Stroke dan Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga selalu memantau kendala yang mungkin terjadi pada anggota keluarga yang terserang stroke saat dirawat di rumah sakit.

4. Peneliti

Penelitian ini dapat bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan baru terkait penanganan penyakit stroke dan apa kendala yang akan muncul bila tidak dilakukan tindakan secara cepat dan tepat untuk pasien stroke.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya diharapkan meneliti terkait faktor-faktor yang memengaruhi dukungan keluarga dan jarak rumah dengan kecepatan keluarga membawa pasien stroke.



DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, H., & Budi Santoso, E. (2020). Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Hipertensi Pada Masyarakat (Studi Kasus Di Kecamatan Passi Barat Kabupaten Bolaang Mongondow). *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 3(1), 12–19. <https://doi.org/10.56338/mppki.v3i1.1013>
- Ashraf, V. V, Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015). Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(2), 162–166. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.150627>
- Barahama, D. V., Tangkudung, G., & Kembuan, M. A. H. N. (2019). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-CliniC*, 7(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.v7i1.22177>
- Brice, S. N., Boutilier, J. J., Gartner, D., Harper, P., Knight, V., Lloyd, J., Puspongoro, A. D., Rini, A. P., Turnbull-Ross, J., & Tuson, M. (2022). Emergency services utilization in Jakarta (Indonesia): a cross-sectional study of patients attending hospital emergency departments. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08061-8>
- Erizon, D. M., & Murti, A. T. (2021). Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Konsep Diri Klien Stroke di Wilayah Kerja Puskesmas KTK Kota Solok Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Pijar*, 1(1), 7–17.
- Fiscarina, W., Utomo, W., Wahyuni, S., Studi, P., Keperawatan, I., & Riau, U. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke : Literature Review. In *An Idea Nursing Journal ISSN* (Vol. 2).
- Kurnia, V., Pauzi, M., Gustin, R. K., Gusmiati, R., & Marlina, Y. (2023). *Faktor Penunjang dengan Waktu Kedatangan Keluarga Membawa Pasien Post Serangan Stroke Iskemik ke IGD RS Otak DR.drs.M. Hatta Bukittinggi* (Vol. 4, Issue 2).
- Meo, G. B. K. M. Y., & Dikson, M. (2021). Activity Of Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 13–19.
- Nisak, R., Marwan, & Rahmalia, M. J. (2023). Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 9(2), 252–259. <https://doi.org/10.33023/jikep.v9i2.1429>
- Nugroho, S. (2021). Efektivitas Penggunaan speed bump Sebagai Alat Pengendali Dan Pengaman Pengguna Jalan Berdasarkan Pasal 11 Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2013 (Studi Di Dinas Perhubungan Surakarta). *Journal of Constitutional Law*, 3. <http://urj.uin-malang.ac.id/index.php/albalad>

- Setyoadi, S., Nasution, T. H., & Kardinasari, A. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Pasien Stroke Di Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Dr. Iskak Tulungagung. *Majalahkesehatan*, 4(3), 139–148. <https://doi.org/10.21776/ub.majalahkesehatan.2017.004.03.5>
- Sumarno, E. (2019). *Analisis Faktor Determinan yang Mempengaruhi Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bangil* [Skripsi]. STIKES Widyagama Husada Malang.
- Trisniawati, A. (2022). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Jarak Rumah dengan Kecepatan Keluarga membawa Penderita Stroke ke Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang* [Skripsi]. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Yuniarti, I. I., & Kariasa, I. M. (2020). Peran Keluarga Terhadap Self Management Pasien Pasca Stroke: Literature Review. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(3), 452. <https://doi.org/10.20527/dk.v8i3.8256>
- Yuswanto, E., Niningasih, R., & Christiani, M. (2022). A Study of Pre-Hospital Stroke Management in Family. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 8(1), 82–88.

