



**DESKRIPSI TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE**

SKRIPSI

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh :

Hanna Pratiwi Kumala Sari

NIM : 30902300216

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2024



**DESKRIPSI TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE**

SKRIPSI

Oleh :

Hanna Pratiwi Kumala Sari

NIM : 30902300216

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2024

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 19 Agustus 2024

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti



Dr. Hj. Sri Wahyuni, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. Mat



Hanna Pratiwi Kumala Sari

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

DESKRIPSI TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Hanna Pratiwi Kumala Sari

NIM : 30902300216

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I,


Tanggal : 16 Agustus 2024


Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 06-1509-8802

Pembimbing II,

Tanggal: 16 Agustus 2024


Ns. Apriliyani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIDN. 06-1804-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

DESKRIPSI TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Hanna Pratiwi Kumala Sari

NIM : 30902300216

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 19 Agustus 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2708-8403

Penguji II,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep
NIDN. 06-1509-8802

Penguji III,

Ns. Apriliyani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat
NIDN. 06-1804-8901

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardhan, SKM., M.Kep
NIDN. 06-2208-7403

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, Agustus 2024**

ABSTRAK

Hanna Pratiwi Kumala Sari

**DESKRIPSI TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG
PENANGANAN AWAL KEJADIAN STROKE**

66 Halaman + 6 tabel + 2 bagan + 6 lampiran + xiv

Latar belakang : Stroke merupakan penyebab kematian kedua didunia. Salah satu kunci penting dalam meminimalkan kerusakan otak yang ditimbulkan oleh stroke adalah dengan memberikan penanganan cepat dan tepat. Luasnya kerusakan neurologis atau komplikasi penyakit stroke sangat di tentukan juga oleh penanganan awal di rumah. Semakin cepat pasien mendapat pertolongan maka akan semakin kecil kemungkinan terjadi keparahan atau kecacatan yang ditimbulkan.

Tujuan : Mengetahui deskripsi tingkat pengetahuan keluarga tentang penanganan awal kejadian stroke di RSI Sultan Agung Semarang.

Metode : Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif non-eksperimental penelitian menggunakan deskriptif observasional. Sampel dalam penelitian ini sejumlah 56 responden dengan menggunakan total populasi. Pengumpulan data Tingkat pengetahuan keluarga menggunakan kuesioner penanganan awal stroke.

Hasil : Penelitian ini menunjukkan tingkat pengetahuan keluarga pada penanganan awal kejadian stroke dikategorikan cukup 57,1%, Tingkat pengetahuan baik 37,5%, kurang 5,4% dan *respon time* keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit lambat (> 4,5 jam) 57,1%, cepat (< 4,5jam) 42,9%

Kesimpulan : Deskripsi Tingkat pengetahuan keluarga cukup 57,1% dan *respon time* keluarga lambat 57,1%

Kata kunci : Tingkat Pengetahuan, Stroke, *Respon Time* Keluarga

Daftar pustaka : 39 (2006-2022)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG**

Thesis, August 2024

ABSTRACT

**DESCRIPTION OF FAMILY'S LEVEL OF KNOWLEDGE REGARDING
INITIAL MANAGEMENT OF STROKE INCIDENTS**

66 pages + 6 tabels + 2 figures + 6 appendices + xiv

Background : *Stroke is the second cause of death in the world. One of the important keys in minimizing brain damage caused by stroke is to provide fast and appropriate treatment. The extent of neurological damage or stroke complications is also determined by initial treatment at home. The sooner the patient gets help, the less likely it is that severity or disability will occur.*

Objective : *To find out a description of the level of family knowledge regarding the initial handling of stroke events at RSI Sultan Agung Semarang.*

Method : *This research uses a non-experimental quantitative research design using descriptive observational research. The sample in this study was 56 respondents using the total population. Data collection on family knowledge level using a questionnaire on initial stroke management.*

Result : *This research shows that the level of family knowledge in the initial handling of stroke events is categorized as sufficient 57.1%, the level of knowledge is good 37.5%, poor 5.4% and the family response time in taking the patient to the hospital is slow (> 4.5 hours) 57.1%, fast (< 4.5hours) 42.9%.*

Conclusion : *Description The level of family knowledge is sufficient 57.1% and the family response time is slow 57.1%.*

Keywords : *Level of Knowledge, Stroke, Response Time Family*

Bibliography : *39 (2006-2022)*

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Deskripsi Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penanganan Awal Kejadian Stroke”.

Penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. 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. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep, selaku dosen pembimbing I yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing serta memberikan semangat dalam penyusunan skripsi ini.

5. Ns. Apriliyani Yulianti Wuriningsih, M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku dosen pembimbing II yang telah sabar meluangkan waktu serta tenaganya dalam membimbing serta memberikan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Kedua orang tua serta suami saya, yang senantiasa mendoakan, memotivasi, memberikan dukungan, semangat serta nasehat.
8. Teman-teman seperjuangan FIK UNISSULA angkatan 2023 prodi S1 Keperawatan yang selalu mendukung dan memberikan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. 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. Penulis berharap skripsi ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang Agustus 2024
Penulis

Hanna Pratiwi Kumala Sari
NIM : 30902300216

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian	6
1. Manfaat Teoritis	6
2. Manfaat Praktis	6
3. Manfaat Metodologis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Tinjauan Teori	8
1. Stroke	8
2. Konsep Respon Time Keluarga.....	22
3. Tingkat Pengetahuan Keluarga Sebagai Inisiator pada Penderita Stroke	24
B. Kerangka Teori.....	26
BAB III METODE PENELITIAN.....	27
A. Kerangka Konsep.....	27

B. Variabel Penelitian	28
C. Jenis dan Desain Penelitian	28
D. Populasi dan Sampel Penelitian	29
1. Populasi	29
2. Sampel	29
E. Waktu dan Tempat Penelitian	31
F. Definisi Operasional	31
G. Instrumen atau alat pengumpulan data	33
H. Metode Pengumpulan Data	34
I. Uji Instrumen	36
1. Uji Validitas	36
2. Uji Reliabilitas	37
J. Analisa Data	37
1. Analisa univariat	38
K. Etika Penelitian	38
1. Lembar persetujuan (<i>Informed consent</i>)	38
2. Tanpa nama (<i>Anonimy</i>)	39
3. Kerahasiaan (<i>confidentiality</i>)	39
4. Hak responden (<i>Right to wit draw</i>)	39
BAB IV HASIL PENELITIAN	41
A. Karakteristik Demografi	41
1. Karakteristik Demografi Berdasarkan Umur	41
2. Karakteristik Demografi Berdasarkan Jenis Kelamin	42
3. Karakteristik Demografi Berdasarkan Pendidikan	42
4. Karakteristik Demografi Berdasarkan Pekerjaan	42
5. <i>Respon Time</i> Keluarga Dalam Membawa Pasien ke Rumah Sakit	43
B. Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penanganan awal Kejadian Stroke di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)	44
BAB V PEMBAHASAN	45
A. Karakteristik Demografi	45
1. Usia Responden	45

2. Jenis Kelamin	46
3. Tingkat Pendidikan.....	47
4. Pekerjaan	48
5. <i>Respon Time</i> Keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit.....	48
6. Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Awal Kejadian Stroke di RSI Sultan Agung Semarang.....	50
B. Keterbatasan Peneliti.....	52
C. Implikasi Untuk Keperawatan.....	52
BAB VI PENUTUP	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran.....	54
1. Bagi Institusi Pendidikan	54
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	54
3. Bagi Pasien dan Keluarga	54
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN.....	59



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Teori.....	26
Bagan 3.1. Kerangka Konsep.....	28



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	32
Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia di RSI Sultan Agung Semarang (n=56)	41
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)	42
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)	42
Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024	42
Tabel 4. 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan respon time keluarga dalam membawa pasien RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)	43
Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi responden Tingkat Pengetahuan Keluarga pada penanganan awal kejadian stroke di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024	44



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Ijin melaksanakan penelitian dari RSI Sultan Agung

Lampiran 2. Surat Keterangan Lolos Uji Etik

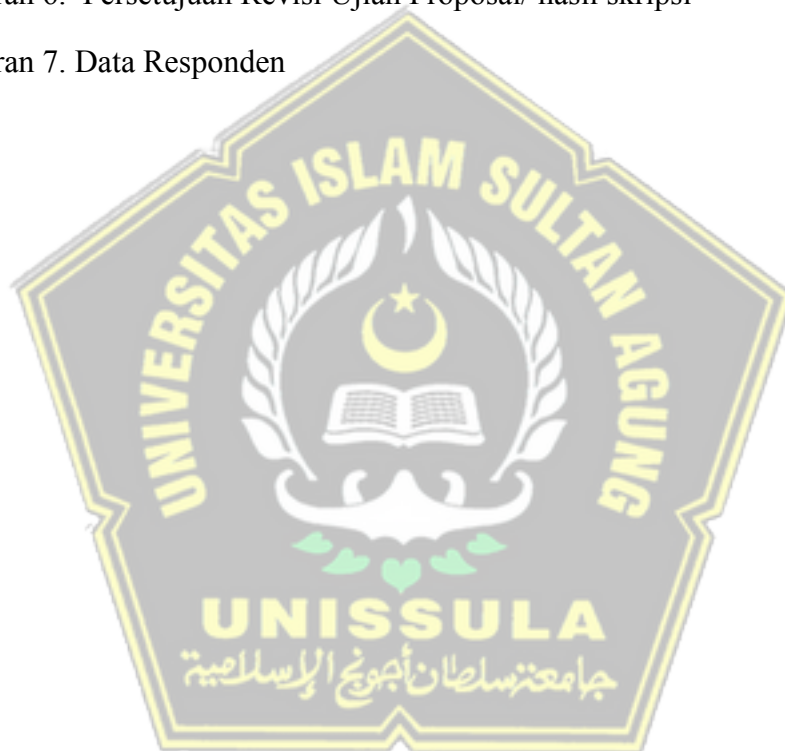
Lampiran 3. Lembar Permohonan menjadi responden

Lampiran 4. Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 5. Kuesioner Penelitian

Lampiran 6. Persetujuan Revisi Ujian Proposal/ hasil skripsi

Lampiran 7. Data Responden



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung lebih dari 24 jam, hal ini disebabkan oleh penyakit serebrovaskular (Mardiyanti & Aktifah, 2021). Pada pasien stroke dapat mengalami defisit neurologis yang menyebabkan bermacam-macam disabilitas, diantaranya gangguan sensorik, kelumpuhan ataupun masalah pengendalian gerak, hambatan berbahasa, gangguan emosional, serta gangguan dalam proses berfikir dan daya ingat (Sukiandra & Marindra, 2017). Stroke merupakan kondisi *emergency*, semakin cepat penegakan diagnosis, semakin cepat penatalaksanaan, maka akan semakin baik *outcome* yaitu penurunan angka kecacatan dan angka kematian (*time is brain*). Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, selain menyebabkan kematian stroke juga akan mengakibatkan dampak untuk kehidupan. Dampak stroke diantaranya, ingatan jadi terganggu dan terjadi penurunan daya ingat, menurunkan kualitas hidup penderita juga kehidupan keluarga dan orang-orang di sekelilingnya, mengalami penurunan kualitas hidup yang lebih drastis, kecacatan fisik maupun mental pada usia produktif dan usia lanjut dan kematian dalam waktu singkat (Ishariani et al., 2019).

Stroke berpotensi menimbulkan kematian. Namun jika pasien sembuh setelah terkena serangan stroke, kemungkinan besar kualitas hidupnya menurun akibat berbagai komplikasi yang muncul. Maka dari itu kecepatan membawa pasien stroke ke rumah sakit sangat penting. *Response time* atau waktu tanggap adalah kecepatan melakukan tindakan secara cepat kepada pasien gawat darurat (Musthofa et al., 2021). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 1988 telah mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul, serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Wiratri, 2018). Untuk mengoptimalkan *response time*, bahwa penanganan pre-hospital penting untuk meminimalkan kerusakan neurologis yang terjadi. Pada saat terjadinya serangan stroke keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan Kesehatan terhadap pasien stroke (Rahmina et al., 2017). Inisiatif dari keluarga berperan penting untuk pengambilan keputusan juga dalam proses transportasi ke pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan stroke. Jika penanganan stroke diberikan lebih dari rentang waktu tersebut, maka kerusakan yang dialami pasien stroke akan bersifat permanen. Keberhasilan *response time* sangat tergantung pada kecepatan dan kualitas bantuan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kecacatan sejak saat kejadian, dalam perjalanan menuju rumah sakit (Maatilu et al., 2014)

Agar terhindar dari faktor resiko akibat stroke sangat dibutuhkan pengetahuan dan sikap keluarga untuk mendapatkan penanganan awal

dirumah supaya tidak cacat permanen. Penyakit stroke merupakan kegawat daruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat dan juga cermat. Upaya yang komprehensif untuk mendeteksi kejadian stroke sangat dibutuhkan pengetahuan dan sikap keluarga dalam hal ini. 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 tingkat pengetahuan keluarga dalam mendeteksi serangan stroke, Masih banyaknya anggota masyarakat yang tidak tahu atau minimalnya tanda dan gejala yang muncul sebagai serangan stroke akut masih merupakan masalah utama keterlambatan manajemen setelah serangan stroke akut. Masalah lain yang sering dijumpai di masyarakat adalah sikap, perilaku serta tingkat pendidikan rendah yang juga dapat mempengaruhi keterlambatan manajemen terhadap pasien stroke akut (Sari et al., 2019).

Sebagian besar pasien stroke akut datang terlambat ke instalasi gawat darurat. Penelitian Pinzon di Yogyakarta menunjukkan hampir 87% pasien datang lebih dari 3 jam setelah serangan. Demikian juga di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi 80% pasien datang > 3 jam setelah serangan. Keterlambatan ini merupakan masalah utama yang dihadapi pasien stroke akut untuk mendapatkan pertolongan segera yang salah satunya disebabkan kurang pengetahuan tentang factor resiko dan peringatan gejala stroke. Studi Sebelumnya menunjukkan hampir 60% keluarga pasien tidak tahu tentang gejala stroke bahkan ada diantara keluarga tersebut yang mempunyai riwayat hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit jantung namun tidak mengetahui

bahwa riwayat penyakit tersebut merupakan factor resiko yang menyebabkan stroke. Keluarga pasien tersebut juga tidak mengetahui jika stroke merupakan kondisi gawat darurat yang memerlukan pertolongan segera sehingga cenderung tidak segera membawa pasien ke rumah sakit atau mencari pertolongan (Rachmawati et al., 2017).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga tentang faktor risiko stroke masih kurang. Handayani tahun 2019 dengan hasil penelitiannya yang menunjukkan bahwa responden yang menjawab dengan benar tentang stroke sangat sedikit. Kurangnya pengetahuan dipengaruhi oleh kurangnya sumber informasi yang diterima oleh keluarga tentang stroke. Informasi tentang faktor risiko, gejala serta penanganan awal stroke bisa didapatkan dari pelayan kesehatan, media sosial (internet, website, facebook, blog, pesan whatsapp dan twitter), maupun media masa (surat kabar, radio dan televisi). Namun pada kenyataannya sumber informasi tersebut masih jarang memberikan informasi tentang pengenalan gejala dan penanganan awal stroke (Rosmary & Handayani, 2020).

Sebagian keluarga pasien stroke mempunyai pengetahuan yang kurang tentang resiko dan peringatan gejala stroke yang dapat menyebabkan keluarga tidak segera membawa pasien ke rumah sakit atau instalasi gawat darurat. Apabila seseorang tersebut mempunyai pengetahuan yang baik tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke maka seseorang tersebut akan menggunakan pengetahuannya sebagai dasar terbentuknya tindakan dengan segera menghubungi layanan kegawat daruratan untuk mendapatkan

pertolongan dengan segera. Dalam fenomena yang ada di RSI Sultan Agung ruang Darul Muqomah 3 dari 5 pasien datang ke rumah sakit setelah beberapa hari mengalami keluhan atau gejala stroke karena ketidaktahuannya tentang gejala atau penyakit stroke. Berdasarkan beberapa penjelasan diatas, maka dianggap perlu untuk dilakukan penelitian guna mengetahui bagaimana “Deskripsi Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penanganan Awal Kejadian Stroke”.

Fenomena yang terjadi saat ini, terutama pengalaman aktual di instansi tempat pengabdian peneliti angka keterlambatan penderita stroke dibawa oleh keluarga ke layanan kesehatan atau RS masih tinggi. Pasien diantar oleh keluarga sudah lebih dari 6 jam, bahkan satu atau 2 hari setelah serangan stroke. Melihat dampak ketidaktercapaian *respon time* tersebut, sehingga peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang hal ini.

B. Perumusan Masalah

Banyaknya kasus penderita stroke terlambat sampai di rumah sakit atau *respon time* tidak tercapai menjadi tantangan tersendiri. Oleh karena itu dibutuhkan hubungan yang harmonis antara pasien, keluarga pasien selaku inisiator atau pengambil keputusan saat pasien harus dibawa ke layanan kesehatan dan tenaga medis. Saat keluarga sebagai inisiator anggota keluarganya yang menderita stroke, ada beberapa faktor yang mempengaruhi kecepatan keluarga untuk membawa penderita stroke ke layanan kesehatan atau rumah sakit, diantaranya adalah tingkat pengetahuan yang akan membentuk suatu persepsi untuk mengambil keputusan. Untuk itu dilakukan

penelitian ini untuk mengetahui “Bagaimana Deskripsi Tingkat Pengetahuan Keluarga dengan Awal Kejadian Stroke”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga pada penanganan awal kejadian stroke.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan dan respon time keluarga penderita stroke.
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan tentang penyakit stroke pada keluarga penderita stroke

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Yaitu untuk mengubah dan memperbaiki *mindset* responden (dalam hal ini keluarga pasien stroke) agar dapat memberikan penanganan yang tepat dikemudian hari apabila menemukan kasus yang serupa sehingga dapat menekan, mengurangi kecacatan dan kematian pasien stroke.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini memberikan gambaran *mapping* yang bisa digunakan acuan bagian *Humas* atau layanan *PKRS* (Promosi Kesehatan Rumah Sakit) untuk bisa melaksanakan program kerjanya. Yaitu memaksimalkan penyuluhan dan edukasi kesehatan secara maintenance

dan berkala, sesuai dengan fungsi memberikan pendidikan non formal. Yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga sebagai inisiator yang berperan penting sebagai pengambil keputusan dalam membawa pasien segera ke pelayanan kesehatan khususnya layanan pasien stroke.

3. Manfaat Metodologis

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



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Stroke

a. Definisi

World Health Organization (WHO) mendefinisikan bahwa stroke merupakan tanda klinis fokal yang berkembang pesat (atau global) gangguan fungsi serebral, berlangsung lama lebih dari 24 jam dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada suatu penyebab yang jelas selain yang berasal dari pembuluh darah. Stroke terjadi apabila adanya sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak yang dapat menyebabkan Sebagian otak tidak mendapatkan oksigen, hal ini mengakibatkan kematian sel/jaringan (Serba-Serbi Kesehatan, 2021). Stroke merupakan suatu keadaan dimana sel-sel otak mengalami kerusakan karena kekurangan oksigen yang disebabkan oleh adanya gangguan aliran darah ke otak. Kekurangan oksigen pada beberapa bagian otak dapat menyebabkan gangguan fungsi pada bagian tersebut. Gangguan saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatic (Siregar & Anggeria, 2019).

b. Etiologi

Stroke biasanya disebabkan oleh hal-hal berikut:

1) Trombosis serebral.

Iskemia jaringan otak dapat menimbulkan edema dan kongesti disekitarnya. Hal ini dapat terjadi akibat adanya thrombosis yang mengalami oklusi pada pembuluh darah. Timbulnya thrombosis dapat disebabkan oleh emboli, atherosclerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, dan arteritis (radang pada arteri).

2) Hemoragik atau perdarahan.

Perdarahan intracranial atau intracerebral termasuk perdarahan dalam ruang sub arachnoid atau ke dalam jaringan otak sendiri yang terjadi karena pembuluh darah yang pecah dan disebabkan oleh adanya aterosklerosis serta tekanan darah tinggi. Pembuluh darah otak yang pecah dapat mengakibatkan pergeseran, penekanan, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan. Hal ini menyebabkan otak akan mengalami pembengkakan, jaringan otak akan tertekan, sehingga menimbulkan infark, edema, atau mungkin herniasi otak.

3) Hipoksis umum.

Hipoksia umum dapat disebabkan karena hipertensi yang parah, henti jantung paru, dan curah jantung menurun akibat aritmia yang menyebabkan aliran darah ke otak mengalami gangguan.

4) Hipoksia setempat.

Hipoksia setempat dapat terjadi akibat spasme arteri cerebral yang disertai perdarahan sub arachnoid dan vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren (Esti & Johan, 2020).

c. Klasifikasi

Menurut (Kariasa, 2022) dalam bukunya menjelaskan bahwa stroke diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik timbul akibat pecahnya pembuluh darah yang dapat menghambat aliran darah normal dan darah merembes ke daerah otak, hal ini dapat menyebabkan kerusakan otak. stroke hemoragik dikelompokkan menjadi 2 berdasarkan jenisnya, yaitu:

a) Perdarahan Intracerebral (PIS)/ *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

Perdarahan Intracerebral terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya yang menyebabkan kerusakan pada sel-sel otak. Perdarahan intracerebral dapat disebabkan oleh trauma, tekanan darah tinggi, malformasi vaskuler, dan penggunaan obat pengencer darah.

b) Perdarahan Subaraknoid (PSA)/*Subarachnoid Hemorrhage (SAH)*

Perdarahan subarachnoid biasanya timbul akibat aneurisma serebral atau kelainan arteri pada dasar otak. Aneurisma serebral merupakan area kecil bulat atau tidak teratur yang mengalami pembengkakan pada arteri. Arteri yang mengalami pembengkakan parah dapat menyebabkan dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah. Beberapa penderita aneurisma mengalami kondisi ini sejak lahir dengan perkembangannya yang sangat lambat. Aneurisma serebral sendiri sampai saat ini belum diketahui penyebabnya.

2) Stroke Iskemik

Menurut perjalanan klinis (Bahruddin, 2018) mengkalisifikasi iskemik cerebral menjadi 4 yaitu sebagai berikut:

- a) TIA (*Transient Ischemic Attack*) yaitu suatu gangguan akut dari fungsi focal serebral yang gejalanya berlangsung kurang dari 24 jam dan disebabkan oleh trombus atau emboli.
- b) RIND (*Reversible Ischemic Neurological Deficit*) yaitu gangguan akut seperti TIA dan gejala neurologis akan hilang tapi waktu berlangsungnya lebih lama, yaitu lebih dari 24 jam

bahkan sampai 21 hari. Biasanya RIND membaik dalam waktu 24-48 jam.

c) *Stroke In Evolution (Progressing Stroke)* yaitu pada kondisi ini gejala atau tanda neurologis focal terus memburuk setelah 48 jam.

d) *Complete Stroke Non-Hemorrhagic* yaitu bahwa kelainan neurologis yang ada sifatnya sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

d. Tanda dan Gejala

FAST merupakan metode yang dapat digunakan untuk mengenali tanda dan gejala stroke dengan mudah. Adapun definisi FAST sendiri antara lain:

1) Face (Wajah)

Gejala stroke dapat ditandai dengan adanya wajah terkulai atau mati rasa. Hal ini bisa diamati saat seseorang tersenyum, terdapat senyum yang tidak simetris.

2) Arms (Lengan)

Kelemahan lengan atau anggota gerak yang dapat terjadi pada satu lengan maupun keduanya.

3) Speech (Bicara)

Kesulitan Bicara, bicara pelo, bicara tidak jelas, atau bahkan tidak mampu berbicara sama sekali.

4) Time (Waktu)

Apabila terdapat salah satu gejala atau lebih, segera hubungi rumah sakit (ASA, 2023)

Gejala stroke yang lain yaitu:

- a) Kelemahan anggota gerak atas, bawah, ataupun wajah terutama pada sebelah sisi tubuh (*hemiparese*)
- b) Kesulitan berbicara atau bingung dalam memahami pembicaraan
- c) Gangguan dalam penglihatan pada salah satu atau kedua mata
- d) Pusing, gangguan berjalan dan hilang keseimbangan atau koordinasi
- e) Nyeri kepala berat tanpa diketahui penyebabnya (ASA,2023)

e. Factor Resiko Terjadinya Stroke

Faktor risiko terjadinya stroke dibagi menjadi 2 yaitu, faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah (American Heart Association (AHA), 2022).

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah

Faktor yang tidak dapat diubah antara lain faktor genetic dan ras, jenis kelamin, usia, serta riwayat penyakit stroke sebelumnya. Faktor genetic seseorang berpengaruh terhadap stroke, karena individu yang mempunyai riwayat penyakit keluarga dengan stroke akan mempunyai risiko tinggi mengalami stroke. Selain itu, ras berkulit hitam lebih sering

mengalami hipertensi daripada ras berkulit putih, sehingga ras berkulit hitam lebih beresiko tinggi mengalami stroke (American Heart Association (AHA), 2022). Stroke dapat terjadi pada siapa saja dan tidak memandang usia, namun semakin bertambahnya usia seseorang maka semakin beresiko pula terkena stroke. Jenis kelamin termasuk dalam faktor risiko stroke, Wardhana (2011) menyebutkan bahwa laki-laki merupakan jenis kelamin yang beresiko tinggi mengalami stroke. Hal ini disebabkan karena kebiasaan merokok, risiko terhadap tekanan darah tinggi, hiperurisemia, serta hipertrigliserida lebih banyak terjadi pada laki-laki. Seseorang yang mempunyai riwayat stroke sebelumnya atau pernah mengalami serangan stroke yang dikenal dengan *Transient Ischemic Attack* (TIA) juga beresiko tinggi mengalami stroke, (American Heart Association (AHA), 2022) menyebutkan bahwa sebanyak 15% kejadian stroke ditandai oleh serangan TIA terlebih dahulu.

2) Faktor risiko yang dapat diubah

Faktor risiko yang dapat diubah diantaranya obesitas (kegemukan), tekanan darah tinggi, hiperlipidemia, kebiasaan merokok, penyalahgunaan alkohol dan obat, serta pola hidup yang tidak sehat. Secara tidak langsung obesitas memicu terjadinya stroke yang diperantarai oleh sekelompok penyakit

yang ditimbulkan akibat obesitas, selain itu salah satu pemicu utama dalam peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler yaitu obesitas (American Heart Association (AHA), 2022). Hipertensi atau biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan penyebab utama terjadinya stroke, beberapa studi menunjukkan bahwa sebanyak 41% manajemen penurunan tekanan darah dapat menurunkan resiko stroke (AHA, 2015; WHO, 2014). Hiperlipidemia atau suatu kondisi yang ditandai dengan kadar lemak di dalam darah melebihi batas normal dapat memicu terjadinya sumbatan pada aliran darah. Individu yang merokok dan mengkonsumsi minuman beralkohol mempunyai risiko lebih tinggi terkena stroke karena dapat memicu terbentuknya plak dalam pembuluh darah. Faktor-faktor tersebut diatas dapat diubah untuk menurunkan risiko stroke dengan cara menerapkan pola hidup sehat (American Heart Association (AHA), 2022).

f. Patifisiologi

Menurut Price dan Wilson (2006, dalam Kusyani & Khayudin, 2022) menyebutkan bahwa patofisiologis stroke iskemik dan hemoragik yaitu:

1) Stroke iskemik

Iskmemia terjadi akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah otak di dalam thrombus ataupun embolus. Umumnya

thrombus timbul akibat aterosklerosis pada dinding pembuluh darah yang berkembang, hal ini menyebabkan penyumbatan pada arteri, aliran darah ke area thrombus menjadi berkurang, akibatnya jaringan otak mengalami infark. Embolus yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis menyebabkan emboli. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang berkembang cepat secara tiba-tiba dan terjadi gangguan neurologis fokal.

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik atau stroke yang disebabkan oleh perdarahan dapat terjadi akibat dinding pembuluh darah yang pecah akibat emboli. Pecahnya pembuluh darah tersebut menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid, akibatnya dapat menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen tersebut akan menimbulkan peningkatan tekanan intracranial yang apabila berlanjut dapat menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Selain itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruangan subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau bahkan tidak ada, sehingga terjadi nekrosis jaringan otak (Kusyani & Khayudin, 2022)

g. Pemeriksaan Diagnostik

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

1) Anamnesis : akan ditemukan kelumpuhan anggota gerak sebelah badan, kelainan bicara/ mulut perot, bicara pelo, atau afasia. Yang paling penting adalah tentukan onset (saat kejadian) apakah gejala muncul waktu istirahat, bangun tidur, atau sedang bekerja.

2) Pemeriksaan fisik : periksa haemodinamik atau tanda-tanda vital pasien, tentukan tingkat kesadaran baik kualitatif maupun kuantitatif (dengan *Glascow Coma Scale*). Jika pasien sadar tentukan gangguan neurologis yang muncul di pasien dan disertai pemeriksaan saraf otak dan motorik. Jika kesadaran menurun, nilai *GCS* dan lakukan pemeriksaan refleks batang otak (refleks kornea, refleks okulosephalic, reaksi pupil terhadap cahaya, dll). Untuk pemeriksaan neurologik dalam penanganan kegawatdaruratan, menggunakan skala atau sistem scoring *National Institutes of Health Scale (NIHSS)*. Selain untuk pemeriksaan derajat defisit neurologis, scoring ini bisa memfasilitasi komunikasi antara pasien dan tenaga medis.

3) Pemeriksaan penunjang

- a) Laboratorium yaitu darah rutin, gula darah, kimia darah, kolesterol, profil lipid, ureum, creatinin, asam urat, fungsi hati, elektrolit, pemeriksaan homeostasis, atau kadar fibrinogen.
- b) Elektrokardiografi : untuk mengetahui kemungkinan mendapat serangan infark jantung, atau pada stroke dapat terjadi perubahan elektrokardiografi sebagai akibat dari perdarahan.

4) Radiologi

- a) CT scan otak untuk mengetahui stroke infark atau hemoragik.
- b) MRI jika dengan gambaran CT Scan brain sulit diidentifikasi, untuk memastikan proses patologis di batang otak.
- c) Foto Thorax untuk mengidentifikasi adakah kelainan pada jantung.
- d) Carotid Doppler Test untuk memeriksa pembuluh darah yang mensuplai otak.
- e) Transcranial Doppler untuk mengukur blood flow beberapa arteri otak
- f) MRA (*Magnetic Resonance Angiogram*)
- g) Cerebral Angiogram, merupakan X-ray image yang memperlihatkan abnormalitas, termasuk melihat adanya penyempitan pembuluh darah.

h. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke disesuaikan dengan jenis stroke yang dialami. Selain jenis stroke, faktor lain yang mempengaruhi pengobatan stroke adalah kapan pertama kali gejala muncul dan riwayat penyakit penyerta lainnya yang dimiliki pasien.

1) Stroke Iskemik (Sumbatan)

Penanganan awal stroke jenis ini berfokus untuk menjaga agar jalan napas tetap baik, mengontrol tekanan darah, dan mengembalikan kondisi aliran darah yang tersumbat. Jenis tindakan yang dilakukan antara lain sebagai berikut:

- a) Penyuntikan rtPA (recombinant tissue plasminogen activator) melalui infus dilakukan untuk membuka sumbatan yang terjadi dalam pembuluh darah otak. Pengobatan ini hanya diberikan untuk pasien stroke yang segera dibawa ke rumah sakit dalam waktu 3 - 4,5 jam setelah gejala pertama muncul.
- b) Obat anti platelet untuk mencegah terjadinya pembekuan darah (contoh: aspirin).
- c) Obat anti koagulan, fungsinya juga untuk mencegah terjadinya pembekuan darah seperti anti platelet, namun anti koagulan lebih dikhususkan untuk penderita stroke dengan gangguan irama jantung. Contoh obatnya adalah heparin.
- d) Obat antihipertensi digunakan untuk mengendalikan tekanan darah. Pada tahap awal stroke, biasanya tekanan darah tidak

diturunkan terlalu rendah untuk menjaga suplai darah ke otak. Namun, setelah kondisi stabil, tekanan darah akan diturunkan sampai level optimal.

- e) Obat penurun kolesterol digunakan untuk mengendalikan kadar kolesterol dalam darah. Yang paling sering digunakan adalah obat dari golongan statin.
- f) Tindakan operasi endarterektomi karotis. Tindakan ini bertujuan untuk membuang tumpukan lemak yang menghambat arteri karotis (pembuluh darah arteri besar di leher). Meskipun efektivitasnya cukup tinggi untuk mencegah stroke iskemik berulang, namun tindakan ini tidak disarankan untuk pasien stroke yang mempunyai riwayat penyakit jantung.
- g) Tindakan angioplasti, dilakukan dengan memasukkan selang kateter melalui pembuluh darah di pangkal paha menuju arteri karotis. Kateter ini membawa sebuah balon khusus dan stent. Setelah kateter tersebut mencapai arteri karotis, balon dikembangkan agar memperluas arteri yang tersumbat lalu disangga dengan stent.

2) Stroke Hemoragik (Perdarahan)

Pada kasus stroke perdarahan, penanganan awal bertujuan untuk menghentikan perdarahan dan mengurangi tekanan intrakranial. Tekanan intra kranial adalah tekanan dalam rongga

kepala yang dipengaruhi oleh kondisi jaringan otak, cairan otak, dan pembuluh darah otak. Pada kasus stroke perdarahan, seringkali tekanan intra kranial ini meningkat dan menyebabkan gangguan pada sel-sel otak. Pengobatan yang dapat diberikan pada stroke haemorrhagik antara lain:

- a) Obat anti hipertensi untuk menurunkan tekanan darah. Sama seperti pada stroke iskemik, pada fase awal target penurunan tekanan darah tidak terlalu rendah untuk menjaga suplai darah ke otak.
- b) Obat anti kejang, diberikan bila terjadi kejang karena terjadinya rangsangan terhadap selaput otak akibat perdarahan.
- c) Bila sebelum stroke terjadi pasien masih mengonsumsi obat pengencer darah, maka dokter akan menghentikan pemakaian obat tersebut. Dokter bisa juga memberikan transfusi faktor pembekuan darah atau obat-obat lain yang berfungsi untuk melawan efek obat pengencer darah tersebut.
- d) Obat untuk menurunkan tekanan intra kranial, misalnya dengan pemberian manitol melalui infus.
- e) Tindakan operasi. Tindakan ini dilakukan apabila dengan pemberian obat-obatan, perdarahan yang terjadi dan tekanan tinggi intra kranial masih tidak dapat diatasi.

(Serba-Serbi Kesehatan, 2021)

2. Konsep Respon Time Keluarga

a. Definisi

Response time atau waktu tanggap adalah kecepatan melakukan tindakan secara cepat kepada pasien gawat darurat (Musthofa et al., 2021). Pasien gawat darurat adalah pasien yang memerlukan pelayanan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan (Keles et al., 2015). *Respon time* keluarga merupakan kecepatan dalam memberikan bantuan pada anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan. Waktu tanggap (*response time*) pada sistem di definisikan sebagai waktu pada saat kejadian (internal dan eksternal) sampai dengan instruksi pertama rutin layanan yang di maksud di eksekusi, disebut dengan *event response time*. Sasaran dari penjadwalan ini adalah meminimalkan response time angka keterlambatan pelayanan pertama gawat darurat/*emergency response time rate*. (Rahman et al., 2019). Salah satu faktor keberhasilan dalam penanganan medis bagi pasien gawat darurat adalah kecepatan dalam memberikan pertolongan yang memadai kepada pasien gawat darurat baik dalam situasi rutin sehari-hari maupun saat kejadian bencana. Waktu respon atau ketepatan waktu yang di berikan oleh pasien yang datang memerlukan standar sesuai kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin penanganan gawat darurat dengan waktu merespon penanganan yang cepat dan tepat. (Saktiawati et al., 2021). Menurut (Maatilu et al.,

2014) menyebutkan bahwa keberhasilan waktu tanggap atau *response time* sangat tergantung kepada kecepatan yang tersedia serta kualitas pemberian pertolongan untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah cacat sejak di tempat kejadian, dalam perjalanan hingga pertolongan rumah sakit.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Respon Time Keluarga

Faktor yang mempengaruhi respon time atau kecepatan keluarga membawa penderita ke layanan kesehatan atau rumah sakit diantaranya yaitu tingkat pengetahuan yang membentuk persepsi, tingkat pengetahuan keluarga sebagai inisiator, jarak yang ditempuh ke layanan kesehatan/RS, status tinggal (misal pasien tinggal sendiri, atau keluarga pekerja sehingga tanda dan gejala dikenali terlambat, atau tahu dari orang lain), transportasi dan akses ke layanan kesehatan, ekonomi, dan ketersediaan armada Ambulan Gawat Darurat (Batubara (2015) dalam Trisniawati, 2022). Minimnya gejala yang timbul sebagai serangan stroke masih menjadi masalah utama keterlambatan manajemen setelah serangan stroke. Masyarakat pada umumnya mencari pertolongan ketika pasien sudah mengalami gejala klinis dan gangguan fungsi yang berat, sedangkan gejala yang ringan kurang mendapatkan respon. Padahal gejala ringan maupun berat pada stroke dapat mengakibatkan kecacatan dan kematian apabila tidak segera diatasi. Dalam hal ini peran keluarga dan kemampuan dalam mendeteksi serangan stroke dan selanjutnya segera membawa

penderita ke rumah sakit sangat dibutuhkan untuk mendapatkan penatalaksanaan awal agar tidak terjadi kecacatan yang permanen serta tidak terjadi keparahan stroke yang berat, yang berakibat komplikasi (Ishariani & Rachmania, 2021).

Padahal Penanganan yang optimal pada jam awal terjadinya stroke akan menurunkan angka kecacatan sebesar 30% (Prasetyo, 2017). Dimana waktu yang optimal atau Periode emas (*golden period*) dalam penanganan stroke adalah \pm 3 jam sejak awal terjadi serangan. Pasien harus segera mendapatkan terapi secara komprehensif dan optimal dari tim gawat darurat rumah sakit untuk mendapatkan hasil pengobatan yang optimal (Setianingsih et al., 2019).

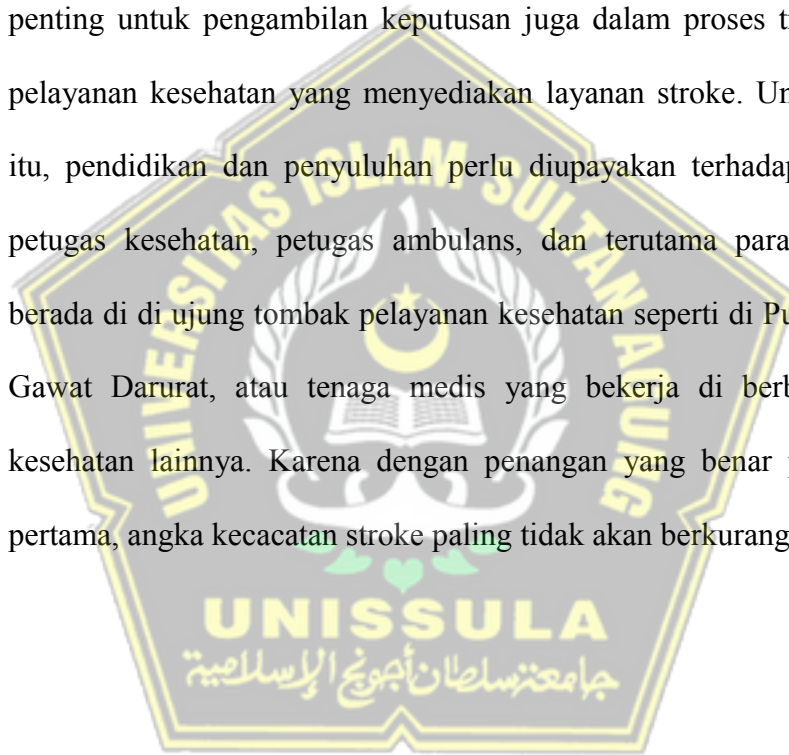
3. Tingkat Pengetahuan Keluarga Sebagai Inisiator pada Penderita Stroke

Menurut (Prasetyo, 2018) *Cues to action* salah satunya dipengaruhi oleh kecepatan keluarga yang mendampingi pasien stroke. Hal ini dimulai dari pengenalan dini tanda dan gejala pada pasien stroke, dan pengambilan keputusan secara tepat dan cepat untuk membawa ke pelayanan kesehatan. Sehingga saat ditemukan tanda dan gejala, keluarga berperan untuk mengambil keputusan dalam perawatan dan pemeliharaan kesehatan terhadap penderita stroke. Untuk menjadi pemenang *golden period* serangan stroke yang diulas di atas, ada peran keluarga sebagai pemegang kunci keberhasilan.

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

- a. Tingkat pendidikan
- b. Informasi dari media komunikasi
- c. Persetujuan anggota keluarga lain

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



B. Kerangka Teori



Bagan 2.1. Kerangka Teori

Sumber : (American Heart Association (AHA), 2022), (Siregar & Anggeria, 2019)

BAB III

METODE PENELITIAN

Pada BAB ini peneliti ingin mengemukakan metode penelitian yang berhubungan dengan gambaran kerangka konsep, variabel dalam penelitian, desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel yang akan diambil, kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti, waktu dan tempat penelitian, definisi operasional yang mengacu pada konsep teori, metode pengumpulan data, instrumen dan alat pengumpul data. Berikut cara untuk menganalisis data yang didapat dari responden.

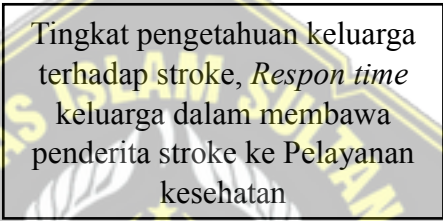
A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bisa diartikan merupakan suatu model konseptual yang berhubungan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun, menghubungkan suatu hal secara logis dari beberapa faktor yang dianggap penting untuk memecahkan masalah. Kerangka konsep membahas tentang saling ketergantungan antar variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang atau yang akan diteliti (Hidayat, 2015).

Stroke merupakan kondisi emergency, yang mana terjadi secara tiba-tiba dan dapat berkembang secara cepat. Bahkan pada kasus tertentu, terkadang tidak menampakkan gejala yang berarti sebelumnya (misal : hanya terasa gringgingen). Sehingga, semakin cepat penegakan diagnosis dan penatalaksanaan pada pasien, maka akan semakin baik *outcome* yang didapatkan yaitu penurunan angka kecacatan dan angka kematian. Menurut

(Okraeni, 2018) menyatakan bahwa waktu yang paling direkomendasikan atau *respon time* pada pasien stroke adalah 3-4,5 jam. Sehingga petugas maupun keluarga sebagai inisiator pasien dibawa ke RS harus ada hubungan yang harmonis.

Dari tujuan penelitian, kemudian menetapkan kerangka konsep penelitian dengan mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga penderita stroke. Kerangka konsep pada penelitian ini :



Tingkat pengetahuan keluarga terhadap stroke, *Respon time* keluarga dalam membawa penderita stroke ke Pelayanan kesehatan

Bagan 3.1. Kerangka Konsep

B. Variabel Penelitian

Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independent atau variable bebas adalah variable yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya variabel dependen (Nursalam, 2015). Variabel independen dalam penelitian ini adalah Tingkat pengetahuan keluarga terhadap penanganan awal penyakit stroke.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian deskriptif ialah penelitian yang dimaksudkan untuk menyelidiki suatu kondisi, keadaan, atau peristiwa lain, kemudian hasilnya akan dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian. Karena bertujuan untuk menggambarkan keadaan atau status fenomena.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif non-eksperimen. Pendekatan tersebut berjenis deskriptif observasional memakai pendekatan *cross sectional*, Dimana peneliti mengumpulkan informasi variabel independent secara Bersama – sama. Metode *cross-sectional* adalah jenis studi korelasi atau hubungan yang menekankan pada saat mengukur atau mengamati data variabel bebas dan terikat hanya sekali dalam satu waktu.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi sebagai wilayah secara umum yang terdiri atas obyek/subyek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti kemudian dibuat kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Populasi pada penelitian ini yaitu semua keluarga pasien dan semua pasien yang pertama kali mengalami stroke infark maupun perdarahan datang dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun Poliklinik RSI Sultan Agung Semarang.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang menjadi sumber data dalam penelitian, dimana populasi merupakan bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui *sampling* (Sugiyono, 2017). Dengan menggunakan *sampling*, yaitu Tindakan memilih populasi yang mencerminkan populasi saat ini, sampel yang atas unsur Sebagian mewakili sampel yang ada bisa dipakai

sebagai objek eksperimen. Jika populasi $>$ dari 100, sehingga bisa dikumpulkan 20-25% / 10-15% dari keseluruhan sampel responden. Jika populasinya $<$ 100, maka diambil sampel seluruhnya (Nursalam, 2016). Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *accidental sampling*. *accidental sampling* adalah tehnik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel. Sampel yang akan digunakan yaitu semua pasien baru yang di rawat inap, baik dari IGD maupun poliklinik.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini (Hidayat, 2015) yaitu:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang layak untuk di laksanakan penelitian, yaitu:

- 1) Keluarga dari pasien stroke infark/stroke iskemik dan stroke hemoragik yang dirawat inap, baik masuk melalui IGD maupun poliklinik saraf.
- 2) Keluarga pasien (meliputi keluarga inti atau keluarga yang tinggal satu rumah) yang ada hubungan darah dengan pasien, atau anak dan saudara angkat menggunakan prosedur yang benar (adopsi) dan telah ada penetapan pengadilan (dengan dokumen tertentu).
- 3) Keluarga yang ada saat serangan stroke terjadi
- 4) Berusia 18 tahun keatas.

- 5) Dapat membaca, menulis
 - 6) Bersedia menjadi respon
- b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek penelitian yang tidak memenuhi syarat kriteria inklusi yaitu :

- 1.) Pasien stroke yang dibawa ke layanan kesehatan (rumah sakit) oleh orang lain/bukan anggota keluarga (misal : tetangga).
- 2.) Pasien dengan kejadian stroke berulang.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 1 Juni 2024 sampai dengan 30 Juli 2024

F. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penentuan konstrak atau sifat yang akan dipelajari, sehingga menjadi sebuah variabel yang dapat diukur. Definisi operasional menjelaskan cara tertentu yang digunakan untuk meneliti dan mengoperasikan konstrak, sehingga peneliti yang lain memungkinkan untuk melakukan replikasi pengukuran dengan cara yang sama atau dengan mengembangkan cara pengukuran konstrak yang lebih baik (Sugiyono, 2014).

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Independent :				
Tingkat pengetahuan penanganan awal kejadian stroke	Merupakan segala sesuatu yang diyakini sebagai suatu pemahaman atau pengertian keluarga terhadap penanganan awal/segera yang bisa dilakukan kepada penderita yang diperoleh dari beberapa sumber yang ada (contoh: penyuluhan, majelis, kelompok belajar,dll).	Meminta responden untuk menjawab kuisisioner B (yang menggunakan modifikasi teori AHA (<i>American Health Assosiation</i>) tahun 2012 yang telah disediakan	Nilai 76-100% (≥ 7) = Baik Nilai 56-75% (5-6) = Cukup Nilai $\leq 55\%$ (< 5) = Kurang (Nursalam, 2003)	
Kecepatan keluarga membawa penderita/pasien ke RS	Segala sesuatu yang dipahami sebagai respon keluarga pasien (meliputi keluarga inti dan besar/ <i>extended family</i>) yang ada hubungan darah dengan pasien atau anak dan saudara angkat menggunakan prosedur yang benar (adopsi) dan telah ada penetapan pengadilan dengan dokumen tertentu) untuk membawa anggota keluarganya dari muncul serangan/gejala stroke ke layanan Kesehatan atau RS	Meminta responden untuk menjawab kuesioner C tentang kecepatan kedatangan pasien di RS	Skor kecepatan, diukur sejak dari rumah sampai kedatangan pasien di RS untuk kepentingan deskriptif sesuai dengan modalitas di RSI Sultan Agung debedakan menjadi 2 Cepat = Waktu $\leq 4,5$ jam Lambat = Waktu $\geq 4,5$ jam	

G. Instrumen atau alat pengumpulan data

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

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

Untuk pengetahuan penanganan awal pasien stroke Kuesioner B adalah tentang perilaku keluarga pada penanganan awal stroke yang mana juga pernah ditulis oleh Sakti Oktaria Batubara, dkk pada tahun 2015 dalam penelitiannya yang berjudul “Hubungan antara penanganan awal dan kerusakan neurologis pasien stroke di RSUD Kupang”. Kuisisioner ini menggunakan pedoman AHA (*American*

Health Assosiation) tahun 2012 dimana terdapat 9 pertanyaan menggali tentang bagaimana keluarga mengenali dan memberikan penanganan awal sebelum penderita dibawa ke RS. Kuisisioner ini menggunakan pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ada 2 yaitu “ya” dan “tidak”. Penilaian yang digunakan dalam kuisisioner adalah untuk pertanyaan positif (nomor 1,2,4,5,7,8) jawaban “ya nilai = 1” dan “tidak nilai = 0”. Sedangkan untuk penilaian negatif (nomor 3,6, dan 9) jawaban “ya nilai = 0” dan “tidak nilai = 1”

Kemudian data yang diperoleh dilakukan pengukuran menggunakan 3 kriteria yaitu : nilai 76-100% (≥ 7) : baik, nilai 56-75% (5 – 6) : cukup, dan nilai $\leq 55\%$ (< 5) : kurang.

c. Bagian kuisisioner C digunakan untuk mengetahui kecepatan keluarga untuk membawa penderita stroke ke layanan kesehatan dengan 2 kriteria (karena disesuaikan dengan modalitas layanan stroke yang ada di RSI Sultan Agung Semarang) yaitu sampai di RS waktunya $\leq 4,5$ jam dan waktu > 5 jam. Dengan kriteria hasil :

- 1) Cepat = Waktu kedatangan pasien $\leq 4,5$ jam = 1
- 2) Lambat = Waktu kedatangan pasien > 5 jam = 2

H. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu dengan memberikan kuisisioner kepada responden. Kuisisioner pengambilan data dan prosedur pengumpulan data penelitian dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Peneliti meminta surat pengantar penelitian pada pihak akademik untuk melakukan penelitian di RSI Sultan Agung Semarang dengan nomer surat 334/F.S1/FIK-SA/V/2024
2. Peneliti mendapat surat pengantar penelitian dari pihak akademik kemudian peneliti menyerahkan surat permohonan izin penelitian dan proposal penelitian dari Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan meminta persetujuan dari Direktur RSI Sultan Agung Semarang untuk melakukan penelitian.
3. Peneliti mendapat pengesahan dan persetujuan dari Direktur Pendidikan RSI Sultan Agung Semarang dengan nomer surat 3367/B/RSI-SA/VII/2024 untuk melakukan penelitian.
4. Selanjutnya peneliti melakukan uji *Ethical clearance* dengan nomer surat 116/KEPK-RSISA/VI/2024
5. Setelah melakukan *Ethical clearance* peneliti menemui dan menjelaskan mengenai prosedur penelitian kepada pasien yang dijadikan responden
6. Peneliti selanjutnya memberikan tembusan ke unit-unit terkait penelitian (UGD, Poliklinik, dan Stroke Unit dan melakukan koordinasi kepada penanggungjawab ruangan terkait yang ditunjuk dalam surat pengantar ijin penelitian dalam upaya pengambilan data.
7. Peneliti memberikan penjelasan ke pada responden tentang tujuan penelitian dan meminta persetujuan (*informed consent*) responden dalam keikutsertaan di penelitian ini. Responden diminta untuk menandatangani *informed consent*.

8. Peneliti membagikan kuesioner kepada responden yang memenuhi kriteria, untuk diisi responden dengan panduan peneliti atau melakukan pendampingan. Jika responden tidak mengerti mengenai pertanyaan yang diberikan maka peneliti akan membacakan pertanyaan kuesioner tersebut.
9. Peneliti menilai hasil dari kuisisioner yang sudah terkumpul, kemudian di cek kembali kelengkapannya dan dianalisa oleh peneliti.

I. Uji Instrumen

1. Uji Validitas

Validitas merupakan ukuran yang memperlihatkan tingkat kevalidan suatu instrumen. Sebuah instrumen valid memiliki validitas yang tinggi. Sedangkan instrumen yang memiliki validitas rendah, berarti kurang valid. Pengujian validitas suatu variabel memakai rumus korelasi yang disebut dengan rumus *product moment* (Setiadi, 2013). Uji validitas pada kuisisioner ini telah dilakukan oleh dua expert yang kompeten dibidangnya yaitu Ibu Rita Hadi W,S.Kp.,M.Kep., Sp.Kep.Kom (pengajar pada Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro) dan Bapak Ns. Arif Basuki Rahmat, S.Kep.,MANP (perawat RSUP dr. Kariadi Semarang)

Jika $r \text{ hitung} \geq r \text{ tabel}$ yaitu 0,361 berarti pertanyaan yang valid, namun jika $r \text{ hitung} < r \text{ tabel}$ maka pertanyaan tidak valid. Kuisisioner pertanyaan pengetahuan stroke yang valid adalah 30 dengan hasil rentang $r \text{ hitung}$ (0,612 - 0,915). Jumlah pertanyaan yang tidak valid sebanyak 2

item, selanjutnya tidak digunakan lagi. Sedangkan untuk kuisisioner perilaku keluarga dalam penanganan awal penderita stroke jumlah pertanyaan yang valid adalah 9 pertanyaan, dengan hasil rentang *r hitung* (0,488 -0,865). Jumlah pertanyaan yang tidak valid sebanyak 1 item yaitu nomor 9, selanjutnya dibuang dan tidak digunakan.

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan sebuah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya. Hal ini berarti menunjukkan hasil pengukuran akan tetap konsisten meskipun dilakukan pengukuran berulang – ulang.

Kuisisioner pengetahuan tentang stroke dan perilaku awal keluarga pada pasien stroke dilakukan uji reliabilitas pada keluarga di RSUD Tugurejo Semarang pada bulan April 2019 sejumlah 30 responden.

Hasil uji reabilitas kuisisioner perilaku awal keluarga menangani penderita stroke memiliki 9 pertanyaan dengan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,92. Sehingga kuisisioner tersebut tergolong sangat reliabel , dengan pertanyaan yang tidak valid dibuang dan tidak digunakan lagi (Rosmary & Handayani, 2020).

J. Analisa Data

Berikut pengumpulan kuisisioner oleh peneliti dengan menggunakan metode sebagai berikut : peneliti menjadikan seluruh data kemudian menyeleksi sejumlah pernyataan sudah lengkap.

1. Analisa univariat

Untuk mengkarakterisasi data di tiap-tiap variabel dilakukan eksperimen, dianalisis univariat dikerjakan.

Variabel yang akan di uji dengan analisa univariat adalah : Tingkat pengetahuan keluarga pada penanganan awal kejadian saat stroke terjadi.

K. Etika Penelitian

Kode etik penelitian merupakan sebuah pedoman etika yang digunakan untuk setiap penelitian yang melibatkan antara peneliti, subjek penelitian dan masyarakat yang akan mendapatkan pengaruh dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012b). Aplikasi etika penelian yang dilakukan oleh peneliti yaitu dengan mengajukan permohonan dan memperoleh persetujuan dari pihak RSI Sultan Agung Semarang untuk melaksanakan penelitian yang mencakup : lembar persetujuan tanpa nama, kerahasiaan, dan hak responden.

1. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Dalam penelitian ini, responden yang dimaksud adalah setiap keluarga pasien stroke infark maupun stroke hemorhagic yang menjalani rawat inap, dan akan mendapatkan lembar persetujuan serta penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, subjek bersedia untuk menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghargai hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonimy*)

Dalam penelitian ini memberikan jaminan bahwa nama responden tidak dicantumkan pada lembar alat ukur, dan hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan. Hal ini dengan tujuan untuk menjaga privasi responden.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang didapatkan dari responden, peneliti harus bersedia untuk menjamin kerahasiaannya, hanya pada data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti akan menyimpan data penelitian pada *softdisk* yang akan dijaga kerahasiaannya dengan menggunakan *password* tertentu.

4. Hak responden (*Right to wit draw*)

Setiap responden mempunyai hak untuk mengundurkan diri, sehingga responden bisa dinyatakan untuk tidak diikutsertakan dalam penelitian dengan alasan tertentu. Dalam memutuskan etika penelitian yang subjeknya adalah manusia, peneliti berpedoman pada tiga prinsip dasar yaitu:

a. Penghormatan pada manusia

Memberikan otonomi atau kebebasan kepada mereka untuk membuat pertimbangan terkait pilihan-pilihannya merupakan perwujudan dari penghormatan pada manusia didalam penelitian ini.

Peneliti secara hormat akan memberikan kesempatan kepada responden untuk memutuskan nasibnya sendiri.

b. Kebaikan

Prinsip yang sangat diutamakan didalam enelitian ini adalah kebaikan. Pada saat melaksanakan penelitian, peneliti akan berusaha semampunya untuk menghindari segala jenis kesalahan yang merugikan subjek penelitian.

c. Keadilan

Keadilan merupakan kewajiban etik untuk memperlakukan orang sesuai dengan apa yang benar dan layak secara moral dan untuk memberikan yang layak kepada setiap orang.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bagian ini merupakan review penelitian tentang deskripsi tingkat pengetahuan keluarga tentang penanganan awal kejadian stroke di Ruang rawat inap Darul muqommah RSI Sultan Agung Semarang. Dimana terdapat 56 responden meliputi : 43 perempuan dan 13 laki – laki. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni – Juli 2024.

A. Karakteristik Demografi

1. Karakteristik Demografi Berdasarkan Umur

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia di RSI Sultan Agung Semarang (n=56)

Umur	Frekuensi (f)	Persentase(%)
Remaja akhir (17 – 25 Tahun)	1	1,8
Dewasa awal (26 – 35 Tahun)	6	10,7
Dewasa akhir (36 – 45 Tahun)	23	41,1
Lansia awal (46 – 55 Tahun)	23	41,1
Lansia akhir (56 – 55 Tahun)	3	5,4
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.1 menggambarkan usia responden saat kejadian serangan pada pasien stroke terjadi dengan jumlah 56 responden. Kategori usia berdasarkan Departemen Kesehatan RI (2009). Yang mendominasi adalah di usia 36 – 45 tahun sebanyak 23 responden (41,1%) & usia 46 – 55 tahun sebanyak 23 responden (41,1%), di tim usia 17 – 25 tahun terdapat 1 responden (1,8%). Pada usia 26 – 35 tahun sebanyak 6 responden (10,7%) dan usia 56 – 55 tahun sebanyak 3 responden (5,4%).

2. Karakteristik Demografi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki – laki	13	23,2
Perempuan	43	76,8
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.2. didapatkan hasil dari penelitian responden perempuan lebih dominan dengan jumlah 43 (76,8%) dibandingkan responden laki – laki berjumlah 13 (23,2%)

3. Karakteristik Demografi Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)

Tingkat Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pendidikan SMP	5	8,9
Pendidikan SMA	44	78,6
Diploma/ Sarjana	7	12,5
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan hasil dari penelitian dengan tingkat pendidikan SMA sebesar 44 responden (78,6%), tingkat pendidikan Diploma/ Sarjana sebesar 7 responden (12,5%) dan tingkat pendidikan SMP sebesar 5 responden (8,9%)

4. Karakteristik Demografi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4. 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
PNS/TNI/POLRI	1	1,8
Swasta/ Wiraswasta	17	30,4
Buruh	5	8,9
Petani	4	7,1
IRT	29	51,8
Total	56	100

Gambaran table 4.4 di atas menunjukkan bahwa responden penelitian dominan sampel IRT (Ibu Rumah Tangga) sebanyak 29 orang (51,8%). Pada sampel yang bekerja sebagai karyawan swasta dan wiraswasta sebanyak 17 orang (30,4%), sebagai buruh berjumlah 5 orang (8,9%), sebagai petani sebanyak 4 orang (7,1%) dan PNS/TNI/POLRI sebanyak 1 orang (1,8%)

5. *Respon Time* Keluarga Dalam Membawa Pasien ke Rumah Sakit

Tabel 4. 5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan respon time keluarga dalam membawa pasien RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)

<i>Respon time</i>	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Cepat ($\leq 4,5$ jam)	24	42,9
Lambat ($> 4,5$ jam)	32	57,1
Total	56	100

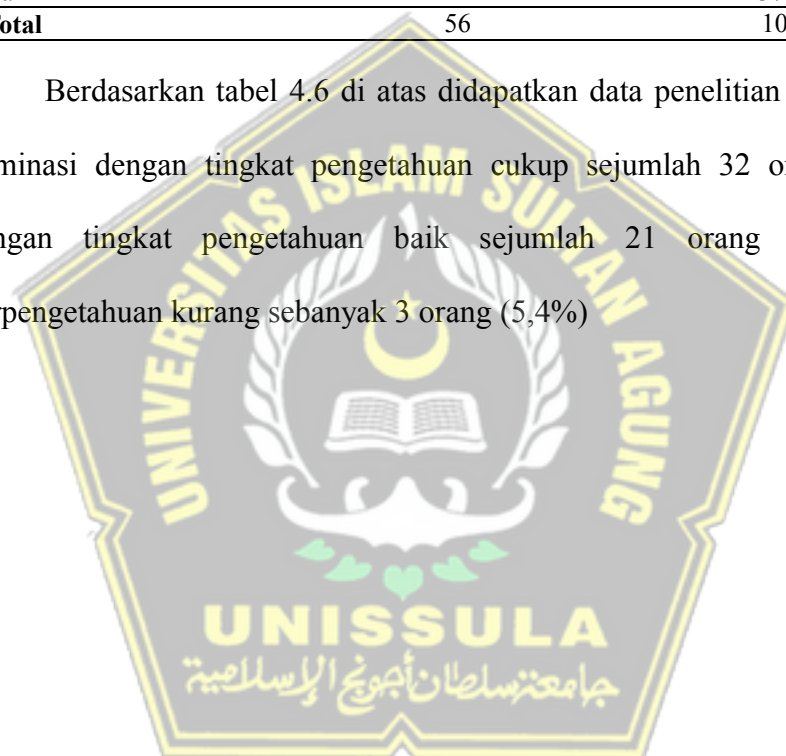
Berdasarkan tabel 4.5 di atas menunjukkan bahwa respon keluarga dalam membawa pasien ke rumah sakit dalam jangka waktu kurang dari 4,5 jam sebanyak 24 responden (42,9%) masuk dalam kategori cepat dan sebanyak 32 responden (57,1%) yang membawa pasien ke rumah sakit lebih dari 4,5 jam masuk dalam kategori lambat.

**B. Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Penanganan awal
Kejadian Stroke di RSI Sultan Agung Semarang tahun 2024 (n=56)**

**Tabel 4. 6 Distribusi frekuensi responden Tingkat Pengetahuan Keluarga
pada penanganan awal kejadian stroke di RSI Sultan Agung
Semarang tahun 2024**

Pengetahuan Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kurang	3	5,4
Cukup	32	57,1
Baik	21	37,5
Total	56	100

Berdasarkan tabel 4.6 di atas didapatkan data penelitian responden di dominasi dengan tingkat pengetahuan cukup sejumlah 32 orang (57,1%), dengan tingkat pengetahuan baik sejumlah 21 orang (37,5%) dan berpengetahuan kurang sebanyak 3 orang (5,4%)



BAB V

PEMBAHASAN

Di bab ini membahas hasil penelitian mengenai deskripsi Tingkat pengetahuan keluarga tentang penanganan awal kejadian stroke di RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan di bulan Juni – Juli 2024 diruang rawat inap Darul Muqommah. Sampel yang diambil sebanyak 56 orang.

A. Karakteristik Demografi

1. Usia Responden

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa responden pada rentang usia 36 – 45 tahun berjumlah 23 orang dan usia 46 – 55 tahun sejumlah 23 orang. Usia merupakan faktor yang mempengaruhi pengambilan Keputusan karena semakin tinggi usia maka semakin matang emosi yang dimiliki seseorang. Usia responden tersebut berada dalam rentang usia dewasa akhir sampai lansia awal.

Semakin bertambah umur seseorang, maka semakin mampu menunjukkan kematangan jiwa, semakin bijaksana dalam mengambil keputusan, mampu berpikir rasional dan mampu mengendalikan emosi dan makin toleran terhadap orang lain (Siagian, 2018). Sejalan dengan pernyataan Kusumawardani, (2010) yang menyatakan bahwa semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Hal yang senada juga disebutkan Hidayat, (2006) bahwa perubahan perilaku atau peran dapat disebabkan

oleh proses pendewasaan melalui pengalaman umur, individu yang bersangkutan, telah melakukan adaptasi terhadap lingkungan.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin Perempuan sebanyak 43 orang Hal ini dikarenakan perempuan yang merawat anggota keluarga yang sakit dirumah. Penelitian yang sama menemukan bahwa dukungan keluarga mayoritas berjenis kelamin perempuan sebesar 64,6% dilakukan oleh (Yasa, 2019). Hal ini dapat terjadi karena Wanita dianggap lebih intensif dalam memberikan perawatan. Selain itu, pada penelitian ini responden lebih banyak Perempuan karena anggota keluarga yang laki – laki Sebagian besar menjadi tulang punggung keluarga sehingga intensitas di rumah lebih sedikit dibandingkan anggota keluarga perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh Bisnu & Kepel, (2017) membahas bahwa perempuan dan laki – laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki – laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan anggota keluarga yang dirawat sedangkan perempuan lebih perhatian pada anggota keluarganya yang dirawat karena stroke.

Responden yang mempunyai pengetahuan baik akan membawa anggota keluarganya kerumah sakit dan dilakukan rawat inap, hasil penelitian didapatkan mayoritas berjenis kelamin perempuan, perempuan cenderung sering mengalami cemas dari pada laki-laki, perempuan lebih

sensitive terhadap masalah yang dihadapi pada anggota keluarganya yang di rawat dengan serangan stroke.

3. Tingkat Pendidikan

Hasil analisis menunjukkan bahwa dari total 56 responden dalam penelitian, responden lebih banyak memiliki latar belakang Pendidikan sedang yaitu pernah bersekolah SMA/ sederajat dengan jumlah 44 orang, Pendidikan perguruan tinggi Diploma/ Sarjana berjumlah 7 orang. Dalam penelitian Hasan (2019) mengatakan pendidikan berasal dari kata didik artinya bina yang bermakna sifat dari perbuatan membina dan melatih, mengajar dan mendidik, oleh karena itu pendidikan merupakan pembinaan, pelatihan pengajaran dan semua hal yang merupakan bagian dari usaha manusia untuk meningkatkan kecerdasan dan keterampilan. Pada penelitian ini terlihat adanya perbedaan Tingkat Pendidikan pada responden. Tingkat Pendidikan seseorang dapat berbeda – beda karena ada beberapa faktor yang mempengaruhi Pendidikan yaitu motivasi individu, sosial, ekonomi, budaya dan motivasi orang tua. Notoatmodjo, (2012b) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula pemahamannya tentang suatu hal. Sehingga tingkat pendidikan mempunyai peran penting dalam menentukan kualitas manusia atau sebagai pola pikir, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin berkualitas atau semakin bagus pola pikir hidupnya. Menurut (Notoatmodjo, 2012a) semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang menerima hal baru dan

akan mudah menyesuaikan diri. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir secara rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah baru (Stuart & Sundeen, 2012)

4. Pekerjaan

Pada penelitian ini di dominasi oleh IRT yang berjumlah 29 orang, dengan pekerjaan swasta/ wiraswasta sebanyak 17 orang. Penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Rosiana (2012) yang menunjukkan bahwa responden lebih banyak yang masih bekerja (PNS, swasta, wiraswasta) daripada tidak bekerja. Penelitian Nastiti (2012) juga menyebutkan bahwa sebagian besar responden (61%) adalah bekerja. Jenis pekerjaan dapat mempengaruhi tingkat ekonomi seseorang. Seseorang yang bekerja akan memiliki tingkat ekonomi atau pendapatan yang lebih baik dari pada yang tidak bekerja. Menurut WHO (2003), sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang akan kesehatan (Wardhani & Martini, 2015).

5. *Respon Time* Keluarga dalam membawa pasien stroke ke Rumah Sakit

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa respon keluarga dalam membawa anggota keluarga ke rumah sakit lebih dominan pada kategori lambat yaitu sebanyak 32 orang. Hal ini sejalan dengan penelitian (Rosmary & Handayani, 2020) yang menyatakan bahwa perilaku keluarga

pada penanganan awal stroke kurang baik dimana respon segera diantar ke rumah sakit lebih dari 3 jam setelah serangan sebanyak 79,2%.

Keluarga memiliki tugas yang sangat penting dalam tahap – tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahap peningkatan Kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi. Selain dapat mengenal masalah keluarga, dikatakan tugas keluarga yang baik yaitu dapat memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga (Apriliasanty, 2018). Penanganan dini yang paling direkomendasikan untuk stroke diberikan dalam rentang waktu kurang dari tiga jam (*golden hour*) setelah terjadinya serangan stroke (Rahmina, & Wahid, 2017). Kewaspadaan terhadap stroke dengan pengenalan cepat terhadap tanda – tanda stroke sangat diperlukan karena Sebagian besar (95%) keluhan pertama serangan stroke terjadi dirumah atau luar rumah sakit.

Terlambatnya penanganan terhadap kejadian stroke sekitar 83,9% disebabkan oleh keterlambatan pra-Hospital. Penyebab pertama keterlambatan sebanyak 62,3% karena kurangnya pengetahuan keluarga tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke sehingga menyepelekan tanda-tanda dini stroke, keluarga dan penderita berharap gejala dan tanda akan menghilang 2,7% (Fassbender, Balucani, Walter, Levine, & Haass, 2013). Faktor yang mempengaruhi keterlambatan *golden hour* pasien stroke yang terdapat dalam Pizon (2010) adalah tingkat pengetahuan, pendidikan, persepsi, transportasi, serta ekonomi.

Keterlambatan pertolongan pada fase prehospital harus dihindari dengan pengenalan keluhan dan gejala stroke bagi pasien/orang terdekat serta kecepatan membawa pasien stroke ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan segera (Jauch et al., 2013) dalam (Rosmary & Handayani, 2020).

6. Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Awal Kejadian Stroke di RSI Sultan Agung Semarang

Hasil dari penelitian ini menunjukkan jumlah responden dengan tingkat pengetahuan cukup mendominasi sebanyak 32 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang faktor resiko dan gejala stroke maka keluarga akan segera merespon atau menilai suatu stimulus/ objek yang berupa faktor resiko dan gejala stroke dengan segera membawa pasien ke rumah sakit atau mencari bantuan kesehatan. Jika keluarga mempunyai pengetahuan yang baik tentang factor resiko dan peringatan gejala stroke akan menggunakan pengetahuan tersebut sebagai Dasar terbentuknya Tindakan dengan segera mengantar pasien ke rumah sakit (Rachmawati et al., 2017).

Penelitian yang dilakukan Rahmania menyatakan bahwa seseorang yang mempunyai pengetahuan yang kurang tentang faktor resiko, peringatan gejala stroke dan ketidak pahaman tentang konsep “*time is brain*” akan terlambat dalam merespon stroke sebagai kondisi gawat darurat yang harus memerlukan penanganan segera sehingga semakin memperlambat kedatangan ke rumah sakit atau mencari bantuan

Kesehatan. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Amir, (2010) yang dilakukan pada masyarakat menyatakan bahwa pengetahuan masyarakat dinilai masih minim yang sangat berakibat pada penderita yang akan tidak tertangani dengan baik. Pada penderita stroke yang tidak tertangani tersebut dikarenakan salah satunya ketidaktahuan masyarakat terutama keluarga penderita dalam memperlakukan dan melayani penderita stroke dengan baik. Pengetahuan keluarga tentang serangan penyakit stroke sangatlah penting untuk menghindari terjadinya kesalahpahaman saat tiba-tiba terjadi tanda-tanda akan adanya serangan stroke, serta jika sudah ada anggota keluarga yang terkena stroke anggota keluarga yang lainnya sudah seharusnya mereka lakukan karena keluarga berperan penting dalam segala sesuatu yang ada di rumah termasuk Kesehatan (Fatmawati, 2020).

Pengetahuan juga sangat berpengaruh pada perilaku pencegahan penyakit stroke bahwa pencegahan didasari oleh pemahaman seseorang tentang pengetahuan akan stroke itu sendiri. Pemahaman atau pengetahuan pencegahan stroke dapat dibedakan melalui pendidikan kesehatan, karena pada dasarnya pengetahuan mempengaruhi sebuah proses pembelajaran, makin tinggi pendidikan seseorang maka makin mudah pula orang tersebut untuk memahami sebuah materi.

Pengetahuan keluarga yang baik juga akan berpengaruh terhadap sikap keluarga yang merawat keluarga yang terkena stroke. Pengetahuan serta sikap yang baik pada saat melakukan perawatan pada anggota

keluarga dengan diharapkan bisa terhindar dari kejadian stroke berulang. Pengetahuan tentang stroke tidak hanya dibutuhkan untuk menjaga anggota keluarga agar tidak terkena serangan stroke dan juga digunakan untuk anggota keluarga yang sudah sembuh dari penyakit stroke yaitu Tindakan perawatan pasca stroke (Fatmawati, 2020).

B. Keterbatasan Peneliti

Pelaksanaan dalam penelitian ini mengalami keterbatasan yaitu berkaitan dengan waktu pengambilan sampel yang singkat, sehingga responden dalam penelitian ini berjumlah 56 orang. Selain itu penelitian ini hanya pada 1 rumah sakit yaitu RSI Sultan Agung Semarang saja. Responden yang termasuk dalam kriteria keluarga inti yang menjadi saksi saat serangan stroke terjadi sulit dijumpai dikarenakan lebih banyak yang diantar oleh rekan kerja.

C. Implikasi Untuk Keperawatan

Berdasarkan penelitian deskripsi Tingkat pengetahuan keluarga tentang penanganan awal kejadian stroke mempunyai nilai yang signifikan. Perihal tersebut mempunyai dampak positif bagi masyarakat sebagai pedoman dalam memberikan Keputusan yang cepat serta tepat pada penderita stroke. Penelitian ini dapat dijadikan sebagai pengetahuan bahwa keluarga menempati peran terpenting dalam hal pencegahan serta pengobatan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian deskripsi Tingkat pengetahuan keluarga tentang awal kejadian stroke yang dilakukan oleh 56 responden dapat disimpulkan bahwa *respon time* ke rumah sakit juga dipengaruhi oleh Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa:

1. Karakteristik responden saat ini di ruang rawat inap Darul Muqommah RSI Sultan Agung Semarang adalah 56 responden, jenis kelamin terbanyak dari responden adalah perempuan sejumlah 43 responden, Sebagian besar berumur 36-45 tahun dan 46-55 tahun yaitu sebanyak 41 responden, Tingkat Pendidikan responden Sebagian besar SMA sebanyak 44 responden, dan pekerjaan yang mendominasi adalah IRT sebanyak 29 responden.
2. Deskripsi Tingkat pengetahuan keluarga tentang kejadian awal stroke di ruang rawat inap darul muqommah RSI Sultan Agung Semarang dalam kategori cukup sebanyak 32 responden dan respon time dari keluarga saat membawa pasien ke rumah sakit dalam kategori lambat > 5 jam sebanyak 32 responden, hal ini menunjukkan bahwa semakin baik Tingkat pengetahuan keluarga tentang cara awal dalam penanganan kejadian stroke maka keluarga akan segera merespon dengan segera membawa pasien ke rumah sakit atau mencari bantuan kesehatan.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini peneliti berharap agar menjadi informasi dan landasan teori tentang stroke atau masukan yang berguna untuk mahasiswa khususnya keperawatan sebagai upaya untuk meningkatkan asuhan keperawatan terutama pada pasien stroke. Diharapkan peneliti selanjutnya jika tertarik melakukan penelitian ini melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dalam membawa penderita stroke ke rumah sakit.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan profesi keperawatan dalam memberikan edukasi pengetahuan tentang stroke dan penanganan sesegera mungkin secara cepat dan tepat pada semua pasien terutama pasien stroke guna untuk mengurangi tingkat keparahan.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi pasien serta keluarga untuk meningkatkan pengetahuan terhadap masalah kesehatan, khususnya penyakit stroke sehingga diharapkan keluarga dapat memberikan penanganan yang tepat dan cepat jika ada salah satu keluarga yang terjadi serangan stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association (AHA). (2022). Lets Talk About Stroke. *International Journal of Stroke* (2014) 9 29.
- Apriliasanty, I. (2018). *Hubungan Tugas Keluarga Dengan Proses Adaptasi Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Menurut Teori Callista Roy Di IRNA IV RSUD DR. Sayidiman Magetan.*
- Bahrudin. (n.d.). *Menurut perjalanan klinis Gonzales RG (2006) mengkalisifikasi iskemik cerebral menjadi 4.*
- Esti, A., & Johan, R. T. (2020). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Askep Stroke.*
- Fatmawati, A. (2020). Gambaran Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 4(1 SE-Original Articles), 52–60. <https://doi.org/10.33377/jkh.v4i1.73>
- Hidayat, aziz alimul. (2015). Metode Penelitian kebidanan teknis analisis data. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'budiyah.*
- Ishariani, L., & Rachmania, D. (2021). Hubungan Respon Time Keluarga dalam Membawa Pasien Stroke ke Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Keparahan Pasien Stroke. *The Indonesian Journal of Health Science*, 13(1), 35–43. <https://doi.org/10.32528/ijhs.v13i1.5274>
- Ishariani, L., Rachmania, D., Arif, M., Okraini, N., Mas, A. Y., Setianingsih, S., Darwati, L. E., Prasetya, H. A., Puspitasari, P. N., Advani, R., Naess, H., & Kurz, M. W. (2019). Hubungan Ketepatan “GOLDEN PERIOD” Dengan Derajat Kerusakan Neurologi Pada Pasien Stroke Iskemik Diruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2018. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 2(1), 922–926. <https://jurnal.stikesperintis.ac.id/index.php/PSKP/article/view/335>
- Kariasa, I. M. (2022). *Antisipasi Serangan Stroke Berulang.* <https://books.google.co.id/books?id=jdiAEAAAQBAJ>
- Keles, A. W., Kandou, G. ., & Tilaar, C. . (2015). Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr . Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Implementation Analysis of Standards Patient Safety Goals in Emergency Department Dr . Sam Ratula. *Jikmu*, 5(2), 250–259.
- Kusyani, A., & Khayudin, B. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Stroke untuk mahasiswa dan perawat profesional.*
- Maatilu, V., Mulyadi, N., & Malara, R. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan

Dengan Response Time Perawat Pada Penanganan Pasien Gawat Darurat Di Igd Rsup Prof. Dr . R. D. Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 2(2), 112801.

Mardiyanti, S., & Aktifah, N. (2021). Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Gambaran Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasca Stroke Non Hemoragic Setelah Pemberian Mirror Therapy : Literature Review. *Seminar Nasional Kesehatan*, 2030.

Notoatmodjo. (2012a). Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. *Jakarta: Rineka Cipta*.

Notoatmodjo, S. (2012b). *Jenis dan desain penelitian Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain penelitian quasi experimental design yaitu kegiatan eksperimen dimana peneliti akan mengontrol sebagian variabel yang mempengaruhi.*

Notoatmodjo, S. (2012c). Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan (edisi revisi 2012). In *Jakarta: rineka cipta*.

Okraini. (2018). *Hubungan Ketepatan GoldenPeriod Dengan Derajat Kerusakan Neurologi Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.*

Prasetyo, E. (2017). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Pasien Stroke Akut Datang ke Lima Rumah Sakit Pemerintah di DKI Jakarta. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*, 9(1), 040. <https://doi.org/10.33476/mkp.v9i1.674>

Prasetyo, E. (2018). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keterlambatan Pasien Stroke Akut Datang ke Lima Rumah Sakit Pemerintah di DKI Jakarta. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*, 9(1), 040. <https://doi.org/10.33476/mkp.v9i1.674>

Rachmawati, D., Andarini, S., & Ningsih, D. K. (2017). Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(04), 369–376. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2017.029.04.15>

Rahmina, Y., Wahid, A., & Agustina, R. (2017). Tingkat Pendidikan Keluarga Terhadap Golden Hour Pasien Stroke Di RSUD Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 5, 68. <https://doi.org/10.20527/dk.v5i1.3644>

Rosmary, M. T. N., & Handayani, F. (2020). Hubungan Pengetahuan Keluarga dan Perilaku Keluarga pada Penanganan Awal Kejadian Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 32–39. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.32-39>

- Sari, L. M., Yuliano, A., & Almudriki, A. (2019). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Kemampuan Deteksi Dini Serangan Stroke Iskemik Akut Pada Penanganan Pre Hopsital. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 6(1), 74–80. <https://doi.org/10.33653/jkp.v6i1.241>
- Serba-Serbi Kesehatan. (2021). *Yakes - Telkom*.
- Setiadi. (2013). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: In *Graha Ilmu*.
- Setianingsih, S., Darwati, L. E., & Prasetya, H. A. (2019). Study Deskriptif Penanganan Pre-Hospital Stroke Life Support Pada Keluarga. *Jurnal Perawat Indonesia*, 3(1), 55. <https://doi.org/10.32584/jpi.v3i1.225>
- Siagian. (2018). *Manajemen Sumber Daya Manusia (Edisi. Pertama)*.
- Siregar, P. S., & Anggeria, E. (2019). Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kemampuan Perawatan Diri (Self Care) pada Pasien Pasca Stroke di RSUD Pirngadi Kota Medan. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2). <https://doi.org/10.34012/jukep.v2i2.542>
- Stuart, G. W., & Sundeen. (2012). Buku Saku Keperawatan Jiwa. In *Local Responses to the English Reformation*.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono (2016). (2016). Metode Penelitian. *Metode Penelitian*.
- Suwarjo, P. A. W., Widodo, W. T., & Setianingsih, E. (2019). the Risk Factors That Influence the Incidence of Stroke Pendahuluan. *LPPM Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal*, 11(4), 251–260.
- Trisniawati, A. (2022). Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Jarak Rumah Dengan Kecepatan Keluarga Membawa Penderita Stroke Ke Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang.
- Wardhana. (2011). Strategi mengatasi & bangkit dari stroke. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2015). The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *Jurnal*

Berkala Epidemiologi, 3(1), 24. <https://doi.org/10.20473/jbe.v3i12015.24-34>

Wiratri, A. (2018). Menilik Ulang Arti Keluarga Pada Masyarakat Indonesia (*REVISITING THE CONCEPT OF FAMILY IN INDONESIAN SOCIETY*). 13(1), 15–26.

Yasa, M. (2019). Hubungan Motivasi Keluarga dengan *Selfcare* Management pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sawan II. *Jurnal Keperawatan STIKes Buleleng*.

