

**SKRIPSI**  
**EFEKTIFITAS LEAFLET DAN DEMONSTRASI**  
**TENTANG ROM PASIF TERHADAP TINGKAT**  
**PENGETAHUAN DAN KETRAMPILAN**  
**KELUARGA KLIEN PASCA STROKE**

***PENELITIAN QUAST-EXPERIMENT***

**DI RSU Dr. R. SOEDJONO SELONG LOMBOK TIMUR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)**  
**Pada Program Studi Ilmu Keperawatan**  
**Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



**Oleh :**

**RITA RINJANI**

**NIM : 010330515 B**

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**

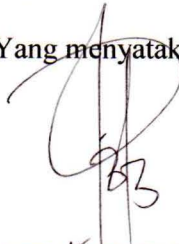
**2005**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun

Surabaya, 7 Pebruari 2005

Yang menyatakan



**RITA RINJANI**  
NIM. 010330516-B

**LEMBAR PENGESAHAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 7 Pebruari 2005

Oleh :

Pembimbing Ketua



**Tintin Sukartini, S.Kp**

**NIP : 132 255 158**

Pembimbing



**Bambang Subagjo, S. Kep. Ns**

**NIP : 140 254 193**

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Pembantu ketua I



**Nursalam, M.Nurs (Hons)**

**NIP : 140 238 228**

**Telah Diuji**

Pada Tanggal : 11 Pebruari 2005

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Syamilatul Khariroh, S.Kp., M Kes.

Anggota : 1 Tintin Sukartini, S.Kp. .

2. Bambang Subagjo, S. Kep. Ns



Handwritten signatures of the panel members, including the Chairman and two members, positioned to the right of their respective names.

**Mengetahui**

a.n Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP : 140 238 226



**MOTTO**

*HIDUP ADALAH PERJUANGAN.  
ASA KEHIDUPAN ADALAH KEBAHAGIAAN  
KEEBEBASAN TURAN MERUPAKAN KLIMAKS SUATU  
PERJUANGAN*

*Kupersembahkan untuk  
suamiku tercinta, anakku naufal  
dan seluruh keluargaku*

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur Allah SWT karena atas Karunia dan Rahmat-Nya sehingga skripsi yang berjudul **“EFEKTIFITAS LEAFLET DAN DEMONSTRASI TENTANG ROM PASIF TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN KELUARGA KLIEN PASCA STROKE”** ini dapat terselesaikan.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. SpTHT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandojo, dr. SpPD. KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Direktur RSU dr. R Soedjono Selong atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan dalam menempuh pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan
4. Bapak Nursalam, M.Nurs (Honours), selaku Pembantu Ketua I Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga serta

Seluruh dosen pengajar yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu menyelesaikan skripsi ini

5. Ibu Tintin Sukartini, S.Kp, selaku pembimbing ketua yang dengan penuh kesabaran telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan dorongan, bimbingan, pengarahan serta saran-saran dalam pembuatan skripsi ini.
6. Bapak Bambang Subagjo, S.Kep.Ners, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
7. Suamiku dan anakku Naufal tercinta yang selalu memberikan cinta, semangat dan dorongan serta kekuatan dalam setiap langkahku dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Ayah dan ibu serta saudara-saudaraku tercinta atas dorongan semangat serta Do'a restunya .
9. Kepada klien yang telah bersedia menjadi responden dan bekerjasama dalam pelaksanaan penelitian ini.
10. Teman sejawat perawat, di RSUD dr. R Soedjono Selong yang telah membantu dalam pengumpulan data sehingga skripsi ini dapat tersusun.
11. Semua pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu sampai skripsi ini dapat diselesaikan.

Akhirnya semoga bantuan dan dukungan yang telah diberikan dicatat sebagai amal baik oleh Allah SWT.

Demi kesempurnaan skripsi ini penulis berharap kritik dan saran dari semua pihak, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Surabaya, Pebruari 2005

Rita Rinjani



## ABSTRACT

### THE EFFECTIVENESS OF LEAFLET AND DEMONSTRATION ON PASSIVE ROM ON THE IMPROVEMENT OF KNOWLEDGE AND SKILL IN THE FAMILY OF POST STROKE PATIENT

A Quasi Experimenttal Study in Dr. R Soedjono Hospital Selong

Rita Rinjani

Leaflet is media to deliver health information or message containing information in the form of words or picture, or combination of both, while demonstration is a media to demonstrate concept, idea, or procedures of anything that have been carefully prepared to show how to perform an action.

This study was aimed to identify the effectiveness of health education using leaflet and demonstration on the improvement of knowledge and skill in passive ROM in the family of post-stroke patient in Dr. R Soedjono Hospital Selong.

This study used quasi-experimental design. Population was all families of post-stroke patient treated at Dr. R Soedjono Hospital Selong. Total sample comprised 28 individuals who met inclusion criteria. The independent variable was health education using leaflet and demonstration, and the dependent variables were knowledge and skill in passive ROM in the family of post-stroke patients. Data were collected using questionnaire and observation with significance level of  $\alpha \leq 0.05$ .

Results revealed that there was no difference effect between in the use of leaflet and demonstration on the improvement of family knowledge on passive ROM ( $p = 1.00$ ), and there was the effect between the use of leaflet and demonstration and the improvement of skill in the family of post-stroke patients ( $p = 0.04$ ).

Conclusively, there was no difference in the effectiveness of the use of leaflet and demonstration in improving knowledge, but in skill improvement, demonstration was found to be more effective than the use of leaflet.

*Keywords : Health education, leaflet, demonstration, knowledge, skill.*

**DAFTAR ISI**

	Halaman
Halaman Judul dan Prasarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia penguji .....	iv
Lembar Persembahan.....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Abstract.....	vii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Bagan .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan masalah.....	3
1.2.1 Identifikasi Masalah.....	3
1.2.2 Pertanyaan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Teoritis .....	4
1.4.2 Praktis.....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Proses Pendidikan Kesehatan .....	6
2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan kesehatan.....	7
2.1.4 Hasil Pendidikan Kesehatan .....	9
2.2 Pengetahuan .....	9
2.2.1 Tingkatan Pengetahuan .....	10
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	11
2.3 Metode Pendidikan kesehatan.....	13
2.3.1 Metode Pendidikan Individual.....	13
2.3.2 Metode Pendidikan Kelompok .....	14
2.3.3 Metode Pendidikan Massa.....	14
2.4 Alat Bantu Pendidikan Kesehatan .....	15
2.4.1 Alat Bantu/Praga.....	15
2.4.2 Pembagian Alat Praga .....	15
2.4.3 Keuntungan dan kerugian.....	16
2.5 Konsep Dasar Stroke .....	17
2.5.1 Klasifikasi Stroke.....	17



2.5.2	Lesi Dan Gejala Yang Ditimbulkan.....	18
2.6	Latihan Range Of Motion (ROM).....	19
2.6.1	Difinisi.....	20
2.6.2	Tujuan .....	20
2.6.3	Macam.....	20
2.6.4	Waktu .....	21
2.6.5	Cara-Cara Latihan ROM Pasif .....	23
2.7	Konsep Efektifitas .....	23
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b>	<b>25</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	25
3.2	Hipotesis Penelitian .....	26
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
4.1	Desain penelitian .....	27
4.2	Kerangka Kerja .....	27
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling .....	29
4.3.1	Populasi .....	29
4.3.2	Sampel.....	29
4.3.3	Besar sampel.....	30
4.3.3	Sampling.....	30
4.4	Identifikasi Variabel .....	31
4.4.1	Variabel Independen .....	31
4.4.2	Variabel Dependen.....	31
4.5	Definisi Oprasional.....	32
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data .....	36
4.6.1	Instrumen.....	36
4.6.2	Lokasi.....	37
4.6.3	Prosedur.....	37
4.6.4	Cara Analisis Data .....	37
4.7	Masalah Etika.....	38
4.7.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	38
4.7.2	Anonimity (tanpa nama).....	38
4.7.3	Confidentiallity (kerahasiaan) .....	38
4.8	Keterbatasan.....	38
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN .....</b>	<b>40</b>
5.1	Hasil penelitian.....	40
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	40
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	41
5.1.3	Variabel yang Diukur .....	44
5.2	Pembahasan.....	50
5.2.1	Perbedaan Tingkat Pengetahuan antara Leaflet dan Demonstrasi Terhadap Tingkat Pengetahuan .....	50
5.2.2	Perbedaan Tingkat Keterampilan antara Leaflet dan Demonstrasi Terhadap Tingkat Keterampilan .....	51
5.2.3	Efektifitas Penggunaan Leaflet dan Demonstrasi Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Kereampilan.....	52

<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>55</b>
6.1 Kesimpulan .....	55
6.2 Saran .....	56
Daftar Pustaka .....	57
Lampiran 1 Surat Permohonan Fasilitas Penelitian .....	59
Lampiran 2 Surat Keterangan Penelitian.....	60
Lampiran 3 Permintaan Menjadi Responden Penelitian .....	61
Lampiran 4 Persetujuan Menjadi Responden .....	62
Lampiran 5 Format Pengumpulan Data .....	63
Lampiran 6 Lembar Kuesioner .....	64
Lampiran 7 SAP.....	66
Lampiran 8 Lembar Observasi.....	71
Lampiran 9 Contoh Leaflet latihan ROM Pasif.....	74
Lampiran 10 Data Input Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan.....	75
Lampiran 11 Analisis Statistik.....	76



## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden berdasarkan umur .....	42
Gambar 5.2 Diagram piedistribusi responden berdasarkan pendidikan .....	43
Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden berdasarkan hubungan keluarga	43
Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden berdasarkan pekerjaan .....	44
Gambar 5.5 Diagram pie persentase pengetahuan responden kelompok leaflet.	45
Gambar 5.5 Diagram pie persentase pengetahuan responden kelompok demonstrasi.....	45
Gambar 5.7 Diagram pie persentase keterampilan responden kelompok leaflet	46
Gambar 5.8 Diagram pie persentase keterampilan responden kelompok demonstrasi.....	47

**DAFTAR TABEL**

	<b>Halaman</b>
Tabel.5.1	Difinisi Oprasional ..... 32
Tabel.5.1	Perbandingan Skor Tingkat Pengetahuan Responden Demonstrasi dan Leaflet..... 48
Tabel.5.1	Perbandingan Skor Tingkat Keterampilan Responden Demonstrasi dan Leaflet..... 49

## DAFTAR BAGAN

	<b>Halaman</b>
Bagan 3.1 Kerangka Konseptual.....	25
Bagan 4.1 Kerangka Kerja.....	27
Bagan 4.2 Kerangka Oprasional .....	28

**DAFTAR LAMPIRAN**

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1 Surat permohonan fasilitas penelitian.....	58
Lampiran 2 Surat keterangan penelitian.....	59
Lampiran 3 Permintaan menjadi responden Penelitian.....	60
Lampiran 4 Persetujuan menjadi responden.....	61
Lampiran 5 Format Pengumpulan Data.....	62
Lampiran 6 Lembar kuesioner.....	63
Lampiran 7 SAP.....	65
Lampiran 8 Lembar observasi.....	70
Lampiran 9 Leaflet Latihan ROM Pasif.....	73
Lampiran 10 Data input tingkat pengetahuan dan keterampilan.....	74
Lampiran 11 Analisis statistik.....	75



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan pada individu, kelompok atau masyarakat. Dengan harapan bahwa pesan akan dapat memberikan pengetahuan tentang kesehatan dengan lebih baik kepada masyarakat, kelompok atau individu. Pengetahuan tersebut nantinya diharapkan dapat berpengaruh terhadap keterampilan. Pencapaian tujuan pendidikan kesehatan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya faktor metode, alat bantu / alat peraga yang dipakai maupun faktor-faktor yang lain.

Edgar Dale membagi alat peraga menjadi 11 macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam sebuah kerucut, dimana dalam kerucut tersebut digambarkan bahwa demonstrasi sebagai contoh yang terdapat di bagian dasar mempunyai efektifitas lebih baik daripada penggunaan kata-kata maupun tulisan yang berada dalam lapisan paling atas (Notoatmodjo, 2003).

Pemberian pendidikan kesehatan di Ruang Syaraf RSUD dr. R. Soedjono Selong khususnya pada keluarga klien pasca stroke dirasakan sangatlah penting, karena keluarga merupakan orang terdekat klien yang dapat dimaksimalkan fungsinya dalam merawat keluarganya yang sakit, sehingga perlu dilakukan upaya pemberian pendidikan kesehatan. Pengetahuan dan keterampilan keluarga mengenai perawatan klien pasca stroke terutama dirasakan sangat kurang maka



diberikan pendidikan kesehatan dengan media leaflet karena selama ini penggunaan leaflet dirasakan sebagai cara yang relatif lebih praktis karena tidak banyak membutuhkan waktu, tenaga serta biaya sehingga lebih banyak digunakan sebagai media pendidikan kesehatan di ruang perawatan, tanpa melihat apakah media tersebut efektif atau tidak untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga.

Setiap tahunnya, 200 dari tiap 100.000 orang di Eropah menderita stroke, dan menyebabkan kematian 275.000-300.000 orang Amerika (Amirudin A, 2003). Di Indonesia belum ditemukan angka yang pasti, tapi data yang terkumpul sejak Oktober 1996 sampai dengan Maret 1997 didapatkan 2057 penderita stroke dari 28 rumah sakit di Indonesia (Misbach J Wendra A). Di RSUD dr. R Soedjono Selong Lombok Timur, pada tahun 2004 tercatat 360 penderita stroke dan termasuk dalam sepuluh besar penyakit terbanyak ( Catatan Medik, 2004). Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga klien pasca stroke tersebut sejak tahun 2001 sampai dengan 2003 hanya menggunakan leaflet. Sedangkan metode yang lain, seperti demonstrasi belum pernah dipergunakan. Selama kurun waktu tersebut belum pernah di lakukan penelitian yang bisa digunakan sebagai dasar untuk mengetahui cara yang lebih efektif antara pemberian leaflet atau demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan keluarga .

Dengan keadaan seperti ini dapat diperkirakan bahwasannya metode dan alat bantu yang dipergunakan untuk pendidikan kesehatan tersebut kurang efektif, sehingga perubahan perilaku klien / keluarga sebagai tujuan pendidikan kesehatan kurang optimal. Hal ini terlihat dengan tidak adanya peran aktif dari keluarga dalam pemberian latihan pasif ROM terhadap klien secara optimal selama

keluarganya dirawat di ruang perawatan penyakit syaraf RSUD dr. R Soedjono Selong Lombok Timur (Catatan Ruang Syaraf, 2003). Sehingga tugas keluarga (Freeman, 1981) dalam memberikan keperawatan keluarga yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri, dalam hal ini klien stroke tidak ada.

Penggunaan media/ alat peraga yang baik akan sangat membantu dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan, agar pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas dan sasaran dapat menerima pesan tersebut dengan tepat, sehingga maksud dari pendidikan kesehatan tersebut yaitu perubahan perilaku akan dapat tercapai.

Dengan alat peraga yang baik maka orang akan lebih mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan tersebut bagi kehidupan (Notoatmodjo, 2003).

Dari permasalahan diatas, untuk dapat menerapkan pendidikan kesehatan dengan lebih efektif sesuai dengan kerucut Edgar Dale, peneliti akan mencoba untuk melakukan perbandingan hasil dari pemberian pendidikan kesehatan dengan leaflet dan pendidikan kesehatan dengan demonstrasi, dimana hasil perbandingan ini nantinya akan dapat menjadi pertimbangan dalam memberikan pendidikan kesehatan yang lebih efektif pada keluarga klien pasca stroke di Ruang Syaraf RSUD dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur.

## **1.2 Rumusan Masalah**

1. Apakah ada perbedaan tingkat pengetahuan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke ?
2. Apakah ada perbedaan tingkat keterampilan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke ?



3. Manakah yang lebih efektif pendidikan kesehatan melalui leaflet atau demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke?

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari efektifitas pemberian pendidikan kesehatan dengan leaflet dan demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan tentang ROM Pasif pada keluarga klien pasca stroke.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi perbedaan tingkat pengetahuan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM Pasif pada keluarga klien pasca stroke.
2. Mengidentifikasi perbedaan tingkat keterampilan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM Pasif pada keluarga klien pasca stroke.
3. Menganalisis efektifitas penggunaan leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan keluarga klien pasca stroke.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Teoritis**

1. Membuktikan semakin banyak rangsangan panca indra yang dipergunakan akan semakin efektif.
2. Sebagai wacana untuk penelitian lebih lanjut di bidang keperawatan khususnya yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan.

### 1.4.2 Praktis

1. Diketahui adanya peningkatan pengetahuan dan keterampilan setelah leaflet dan demonstrasi dijadikan sebagai dasar dari penelitian ini, sesuai teori dari Edgar Dalle.
2. Dapat dijadikan masukan kepada bagian keperawatan untuk dipertimbangkan sebagai protap dalam memberikan pendidikan kesehatan bagi keluarga klien pasca stroke yang dirawat di RSUD dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur.
3. Agar keluarga dapat berperan aktif dalam perawatan klien pasca stroke.



## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tentang 1) Konsep Pendidikan Kesehatan, 2) Pengetahuan, 3) Metode Pendidikan Kesehatan, 4) Media pendidikan kesehatan, 5) Penatalaksanaan Stroke, 6) Latihan ROM Pasif dan 7) Konsep efektifitas

#### 2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

Konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan merupakan suatu pedagogik praktis atau praktek pendidikan (Notoatmodjo, 2003).

##### 2.1.1 Pengertian

Pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) mereka untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2003).

##### 2.1.2 Proses Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses belajar, dimana dalam kegiatan belajar tersebut terdapat tiga persoalan pokok yakni :

###### 1. Masukan (*Input*)

Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu / keluarga kelompok, masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.



## 2. Proses

Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subyek belajar tersebut. Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain : subyek belajar, pengajar, metode dan tehnik belajar, alat bantu ajar dan materi atau bahan yang dipelajari.

## 3. Keluaran (*output*)

Keluaran adalah merupakan hasil belajar itu sendiri yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subyek belajar.

### 2.1.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan pendidikan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan ( Notoatmodjo, 2003 )

#### 1. Dimensi sasaran pendidikan

Dimensi sasaran pendidikan dikelompokkan menjadi tiga yakni pendidikan kesehatan individual dengan sasarannya individu, pendidikan kesehatan kelompok dengan sasarannya kelompok, dan pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasarannya masyarakat luas.

#### 2. Tempat pelaksanaan pendidikan

Pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, bila pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid, pendidikan kesehatan di rumah sakit dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga pasien.



### 3. Tingkat pelayanan kesehatan

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*Five Levels of Prevention*) dari level and Clark yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) yaitu :

#### 1) Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan sebagainya.

#### 2) Perlindungan khusus (*Spesifik Protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan karena kurangnya kesadaran masyarakat tentang arti pentingnya imunisasi.

#### 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Pada tahap ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakitnya, sehingga masyarakat mau untuk memeriksakan penyakitnya dan dapat memperoleh pelayanan yang layak.

#### 4) Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang kurang juga sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan seseorang menjadi cacat. Maka pendidikan kesehatan diperlukan pada tahap ini.

## 5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut seseorang harus melakukan latihan-latihan tertentu. Namun karena pengetahuan dan kesadaran yang kurang, sehingga mengakibatkan banyak yang enggan melakukan latihan-latihan tersebut.

### 2.1.4 Hasil Pendidikan Kesehatan

Menurut Effendi (1998) hasil yang diharapkan dalam pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku dari individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip hidup sehat dan perubahan perilaku dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.

## 2.2 Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dalam hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 1993 : 127-128). Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai keterampilan untuk mengingatkan kembali dari ingatannya hal-hal atau informasi tentang apa saja yang telah dialaminya dan saling menghubungkan hal-hal, gejala-gejala atau kejadian-kejadian tersebut sehingga terbentuk keterampilan untuk mengatakan kembali dan menerapkannya pada situasi lain dan sesuai dengan keperluan suatu pola, metoda, aturan, keadaan, atau kegiatan (Adisewodjo, dkk, 1980 : 87).

Poerwodarminto (1985), membagi pengetahuan menjadi dua pengertian, yaitu : (1) pengetahuan adalah segala apa yang diketahui (kepandaian), 2) pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berkenaan dengan sesuatu hal (Mintosih, Guritno & Adenan, 1997).

Pengetahuan merupakan kemampuan kognitif meliputi pengingatan tentang hal-hal yang bersifat khusus atau universal, dalam hal ini tekanan utama pada pengenalan kembali fakta, prinsip, proses dan pola (Depdikbud, 1997).

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya sikap dan perilaku seseorang (*over behaviour*). Penerimaan sikap dan perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (Notoatmodjo, 1993).

### 2.2.1 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang tercakup dalam domain pengetahuan mempunyai 6 tingkatan ( Notoatmodjo, 2003 ) yaitu :

#### 1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari dan rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah dengan cara menyimpulkan, mendefinisikan, dan menyatakan.

#### 2. Memahami (*Comprehension*) mahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut dengan benar.



### 3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi nyata / sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4. Analisis (*Analysis*)

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

### 5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

### 6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan evaluasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

## 2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Dalam pelaksanaannya ada banyak factor yang mempengaruhi pengetahuan, antara lain :

#### 1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah serta berlangsung terus seumur hidup (Notoatmodjo, 1993). Pendidikan mempengaruhi proses belajar, menurut I.B Mantra (1994), makin tinggi tarap pendidikan seseorang makin

mudah orang tersebut untuk menerima informasi dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun media masa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pengetahuan yang didapat. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuan. Tapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang dengan pendidikan rendah, mutlak pengetahuan rendah juga. Karena peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal. Akan tetapi di pendidikan non formal juga dapat diperoleh..

## 2. Pengalaman

Pengalaman belajar dan bekerja memberikan pengetahuan dan ketrampilan profesional serta selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menolong secara ilmiah di etik (Jones dan Bech, 1996).

## 3. Umur

Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup :

- 1) Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan.
- 2) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khusus pada beberapa kemampuan yang lain seperti kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat bahwa ternyata IQ



seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Malcom dan Steve, 1995).

#### 4. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah atau pencaharian. Masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih sedikit untuk memperoleh informasi (Notoatmodjo, 1981).

#### 5. Pendapatan

Pendapatan adalah sesuatu yang didapatkan dan sebelumnya belum ada pendapatan kaitannya erat sekali dengan status kesehatan.

#### 6. Informasi

Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang memperoleh banyak informasi maka ia cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih luas.

### 2.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003), ada beberapa metode yang dapat dilakukan dalam memberikan pelayanan kesehatan, yaitu :

#### 2.3.1 Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Metode pendidikan ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Pendekatan dilakukan secara perorangan. Perorangan disini tidak hanya berarti pada klien bersangkutan saja tapi dapat juga pada keluarga. Bentuk dari pendekatan ini antara lain :

### 1. Bimbingan dan Penyuluhan (*Guidance and Counselling*)

Dengan cara ini kontak akan lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien / keluarga akan dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya.

### 2. Wawancara (*Interview*)

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara digunakan untuk menggali informasi mengapa ia tidak / belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat.

#### **2.3.2 Metode Pendidikan Kelompok**

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

#### **2.3.3 Metode Pendidikan Massa (*Public*)**

Metode ini digunakan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan pada masyarakat yang sifatnya massa atau publik, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut.

Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi belum diharapkan sampai merubah perilaku.

## 2.4 Alat Bantu / Media Pendidikan Kesehatan

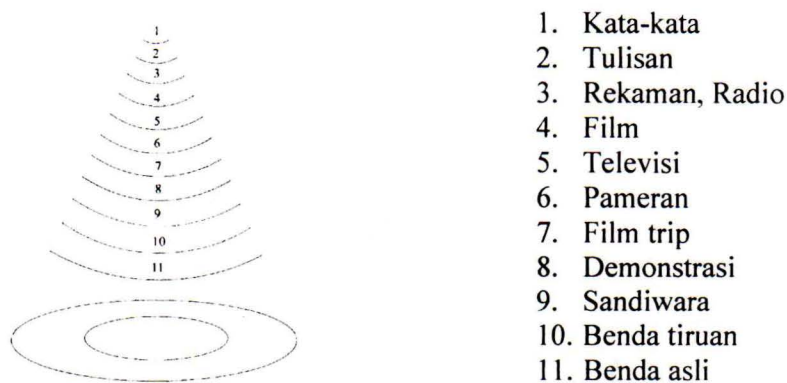
Dalam suatu proses pendidikan, seseorang dapat memperoleh pengetahuan melalui berbagai macam alat bantu pendidikan, dimana masing-masing alat mempunyai intensitas yang berbeda-beda di dalam membantu permasalahan seseorang.

### 2.4.1 Alat Bantu (Peraga)

Alat bantu/peraga adalah segala sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim pesan ke penerima pesan sehingga dapat menerangkan fikiran, perasaan, perhatian dan minat sasaran sedemikian rupa sehingga terjadi pemahaman, pengertian dan penghayatan dari apa yang diterangkan (Asrul E., 1998).

### 2.4.2 Pembagian Alat Peraga

Edgar Dale membagi alat peraga menjadi sebelas macam dan sekaligus menggambarkan tingkat intensitas tiap-tiap alat tersebut dalam suatu kerucut.



Gambar Kerucut Edgar Dale

Dari kerucut tersebut dapat dilihat bahwa lapisan yang paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini berarti bahwa dalam proses

pendidikan benda asli mempunyai efektifitas lebih tinggi dibandingkan dengan kata-kata untuk mempersepsikan bahan pendidikan.

### 2.4.3 Keuntungan dan Kerugian

Setiap alat praga memiliki keuntungan dan kerugian masing-masing, adapun keuntungan dan kerugian dari leaflet dan demonstrasi adalah sebagai berikut (Asrul E, 1998) :

#### 1. Leaflet

Merupakan media untuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi keduanya.

##### 1) Keuntungan

Dapat disimpan lama, bila lupa dapat dibuka kembali, dapat dipakai sebagai bahan rujukan, isi dapat dipercaya karena dicetak dan dikeluarkan oleh instansi resmi, jika perlu dapat dicetak ulang, dapat dipakai sebagai bahan diskusi untuk kesempatan berbeda.

##### 2) Kerugian

Bila cetakannya kurang menarik orang segan menyimpannya, kebanyakan orang enggan membacanya, apabila hurufnya terlalu kecil dan susunanya kurang menarik, tidak dapat digunakan oleh orang yang tidak dapat membaca.

#### 2. Demonstrasi

Adalah suatu media untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang suatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan.



1) Keuntungan

Dapat memberikan keterampilan tertentu pada kelompok sasaran, memudahkan berbagai jenis penjelasan sebab penggunaan bahasanya lebih jelas, membantu sasaran untuk memahami dengan jelas jalannya suatu proses prosedur yang dilakukan.

2) Kerugian

Tidak dapat dilihat oleh sasaran karena alat yang digunakan terlalu kecil atau penempatan yang tidak sesuai, uraian atau penjelasan kurang jelas.

## 2.5 Konsep Dasar Stroke

Stroke adalah suatu sindroma otak yang ditandai dengan gangguan fungsi otak, fokal atau pun global, yang timbul mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam atau berakhir dengan suatu kematian tanpa penyebab yang jelas selain dari penyebab vaskular (Warlow CP, 1998).

### 2.5.1 Klasifikasi Stroke

Dengan pemeriksaan neuroimaging seperti CT (*computerized Tomography*) Scan dan MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), stroke dapat digolongkan menjadi 2 golongan besar yaitu stroke iskemik (infark) dan stroke perdarahan (hemoragik). Stroke perdarahan terdiri dari 2 jenis yaitu perdarahan intraserebral dan perdarahan subarahnoid, sedangkan stroke iskemik, berdasarkan patogenesisnya digolongkan menjadi (Islam MS, 2000)

1. Stroke iskemik trombotik
2. Stroke iskemik embolik

3. Stroke iskemik karena sebab lain, misalnya stroke iskemik karena kelainan hematologik
4. Stroke iskemik karena sebab yang belum diketahui

Menurut pola terjadinya stroke dapat dibedakan menjadi (Chandra B, 1994; Baezier F, 2000) :

1. *Transient Ischemic Attack* (TIA), dimana semua gejala neurologist akan hilang dalam waktu 24 jam
2. *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND), dimana gejala neurologist yang timbul menghilang dalam waktu lebih dari 24 jam.
3. *Progressive Stroke* atau *Stroke in evolution*, dimana gejala neurologist yang timbul berkembang/berlanjut makin hari makin berat.
4. *Completed stroke*, dimana gejala neurologis yang timbul dari permulaan sudah maksimal dan stabil.

### **2.5.2 Lesi dan Gejala Yang Ditimbulkan**

Dari definisi stroke yang sudah dikemukakan di depan, jelaslah gejala dan tanda yang ada harus sesuai dengan daerah mana di otak yang terganggu. Ini berarti manifestasi klinis dari stroke tidak harus dan tidak hanya berupa hemiparesis atau hemiplegia saja. Melainkan bisa dalam bentuk lain misalnya kebutaan mendadak salah satu mata, afasia, kelumpuhan kedua tungkai dan sebagainya yang semua itu tergantung pada daerah mana dari otak yang terganggu (Harsono, 1996, Widjaja D, 1995).

Difisit yang lazim terjadi biasanya adalah : difisit motorik, difisit sensorik, difisit bahasa, difisit intelektual, difisit emosional, dan disfungsi kandung kemih (Hudak & Gallo, 1996).

Cacat yang timbul akibat stroke umumnya akibat terjadinya defisit motorik karena kerusakan jaras motorik di otak. Kerusakan traktus piramidalis di korteks menimbulkan hemiparesis/hemiplegia kontra lateral dari lesi dengan derajat kelumpuhan antara lengan dan tungkai berbeda. Sedangkan kerusakan traktus piramidalis di capsula interna menimbulkan kelumpuhan pada lengan dan tungkai pada derajat yang sama (Mardjono M. dkk, 1994).

Salah satu intervensi yang harus dilakukan pada klien dengan defisit motorik (yaitu dengan melakukan latihan ROM pasif dan aktif dengan teratur sedini mungkin pasca serangan *acute stroke* (Hudak & Gallo, 1996).

Pada stroke akut perlu dilakukan latihan gerakan pasif ROM beberapa kali sehari pada anggota gerak yang lumpuh. Apabila hal ini diabaikan akan terjadi berbagai macam komplikasi antara lain kontraktur yang akan menyulitkan pemulihan pasien, untuk itu dilakukan latihan gerakan pasif pada hari pertama serangan. Pergerakan ini makin sering dilakukan akan semakin baik hasilnya. Gerakan pasif tidak perlu harus dilakukan oleh ahli fisioterapi, tapi bisa dilakukan oleh perawat dan keluarga (Jowono T, 1993).

## **2.6 Latihan ROM (*Range Of Motion*)**

Untuk meningkatkan kemampuan fisik penderita diperlukan pemberian program rehabilitasi sedini dan sebaik mungkin dalam mencapai hasil yang maksimal. Menurut Liss yang dikutip Fuats (1998), menyatakan bahwa dengan pelayanan rehabilitasi (latihan fisik) yang tepat maka 80% dapat melakukan (menguasai) aktivitas mengurus diri sendiri dan 30% dapat kembali bekerja .

Untuk tercapainya harapan ini, diperlukan latihan-latihan yang pada



hakekatnya merupakan proses belajar kembali. Sambil menunggu terjadinya dan sekaligus memacu perbaikan-perbaikan fungsional di otak, latihan juga bertujuan mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi sehingga tercapai keselarasan antara perbaikan ditingkat pusat dan terpeliharanya kondisi otot-otot penggerak.

Perhatian harus diberikan juga pada keluarga klien karena anggota keluarga akan sangat mempengaruhi respon klien terhadap penyakit yang dideritanya dan mereka dapat ikut berperan aktif terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan yaitu dengan cara memaksimalkan fungsi dari keluarga dengan membantu melatih klien secara bertahap untuk mencapai kemandirian (Mulyasih, 1994).

### **2.6.1 Definisi Stroke**

Merupakan luas gerakan sendi yang dapat dilakukan oleh suatu sendi (Sri Surini, Budi Utomo, 2003 )

### **2.6.2 Tujuan ROM (Priharjo Robert, 1996)**

1. Mempertahankan dan memelihara kekuatan otot.
2. Agar dapat ambulasi dini.
3. Memelihara Mobilitas Persendian
4. Mencegah terjadinya spasme otot
5. Menstimulasi sirkulasi

### **2.6.3 Macam Latihan ROM ( Sjamsuhidayat & Wim De Jong, 1997 )**

1. Pasif

Latihan ROM pada penderita yang tidak dapat bergerak sendiri dan ini sepenuhnya membutuhkan tenaga bantuan dari orang lain.



## 2. Aktif

Latihan yang dilakukan dengan kekuatan penderita sendiri.

### 2.6.4 Waktu Latihan

Waktu latihan pagi dan sore atau dua kali sehari dengan 7 sampai 10 kali gerakan pada masing-masing sendi (Brandstatis & Brasmagin, 1987).

### 2.6.5 Cara Latihan ROM Pasif (Mulyatsih, 1994 )

#### 1. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu.



Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan.

Luruskan siku, naikkan dan luruskan lengan dengan siku tetap dalam keadaan lurus.

#### 2. Gerakan menekuk dan meluruskan siku.



Pegang lengan atas dengan tangan satu, tangan yang satunya menekuk dan meluruskan siku.

#### 3. Gerakan memutar pergelangan tangan.



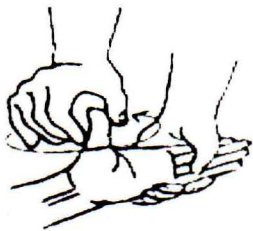
Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien. Putar pergelangan tangan ke arah luar (supinasi) dan ke arah dalam (pronasi).

4. *Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan.*



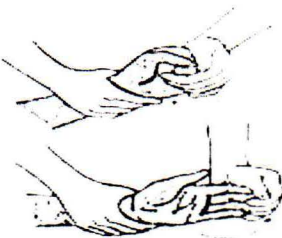
Pegang tangan bawah dengan tangan satu; tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien. Tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah.

5. *Gerakan memutar ibu jari.*



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

6. *Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.*



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

7. *Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha .*



Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai.

Naikkan dan luruskan kaki dengan tungkai tetap lurus.

8. *Gerakan menekuk dan meluruskan lutut.*



Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. Kemudian tekuk dan luruskan lutut.

9. *Gerakan untuk pangkal paha.*



Gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya).

10. *Gerakan memutar pergelangan kaki.*



Pegang tungkai dengan tangan satu tangan lainnya memutar pergelangan kaki.

**Catatan**

- Latihan dilakukan sebelum klien makan.
- Saat latihan jangan memaksa gerakan dengan kekuatan.
- Pakaian harus longgar dan klien dalam keadaan relax.

**2.7 Konsep Efektifitas**

Menurut beberapa sumber, pengertian efektifitas adalah sebagai berikut

1. Efektif adalah pengaruh yaitu sesuatu yang memiliki pengaruh, manjur dan mujarab

Efektifitas adalah keadaan berpengaruh, kesan, kemanjuran, kemujaraban dan keberhasilan (Kamisa, 1997).

2. Efektifitas adalah sesuatu usaha atau tindakan yang dilakukan untuk dapat membawa hasil (Salim P, 1995).
3. Efektif adalah seseorang telah bertindak efektif apabila ia bias menentukan tujuan yang tepat diantara berbagai alternative dan kemudian mencapainya (Broef M., 2000).



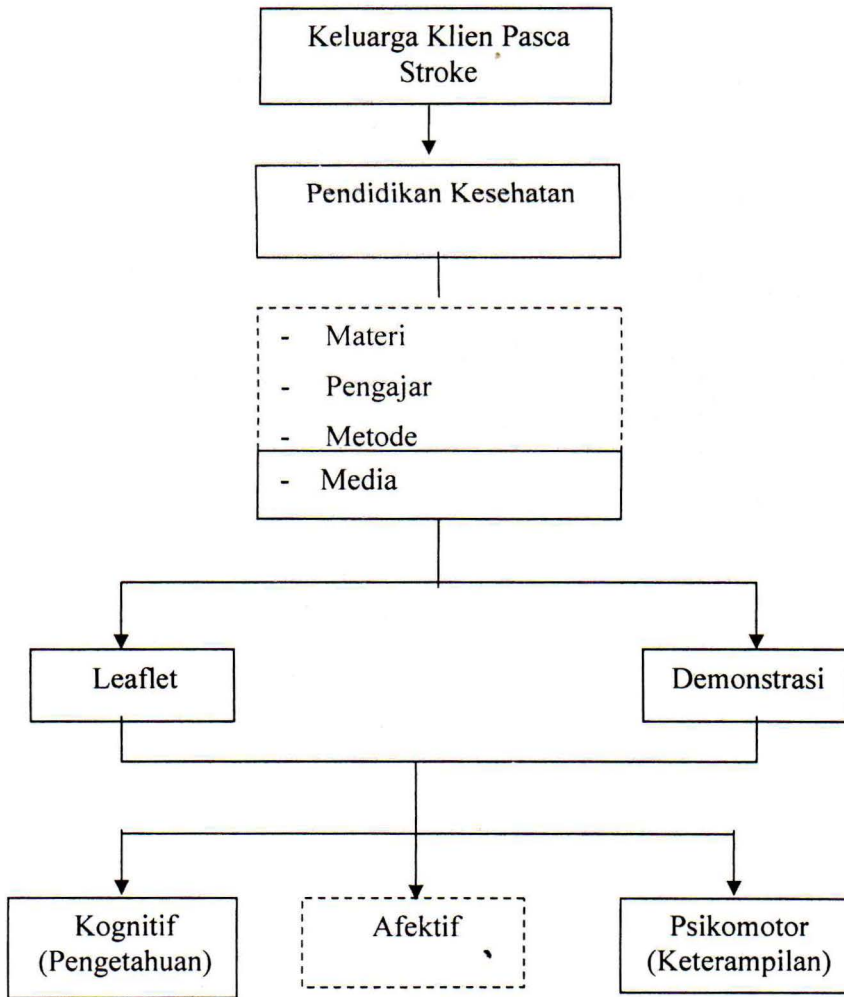
### BAB 3

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### BAB 3

## KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Konseptual



Diteliti



Tidak diteliti

**Gambar 3.1 : Kerangka Konsep Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi tentang ROM Pasif Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke.**



Keluarga klien pasca stroke sebagai orang yang selalu berada didekat klien perlu mendapatkan pendidikan kesehatan bagaimana melakukan latihan ROM Pasif pada klien pasca stroke dalam pemberian pendidikan kesehatan tersebut dipengaruhi oleh materi yang diberikan, pengajar, metode dan media yang digunakan. Dari bermacam-macam media/alat bantu tersebut antara lain dengan menggunakan leaflet dan demonstrasi. Dengan alat bantu/media yang tepat diharapkan keluarga mengetahui, memahami dan dapat mengaplikasikan pengetahuannya tersebut pada klien pasca stroke dengan baik dan benar sehingga tujuan dari pendidikan kesehatan tersebut yaitu peningkatan pengetahuan dan keterampilan dapat tercapai.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

Menurut La Biondo Wood dan Habs (1994) yang dikutip Nursalam (2003). Hipotesis adalah suatu asumsi pernyataan tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian.

Hipotesis dari penelitian ini adalah :

H1 :

1. Ada perbedaan tingkat pengetahuan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke
2. Ada perbedaan tingkat keterampilan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke

**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**



## BAB 4

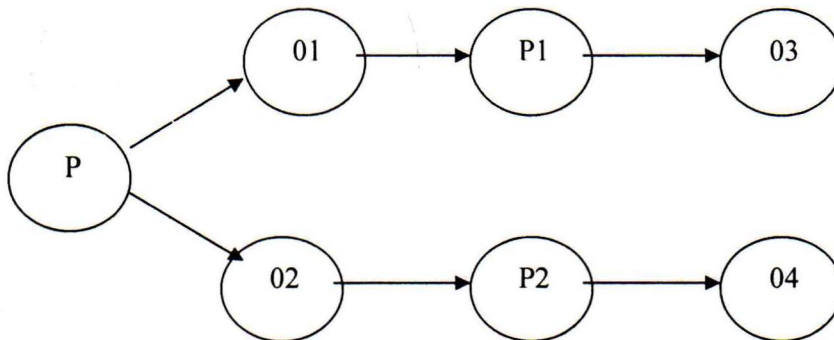
### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan. Hal-hal yang tercakup dalam metode penelitian adalah : 1) Desain penelitian, 2) Kerangka kerja, 3) Populasi, Sampel, Besar Sampel dan sampling, 4) Identifikasi Variabel, 5) Dfinisi dan Operasional 6) Pengumpulan dan Analisis Data, 7) Masalah Etika, 8) Keterbatasan.

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan *Desain Quasy Experiment (Post test Only Control Group Desigen)* dimana peneliti melakukan pendidikan kesehatan tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke untuk mencari pengaruh antara variable dependen dan independent.

#### 4.2 Kerangka Kerja

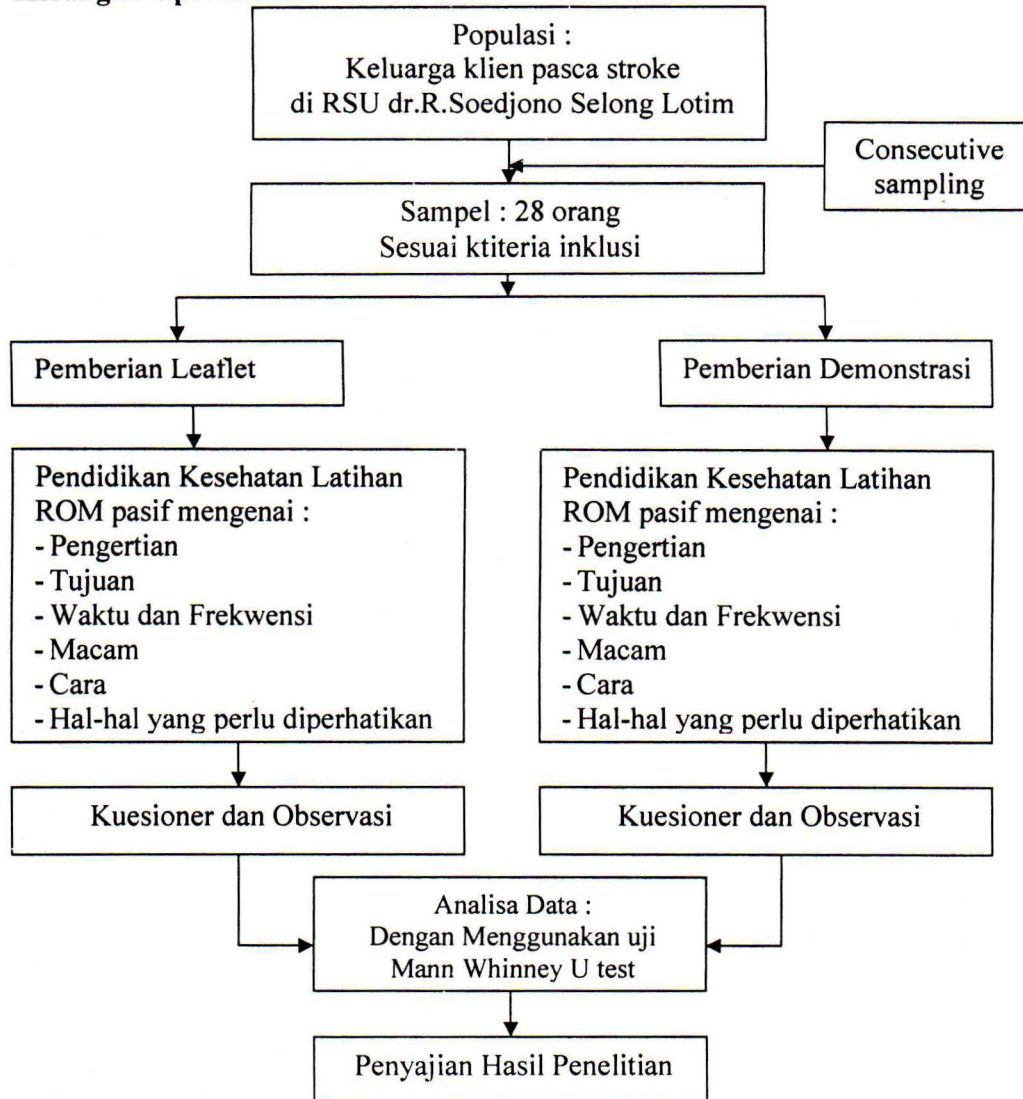


Keterangan :

Setelah menentukan populasi yaitu keluarga klien pasca stroke yang dirawat di RSUD dr. R. Soedjono Selong, sample dibagi dua sesuai variable ( O1 dan O2). Pertama pemberian leaflet (P1) dan pemberian demonstrasi (P2). Selanjutnya

dilakukan analisa data dengan uji *statistic menn whitny U test* pada kedua variable (O3 dan O4).

### Kerangka Operasional



**Gambar 4.2.1** Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke

### **4.3 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling**

#### **4.3.1 Populasi**

Menurut Nursalam dan Pariani (2001) populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh keluarga dari klien pasca stroke yang dirawat di RSUD dr. R. Soedjono Selong.

#### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat diteliti (Suharsini Arikunto, 1997).

Kriteria inklusi merupakan karakteristik sampel yang bisa dimasukkan atau layak diteliti (Nursalam, 2003). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Keluarga klien pasca stroke yang mengalami hemiplegia atau hemiparese berat yang ada di Ruang Syaraf RSUD dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur.
2. Tingkat pendidikan minimal lulus SLTP.
3. Bersedia menjadi responden dalam penelitian.
4. Usia lebih dari 21- 55 tahun..
5. Belum pernah mendapat informasi tentang latihan ROM pasif.

Kriteria eklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003).

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Keluarga klien yang sudah lanjut.
2. Tidak bersedia menjadi responden.



### 4.3.3 Besar Sampel

Penetapan besar sampel menggunakan rumus dengan menghitung besar sampel yang representatif, dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

d = Toleransi kesalahan 0,05

Dari jumlah klien yang mengalami stroke sebanyak 365 orang pada tahun 2003 dengan rata-rata klien 30 orang perbulan (catatan medik RSUD dr. Soedjono Selong), maka besarnya sample untuk perlakuan adalah :

$$\begin{aligned} n &= \frac{30}{1 + 30(0,05)^2} \\ &= \frac{30}{1.075} \\ &= 27.9 \end{aligned}$$

n = 28 Orang keluarga.

### 4.3.4 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi (Sastro A dan Sofyan I, 1995). Pada penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* yaitu setiap responden yang memenuhi kriteria inklusi dimasukkan dalam penelitian sampai batas waktu tertentu sehingga jumlah responden terpenuhi (Chandra, 2000).

## **4.2 Identifikasi Variabel**

### **4.2.1 Variabel Independen**

Variabel independen adalah variabel bebas, sebab mempengaruhi variabel dependen (Notoatmodjo, 2003). Yang dimaksud variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan leaflet dan demonstrasi.

### **4.4.2 Variabel Dependen**

Variabel dependen merupakan variabel tergantung, akibat terpengaruh atau dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2003). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan keterampilan keluarga klien pasca stroke tentang latihan ROM pasif.

## 4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel independen Pendidikan kesehatan dengan media leaflet dan demonstrasi.	<p>1. Leaflet : Merupakan media untuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi keduanya.</p> <p>2. Demonstrasi : Adalah cara untuk menunjukkan pengertian, ide dan prosedur tentang suatu hal yang telah dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leaflet tentang ROM pasif : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengertian</li> <li>- Tujuan</li> <li>- Waktu dan frekwensi</li> <li>- Macam</li> <li>- Cara</li> <li>- Hal yang perlu diperhatikan</li> </ul> </li> <li>- Demonstrasi langsung selama 35 menit. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengertian ROM pasif</li> <li>- Tujuan</li> <li>- Waktu dan frekwensi</li> <li>- Macam</li> </ul> </li> </ul>			



Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel dependen : Pengetahuan	bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan.  Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cara</li> <li>- Hal yang perlu diperhatikan</li> </ul> 1. Pengetahuan keluarga tentang: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengertian ROM</li> <li>- Tujuan ROM</li> <li>- Waktu dan Frekuensi</li> <li>- Macam ROM</li> </ul>	Kuesioner	Ordinal	Terdiri dari 10 item pengetahuan 7. Pertanyaan positif, no. 1,2,3,4,7,8,10. Pertanyaan negatif, no. 5,6,9 Untuk pertanyaan positif : B = 2, S = 1 Untuk pertanyaan negatif : B = 1, S = 2 Scoring dengan cara : Jumlah seluruh item (10) dikalikan skor tertinggi (2) kemudian diklasifikasikan menurut Arikunto : Baik : 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : ≤ 55%

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Keterampilan	Praktek atau tindakan yang dilakukan sehubungan dengan materi pendidikan/pengetahuan yang telah diberikan	<p>2. Melakukan keterampilan latihan ROM pasif :</p> <p><b>Latihan pasif anggota gerak atas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu</li> <li>2. Gerakan menekuk dan meluruskan siku</li> <li>3. Gerakan memutar pergelangan tangan</li> <li>4. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan</li> <li>5. Gerakan memutar ibu jari</li> <li>6. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan</li> </ol>	Observasi	Ordinal	<p>Terdiri dari 10 item penilaian, skore adalah:</p> <p>Dilakukan : nilai 1.</p> <p>Tidak dilakukan : nilai 0</p> <p>Total skor :</p> <p>Baik : 76-100%</p> <p>Cukup : 56-75%</p> <p>Kurang : ≤ 55%</p>

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
		<p><b>Latihan pasif anggota gerak bawah</b></p> <p>7. Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha</p> <p>8. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut</p> <p>9. Gerakan untuk pangkal paha</p> <p>10. Geraka memutar pergelangan kaki.</p>			

## 4.6 Pengumpulan dan Analisis Data

### 4.6.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data ini yaitu leaflet, blanko kuesioner dan blanko observasi (check list). Pemberian leaflet pada responden yang ada dilakukan untuk menyampaikan informasi atau pesan kesehatan mengenai pengertian, tujuan, waktu dan frekwensi ,macam, serta hal yang perlu diperhatikan saat melakukan latihan, yang disertai gambar tahapan dan cara latihan ROM pasif. Demonstrasi dilakukan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan (penyuluhan) pada responden mengenai pengertian, tujuan, waktu dan frekwensi ,macam serta hal yang perlu diperhatikan saat melakukan latihan, kemudian melakukan demonstrasi langsung cara melakukan latihan ROM pasif. Responden adalah keluarga klien pasca stroke. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan, baik dengan leaflet maupun demonstrasi maka dilakukan pengukuran pada responden dengan menggunakan kuesioner dan dilakukan observasi dengan menggunakan blanko observasi mengenai cara dan tahap latihan ROM pasif.

Pengukuran tingkat pengetahuan keluarga dengan menggunakan *Closed Ended kuesioner* yang terdiri dari 10 item pertanyaan, 7 pertanyaan positif dan 3 pertanyaan negatif. Setiap pertanyaan positif bila menjawab benar diberi bobot 2(dua), dan menjawab salah diberi bobot 1(satu). Sedangkan untuk pertanyaan negatif bila menjawab benar diberi bobot 1(satu), dan bila menjawab salah diberi bobot 2(dua).



Pengukuran keterampilan keluarga menggunakan blangko observasi (cek list) yang terdiri dari 10 item penilaian, bila dilakukan diberi bobot 1(satu), bila tidak dilakukan diberi bobot 0(nol).

Scoring terhadap pengetahuan dan keterampilan dilakukan dengan mengklasifikasikan menurut Arikunto yaitu : 76-100% = baik, 56-75% = cukup,  $\leq 55\%$  = kurang.

#### **4.6.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di ruang saraf RSUD dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur selama satu bulan yaitu tanggal 13 Nopember – 15 Desember 2004.

#### **4.6.3 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data**

Ketua Program Studi Ilmu keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Airlangga Surabaya mengeluarkan surat permohonan bantuan fasilitas pengumpulan data yang ditujukan pada Direktur RSUD dr. Soedjono Selong. Setelah mendapat ijin, pengumpulan data dilakukan dengan menyeleksi responden yang memenuhi kriteria inklusi. Kepada responden diberikan leaflet dan responden lainnya diberikan dengan demonstrasi. Semua responden mendapatkan pendidikan tentang latihan ROM pasif pada klien pasca stroke. Setelah diberikan pendidikan kesehatan, evaluasi dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan kuesioner pada responden dan kemudian diobservasi untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan dan keterampilan responden mengenai latihan ROM pasif pada klien pasca stroke.

#### **4.6.4 Cara Analisis Data**

Dari data yang diperoleh dilakukan analisa data untuk menentukan signifikansi hasil pemberian pendidikan kesehatan melalui demonstrasi dan pemberian leaflet. Data yang diambil adalah kategori ordinal, setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan penyuntingan untuk melihat kualitas data. Dilanjutkan dengan melakukan koding dan tabulasi kemudian diukur. Uji statistik menggunakan *Mann Whitney U test*, untuk mengetahui adanya perbedaan hasil pemberian pendidikan kesehatan dengan demonstrasi dan pemberian leaflet dengan batas kemaknaan  $\alpha \leq 0,05$ , dengan menggunakan komputer

#### **4.7 Masalah Etika**

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti menekankan pada masalah etika yang meliputi :

##### **4.7.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang terjadi sebelum dan sesudahnya. Jika responden bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan penelitian, jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

##### **4.7.2 Anonymity**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden, cukup diberi kode.

##### **4.7.3 Confidentiality**

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok tertentu saja yang disampaikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

#### **4.8 Keterbatasan**

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burn dan Grove, 1991). Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Terbatasnya waktu dan kemampuan peneliti sehingga mengakibatkan masih terdapatnya kesenjangan antara harapan dan hasil yang dicapai.
2. Instrumen yang dipergunakan belum pernah di uji coba sehingga belum menjamin validitas dan reliabilitasnya.



## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**



## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan penelitian. Pada hasil penelitian ini penulis menguraikan tentang gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variable yang diukur. Pada pembahasan diuraikan tentang efektifitas penggunaan leaflet dan demonstrasi terhadap tingkat pengetahuan dan keterampilan pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong.

#### 5.1. Hasil Penelitian

##### 5.1.1. Gambaran Umum Lokasi

Rumah Sakit Umum dr.R.Soedjono adalah rumah sakit milik pemerintah daerah Kabupaten Lombok Timur yang berdasarkan keputusan Menkes RI Nomor : 208/Menkes/SK/II/93 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Type C. Sesuai dengan misinya memberikan pelayanan kuratif, Preventif dan Rehabilitasi serta menjadikan RSUD dr.R.Soedjono Selong sebagai pusat rujukan kesehatan masyarakat Lombok Timur dan sekitarnya. Kedepan RSUD dr.R.Soedjono memiliki visi menjadi “ Rumah sakit yang bermutu untuk seluruh lapisan masyarakat menuju Indonesia sehat 2010”.

RSUD dr.R.Soedjono dengan fasilitas non medis berupa :

1. Luas Tanah : 25.000 m<sup>2</sup>
2. Luas Bangunan : 6.970 m<sup>2</sup>
3. Tempat Tidur : 140 TT

4. Sumber Air : PDAM dan Sumur Bor
5. Sumber Listrik : PLN 105 KVA dan Generator 80 KVA
6. Fasilitas pengolahan Limbah : WWTP dan Incenerator
7. Transportasi Pasien : Mobil Ambulance.

Sedangkan fasilitas pelayanan yang ada di RSUD Dr.R.Soedjono Adalah :

1. Fasilitas Rawat Jalan : 10 Poliklinik Rawat Jalan
2. Fasilitas Rawat Inap meliputi :
  - 1) Ruang Penyakit Dalam dengan kapasitas : 28 tempat tidur
  - 2) Ruang Perawatan Bedah dengan kapasitas : 24 tempat tidur
  - 3) Ruang Perawatan Anak dengan kapasitas : 26 tempat tidur
  - 4) Ruang Perawatan Kebidanan dengan kapasitas : 24 tempat tidur
  - 5) Ruang Perawatan saraf – Mata dengan kapasitas : 8 tempat tidur
  - 6) Ruang Perawatan Neonatologi dengan kapasitas : 8 tempat tidur
  - 7) Ruang Perawatan VIP dengan kapasitas : 15 tempat tidur

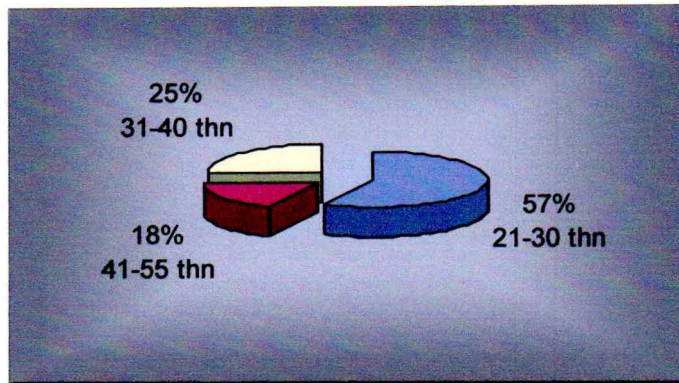
Pasien stroke yang dirawat inap di RSUD dr.R.Soedjono umumnya dirawat di ruang Perawatan Saraf – Mata sedangkan lainnya di ruang perawatan penyakit dalam dan ruang perawatan VIP. Responden diambil dari dua ruang perawatan yaitu Ruang Perawatan Saraf – Mata dan Ruang Perawatan Penyakit Dalam.

### 1.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Berdasarkan kriteria dan penentuan jumlah sampel yang telah ditetapkan pada bab sebelumnya, maka ada 28 responden yang menjadi sampel dalam penelitian ini yang berasal dari keluarga penderita stroke. Adapun gambarannya adalah sebagai berikut :

## 1. Umur Responden

Umur responden berada antara 21 hingga 50 tahun. Terlihat bahwa dari 28 responden terbanyak pada kelompok umur antara 21 sampai 30 tahun sebanyak 16 orang (57%), sedangkan jumlah responden terendah pada kelompok umur 41 sampai 55 tahun sebanyak 5 orang (18%). Selanjutnya distribusi kelompok umur responden digambarkan pada diagram berikut ini :

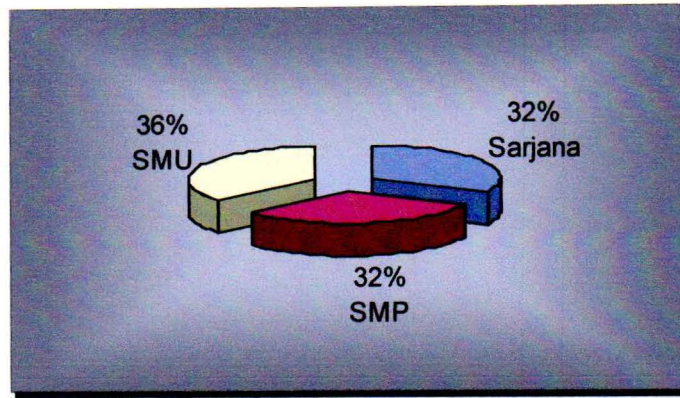


Gambar 5.1 Diagram pie distribusi responden menurut umur keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

## 2. Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan responden bervariasi antara tingkat menengah pertama hingga sarjana. Tingkat pendidikan responden terbanyak pada tingkat menengah atas yaitu sebesar 10 orang (36%), sedangkan sarjana dan SMP masing-masing berjumlah 9 orang (32%). Distribusi tingkat pendidikan responden sebagaimana terlihat diagram berikut :

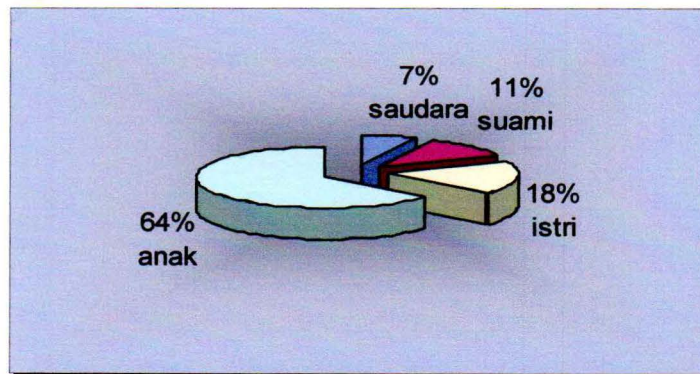




Gambar 5.2 Diagram pie distribusi responden menurut pendidikan keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

### 3. Hubungan Keluarga

Berdasarkan hubungan keluarga responden dengan pasien, responden terbanyak pada hubungan keluarga sebagai anak yaitu 18 orang (64%). Sedangkan jumlah responden terendah pada hubungan keluarga sebagai saudara yaitu 2 orang (7%). Selanjutnya distribusi jumlah responden menurut hubungan keluarga dengan pasien digambarkan pada diagram berikut :

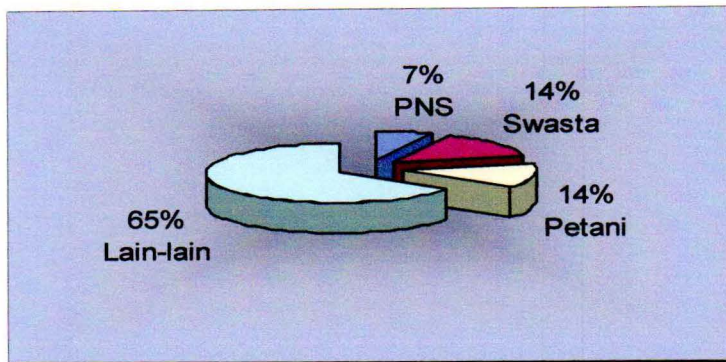


Gambar 5.3 Diagram pie distribusi responden menurut hubungan keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004



#### 4. Pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan responden, responden berasal dari berbagai profesi namun jumlah responden terbanyak pada profesi diluar sebagai PNS, Swasta maupun petani, yaitu 18 orang ( 65 %) dan terendah sebagai PNS yaitu 2 orang (7%). Adapun distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaannya sebagaimana tersaji pada diagram berikut :



Gambar 5.4 Diagram pie distribusi responden menurut pekerjaan klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

#### 1.1.3 Variabel Yang Diukur

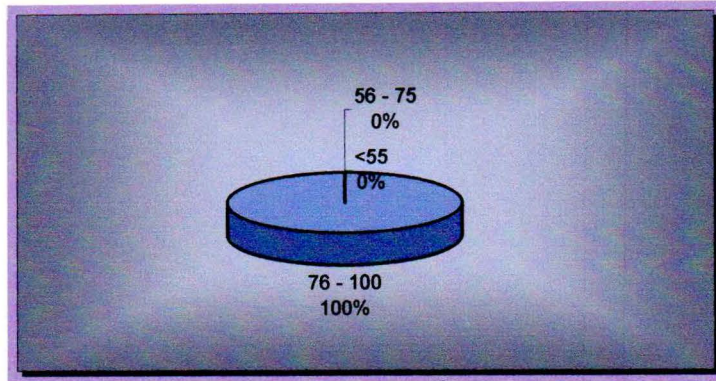
##### 1. Penilaian Pengetahuan dan Keterampilan Responden

Penilaian tingkat pengetahuan dan keterampilan responden dilakukan dengan mempersentasikan total nilai dari 10 item penilaian kuesioner dan observasi, dengan range skor persentasi 50% sampai 100 %. Kemudian dikelompokkan berdasarkan pengelompokkan 76% – 100% (baik), 56% - 75% (cukup) dan  $\leq 55\%$  (kurang).

##### 1) Pengetahuan Responden Kelompok Demonstrasi

Tingkat pengetahuan responden terhadap pengertian, tujuan, waktu dan frekuensi serta macam latihan ROM setelah mendapat demonstrasi dan

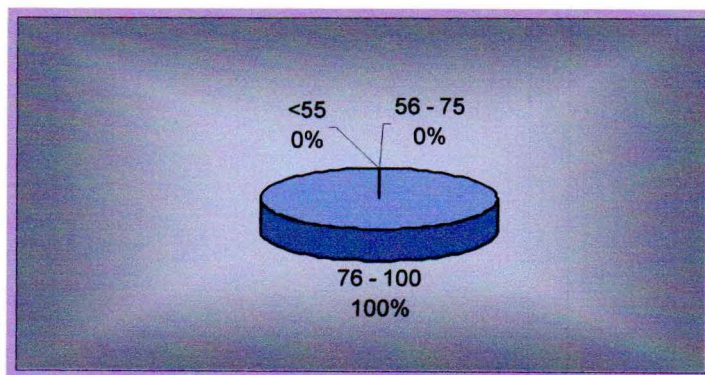
penyuluhan. Dari 14 responden semua berada pada persentase 76-100% (baik) sebagaimana terlihat pada diagram berikut :



Gambar 5.5 Diagram pie pengetahuan responden kelompok Demonstrasi pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

## 2) Pengetahuan Responden Kelompok Leaflet

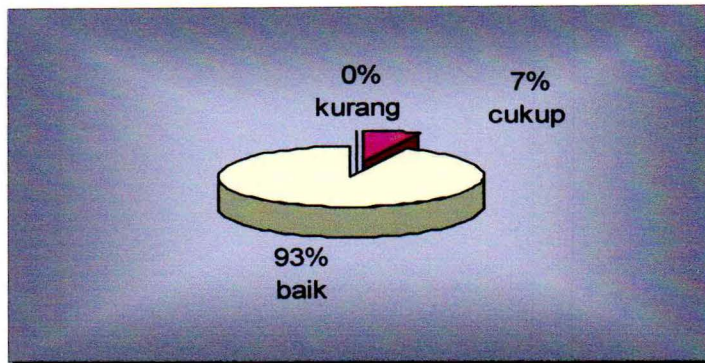
Tingkat pengetahuan responden tentang pengertian, tujuan, waktu dan frekuensi serta macam latihan ROM setelah diberikan leaflet. Dari 14 responden semua berada pada skor persentase 76 – 100 % (baik). Hal tersebut dapat dilihat pada diagram berikut:



Gambar 5.6 Diagram pie pengetahuan responden kelompok Leaflet pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

### 3) Keterampilan Responden Kelompok Demonstrasi

Keterampilan responden dalam melakukan latihan ROM pasif setelah diberikan demonstrasi bervariasi pada dua tingkat skor persentasi, jumlah responden terbanyak 13 orang (93%) pada tingkat skor persentasi 76 – 100% (baik). Dan terendah 1 orang (1%) pada tingkat skor persentasi 56 – 75% (cukup). Selanjutnya hal tersebut digambarkan pada diagram berikut ini :

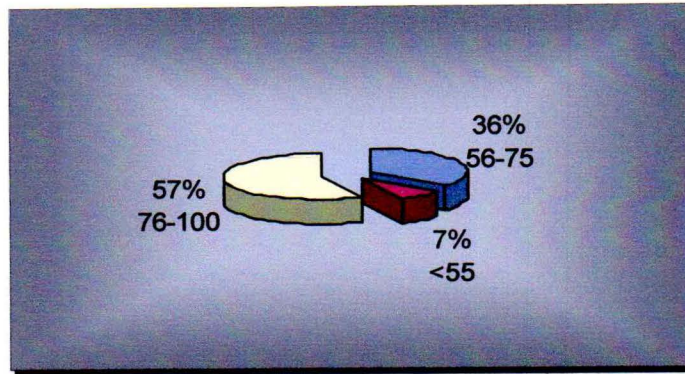


Gambar 5.7 Diagram pie keterampilan responden kelompok Demonstrasi pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

### 4) Keterampilan Responden Kelompok Leaflet

Keterampilan responden dalam melakukan latihan ROM pasif setelah diberikan leaflet bervariasi pada tiga tingkat skor persentasi, jumlah responden terbanyak yaitu 8 (57%) orang pada tingkat skor persentasi 76 – 100% (baik). Dan terendah yaitu 1 orang (7%) pada tingkat skor persentasi  $\leq 55\%$  (kurang). Selanjutnya hal tersebut digambarkan pada diagram berikut ini :





Gambar 5.8 Diagram pie keterampilan responden kelompok Leaflet pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004

## 2. Perbandingan Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan

Total nilai dari 10 item penilaian yang kemudian dipersentasikan kedalam range skor persentasi untuk tingkat pengetahuan dan keterampilan dengan range persentasinya antara 50% sampai dengan 100%.

### 1) Perbandingan Tingkat Pengetahuan antara Kelompok Demonstrasi dengan Kelompok Leaflet.

Perbedaan tingkat pengetahuan tentang ROM pasif antara kelompok yang didemonstrasikan dengan kelompok yang diberikan leaflet, terlihat bahwa pada kelompok demonstrasi dan leaflet skor tertinggi yang dicapai masing-masing adalah 100 % dan skor terendah adalah 95 %, atau dengan nilai mean (rata-rata) 98.93 dan nilai standar deviasi 2.129. Selanjutnya perbandingan perolehan skor persentase antara kedua kelompok di atas disajikan pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Perbandingan score Tingkat Pengetahuan antara Kelompok Demonstrasi dengan Kelompok Leaflet pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004.

SUBJEK	KELOMPOK PERLAKUAN	
	DEMONSTRASI (%)	LEAFLET (%)
1	100	100
2	100	95
3	95	100
4	100	100
5	95	100
6	100	100
7	95	100
8	100	100
9	100	100
10	100	95
11	100	100
12	100	100
13	100	100
14	100	95
	X = 98.93	X = 98.93
	SD = 2.129	SD = 2.129
Mann Whitney : p = 1.00		

Dari hasil pengujian statistik dengan menggunakan uji *Mann Whitney* diperoleh nilai probabilitas sebesar 1.000 dengan tingkat signifikan sebesar  $\alpha \leq 0,05$ , yang berarti  $H_0$  diterima. Hal ini berarti bahwa tidak ada perbedaan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif terhadap tingkat pengetahuan keluarga klien pasca stroke.

## 2) Perbandingan Tingkat Keterampilan antara Kelompok Demonstrasi dengan Kelompok Leaflet

Perbedaan tingkat keterampilan tentang ROM pasif antara kelompok demonstrasi dengan kelompok leaflet, terlihat bahwa pada kelompok demonstrasi skor tertinggi yang dicapai adalah 100 % dan terendah adalah 70 %, atau dengan nilai mean (rata-rata) 95.00 dan nilai standar deviasi 9.405. Sedangkan pada kelompok leaflet skor tertinggi yang dicapai adalah 100 % dan terendah adalah 50 %, atau dengan mean (rata-rata) 80.00 dan nilai standar deviasi 15.191. Selanjutnya perbandingan perolehan skor persentase antara kedua kelompok di atas disajikan pada tabel berikut:

Tabel. 5.2 Perbandingan Skor Tingkat Keterampilan antara Kelompok Demonstrasi dengan Kelompok Leaflet pada keluarga klien pasca stroke di RSUD dr. Soedjono Selong pada bulan Nopember-Desember 2004.

SUBJEK	KELOMPOK PERLAKUAN	
	DEMONSTRASI (%)	LEAFLET (%)
1	100	60
2	70	90
3	90	70
4	100	80
5	100	70
6	100	70
7	80	100
8	100	50
9	100	90
10	100	100
11	100	90
12	100	90
13	90	70



SUBJEK	KELOMPOK PERLAKUAN	
	DEMONSTRASI (%)	LEAFLET (%)
14	100	90
	X = 95.00	X = 80.00
	SD = 9.405	SD = 15.191
Mann Whitney : p = 0.004		

Dari hasil pengujian statistik dengan menggunakan uji *Mann Whitney* diperoleh hasil nilai probabilitas sebesar 0.004 dimana  $\alpha \leq 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini berarti ada perbedaan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif terhadap tingkat keterampilan keluarga klien pasca stroke.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Antara Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Pada Keluarga Klien Pasca Stroke

Pada penilaian terhadap 10 jenis pertanyaan dari responden kelompok leaflet maupun demonstrasi, tampak bahwa semua responden yang berjumlah 28 orang (100%) berada pada skor 75-100 % (kategori baik). Hal ini memberikan gambaran bahwa pendidikan kesehatan yang disampaikan melalui leaflet maupun demonstrasi sama-sama dapat diserap dengan baik oleh responden.

Dari data diatas dilakukan analisa statistik dengan uji Mann Whitney dan didapatkan nilai probabilitas sebesar 1.00 ( $\alpha \leq 0.05$ ) yang berarti bahwa tidak perbedaan tingkat pengetahuan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke.

Hal ini mungkin disebabkan oleh karena sebagian besar pendidikan responden SMU sehingga pengetahuan akan lebih mudah diserap karena

pendidikan dapat mempengaruhi proses belajar, menurut I.B Mantra (1994), “Makin tinggi tarap pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi, dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun media masa”. Hal ini sesuai juga dengan pendapat Asrul E (1998), yang menyatakan bahwa “leaflet dapat dengan mudah dibuka kembali untuk dipelajari bila responden lupa”.

### **5.2.2 Perbedaan Tingkat Keterampilan Antara Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Pada Keluarga Klien Pasca Stroke**

Pada penilaian terhadap 10 jenis kegiatan pada kelompok leaflet, terlihat bahwa 8 orang (57%) responden memperoleh skor 75%-100% (kategori baik) dan 5 orang (36%) responden memperoleh skor 56%-75% (kategori cukup) dan sisanya sebanyak 1 orang (7%) responden memperoleh skor  $\leq 55\%$  (kategori kurang). Hal ini menggambarkan bahwa pesan pendidikan yang disampaikan melalui media leaflet tidak dapat meningkatkan keterampilan target pendidikan secara menyeluruh.

Pada kelompok demonstrasi setelah didemonstrasikan mengenai ROM pasif, kemudian responden mengaplikasikan apa yang telah dilihatnya kepada keluarga lalu dilakukan penilaian terhadap 10 jenis kegiatan didapatkan hasil 13 orang (93%) responden memperoleh skor 76% - 100% (kategori baik) dan 1 orang (7 %) responden memperoleh skor 56% - 75% (kategori cukup), tidak terdapat responden yang memperoleh skor  $\leq 55\%$  (kategori kurang). Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa penyampaian pesan melalui demonstrasi dapat menambah keterampilan sasaran pendidikan dengan baik.

Dari data diatas dilakukan analisa statistik dengan uji Mann Whitney dan didapatkan nilai probabilitas sebesar 0.004 ( $\alpha \leq 0.05$ ) yang berarti bahwa ada perbedaan tingkat pengetahuan antara pembrian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif pada keluarga klien pasca stroke.

Menurut pendapat Asrul E (1998) yang menyatakan bahwa “ Demonstrasi dapat memberikan keterampilan tertentu pada kelompok sasaran, memudahkan berbagai jenis penjelasan sebab penggunaan bahasanya lebih jelas, membantu sasaran untuk memahami dengan jelas jalannya suatu proses prosedur yang dilakukan”.

Pernyataan ini juga telah digambarkan oleh Edgar Dale dalam kerucut Edgar Dale, yang menempatkan demonstrasi pada lapisan lebih bawah dari tulisan.

Perbedaan tingkat keterampilan ini dapat terjadi karena pada responden demonstrasi dapat dengan mudah menanyakan informasi yang kurang jelas karena berhadapan langsung dengan narasumber sehingga salah penafsiran terhadap informasi yang ada dapat segera diluruskan atau dihindarkan.

### **5.2.3 Efektifitas Penggunaan Leaflet Dan Demonstrasi Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Tentang ROM Pasif Pada Keluarga Klien Pasca Stroke**

Telah dijelaskan pada pembahasan sebelumnya bahwa baik kelompok yang diberikan leaflet maupun yang dilakukan demonstrasi pengetahuan keduanya tentang ROM pasif dapat bertambah. Namun untuk mengetahui mana dari kedua metode tersebut yang lebih efektif, hal tersebut dapat ditunjukkan oleh nilai mean (rata-rata) tingkat pengetahuan antara kelompok leaflet dan demonstrasi sama



yaitu 98.00 dan nilai standar deviasi 2.129. Sehingga dapat dikatakan bahwa leaflet dan demonstrasi sama-sama efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga tentang ROM pasif pada klien pasca stroke.

Menurut Notoatmodjo (1993) “Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan seseorang dimana diharapkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka orang tersebut akan semakin luas pengetahuannya”.

Namun perlu diingat juga bahwa kesimpulan ini berlaku pada kelompok sasaran dengan pendidikan minimal SLTP, sehingga masih diperlukan penelitian lebih lanjut untuk dapat menentukan metode mana yang lebih tepat digunakan pada sasaran yang tidak memberlakukan standar minimal tingkat pendidikan. “Karena leaflet tidak akan berlaku bagi target yang tidak dapat membaca” (Asrul E, 1998).

Sedangkan untuk tingkat keterampilan, didapatkan nilai rata-rata (mean) pada responden yang menggunakan demonstrasi = 95.00 dan standar deviasi = 9.405 sedangkan responden yang menggunakan leaflet nilai rata-rata (mean) = 80.00 dan standar deviasi = 15.191, maka dapat dikatakan bahwa penggunaan demonstrasi lebih efektif secara bermakna dibandingkan dengan leaflet.

Berdasarkan teori dari D.G Leather dikutip oleh Rahmat (2000), mengemukakan bahwa tindakan atau perilaku individu dipengaruhi oleh pengalaman, pengalaman akan bertambah jika melalui rangkaian peristiwa yang pernah dihadapi individu tersebut.

Disamping itu perhatian harus diberikan juga pada keluarga klien karena anggota keluarga akan sangat mempengaruhi respon klien terhadap penyakit yang dideritanya dan mereka dapat ikut berperan aktif terhadap keberhasilan dan

kegagalan upaya pemulihan yaitu dengan cara memaksimalkan fungsi dari keluarga dengan membantu melatih klien secara bertahap untuk mencapai kemandirian (Mulyasih, 1994).

Dengan kata lain dapat disimpulkan bahwa untuk pemberian pendidikan yang menginginkan hasil akhir suatu keterampilan tertentu maka demonstrasi dapat dipergunakan sebagai alternatif pilihan.

## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**



**BAB 6****KESIMPULAN DAN SARAN****7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan analisis dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa :

1. Tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM pasif terhadap keluarga klien pasca stroke, hal ini berdasarkan perhitungan Mann Whitney dengan  $p = 1.00$ .
2. Ada perbedaan tingkat keterampilan antara pemberian leaflet dan demonstrasi tentang ROM Pasif terhadap keluarga klien pasca stroke, hal ini berdasarkan perhitungan Mann whitney dengan  $p = 0,004$ .
3. Pendidikan kesehatan dengan leaflet dan demonstrasi sama-sama efektif untuk meningkatkan pengetahuan tentang ROM pasif pada keluarga klien paska stroke, dilihat dari mean (rata-rata) nilai pengetahuan = 98.93, dan nilai standar deviasi = 2.129.
4. Pendidikan kesehatan dengan demonstrasi lebih efektif dibanding dengan leaflet dalam meningkatkan keterampilan tetang ROM Pasif, terlihat dari nilai mean (rata-rata) keterampilan dengan demonstrasi = 95.00, dan nilai standar deviasi = 9.405. sedangkan leaflet dengan nilai mean (rata-rata) = 80.00 dan nilai standar deviasi =15.19.

## 7.2 Saran

Saran yang dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk pemberian pendidikan kesehatan dengan metode dan media yang baik bagi keluarga penderita pasca stroke khususnya dan bagi keperawatan pada umumnya adalah sebagai berikut :

1. Pendidikan kesehatan yang bermaksud untuk meningkatkan pengetahuan dapat diberikan dengan menggunakan leaflet dan demonstrasi, akan tetapi sangat perlu untuk mengenali sasaran pendidikan karena bila sasaran tidak dapat membaca maka tujuan pendidikan tidak akan tercapai.
2. Bila tujuan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan keterampilan klien maupun keluarga, demonstrasi merupakan alternatif pilihan yang lebih efektif
3. Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai protap dalam memberikan pendidikan kesehatan bagi klien dan keluarga klien pasca stroke khususnya dan kasus-kasus lain pada umumnya yang dirawat di RSUD Dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur.
4. Setelah diketahui masing-masing manfaat leaflet dan demonstrasi, maka kepada petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan klien dan keluarganya agar dapat mengaplikasikan secara kongkrit pemberian pendidikan kesehatan baik dengan leaflet ataupun demonstrasi pada klien dan keluarganya sebagai bagian dari pemberian pelayanan yang bermutu sesuai dengan Visi Rumah sakit



## DAFTAR PUSTAKA



## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Watik Pratiknyo (2002) *Dasar-dasar Metodologi Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada
- Arikunto Suharsimi (1993,2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Azwar A (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Jakarta : Sastra Hudaya
- Baozir F. (2000). Update Stroke Management : Pathofisiologi dan Penanganan Stroke, Suatu Pendekatan Baru di Era Millenium III. *Makalah pada Simposium Stroke di Bangkalan*. 01 April.
- Brandstatis & Brasmagin (1987). *Stroke Rehabilitation*. Baltimore : Williams & Wilkins
- Chandra, B (1995). *Pengantar Statistik Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, hal : 28-32
- Depdikbud, (1997). *Pengetahuan, Sikap, Kepercayaan dan Perilaku Budaya Tradisional pada Generasi Muda di Surabaya*. Jakarta
- Fuath A, (1998). *Rehabilitasi Penderita Stroke : Manajemen Stroke Mutakhir*. Berita Kedokteran Masyarakat XIV (1), hal : 95-103
- Garrison J, (2004). *Dasar-dasar Terapi dan Rehabilitasi Fisik*. Jakarta : Hipokrater, hal :81.
- Harsono, (1996). *Buku Ajar Neurologi Klinis*. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia, Edisi 1. Yogyakarta : gajah mada University Press.
- Hudak dan Gallo, (1996). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran, hal : 258
- Kamisa, (1997). *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Surabaya : Kartika.
- Marjono M, Sidarta P (1994). *Neurologi Klinis Dasar*. Edisi 6. Jakarta : Dian Rakyat, hal : 27-30
- Mintosih Guritno & Adenan (1997). *Pengetahuan, Sikap, Kepercayaan dan Perilaku Budaya Tradisional pada Generasi Muda di Kota Surabaya*. Edisi 2. Jakarta : Depdikbud
- Mulyatsih Eny (1994). *Petunjuk Praktis bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke*. Jakarta : FKUI, hal : 7-9

- Nasrul E (1998). *Keperawatan kesehatan masyarakat*. Edisi 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC, hal : 241-247
- Notoatmodjo (1993). *Metode Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Andi Offset, hal :127-128
- Notoatmodjo (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Nursalam (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penerapan Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam dan Pariani (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset dan Keperawatan*. Yogyakarta : Sagung Seto
- Patricia M. Davis (1985). *Steps to Follow, A Guide to the Treatment of Adult Hemiplegia*. New York. Tokyo : Berlin Springer Verlag hal : 235
- Priharjo Robert (1993,1996). *Pemenuhan Aktivitas Istirahat Pasien*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Salim P, Salim Y. (1995). *Kamus Besar Bahasa Kontemporer*. Jakarta : Modern English Press
- Samsuhidayat, Wim De Jong (1997). *Ilmu Ajar bedah*. Jakarta : Penerbit Buku kedokteran EGC
- Singgih S (2001). *Buku Latihan SPSS : Statistik Non Parametrik*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo, hal : 30, 118
- Suriani, Budi Utomo (2003). *Fisioterapi Pada Lansia*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Warllow CP (1998). *Epidemiologi of Stroke. The Lancet* ; 352



# LAMPIRAN





DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN**  
 Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131  
 Telp : (031) 5012496 - 5014067 Fax : 031- 5022472

Surabaya, 9 Nopember 2004

Nomor : 4711 /J03.1.17/PSIK & DIV PP/  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
 Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Direktur RSU dr. Soedjono Selong

Di  
 Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Rita Rinjani.....  
 NIM : 010330515 B.....  
 Judul Penelitian : Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan keluarga Klien Pasca Stroke.....  
 Tempat : di RSU dr. Soedjono Selong.....

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi

Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI  
 NIP.: 130 325 831

PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. R. SOEDJONO SELONG LOMBOK TIMUR

---

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 445 / 02.1 / RSU / 2005


Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Dr. R. Soedjono Selong Kabupaten Lombok Timur Provinsi Nusa Tenggara Barat, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Rita Rinjani  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Instansi : Universitas Airlangga  
Jurusan : Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan  
N I M : 010330515-B

Telah Melaksanakan Penelitian / Survey dalam rangka menyelesaikan tugas akhir dengan Judul *“Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke“*, mulai tanggal 13 November s / d 15 Desember 2004

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan dimana diperlukan.

Selong, 3 Januari 2005  
Direktur RSU Dr. R. Soedjono Selong



**Dr. H. L. Muhammad. Iftihar**  
Pembina Tk I / IVb  
Nip 140 135 424

Lampiran 3

**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

KEPADA

Yth. Bapak / Ibu .....

Di

Tempat

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unair Surabaya, maka saya :

Nama : RITA RINJANI

NIM : 0103330515 B

Status : Mahasiswa PSIK FK Unair Surabaya semester III

Akan melakukan penelitian dengan judul “ **Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke**“. Untuk kepentingan tersebut, saya mohon kesediaan bapak / ibu untuk berkenan menjadi subjek penelitian (dijadikan sampel). Identitas dan informasi yang berkaitan dengan bapak / ibu dirahasiakan oleh peneliti.

Atas partisipasi dan dukungannya, disampaikan terima kasih.

Selong, November 2004

Hormat saya

**RITA RINJANI**



## Lampiran 4

**Lembar persetujuan Menjadi Responden Penelitian**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden pada penelitian yang dilakukan oleh Rita Rinjani, mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul “Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke di RSU dr. R. Soedjono Selong Lombok Timur”. Tanda tangan saya dibawah ini sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

Lampiran 5

**FORMAT PENGUMPULAN DATA**

Judul Penelitian : Efektifitas Leaflet dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke.

**Petunjuk :**

Beri tanda ( ✓ ) pada kotak jawaban Anda

Tanggal penelitian :

No. Kode responden :

**I. Data Demografi**

Umur	<input type="checkbox"/> 1. 21-30 tahun <input type="checkbox"/> 2. 31-40 tahun <input type="checkbox"/> 3. 41-55 tahun
Pendidikan	<input type="checkbox"/> 1. SMP <input type="checkbox"/> 2. SMU <input type="checkbox"/> 3. S1/Sarjana
Hubungan dengan klien	<input type="checkbox"/> 1. Anak <input type="checkbox"/> 2. Istri <input type="checkbox"/> 3. Suami <input type="checkbox"/> 4. Saudara
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> 1. PNS/ Polri <input type="checkbox"/> 2. Swasta <input type="checkbox"/> 3. Petani <input type="checkbox"/> 4. Lain - Lain

## Lampiran 6

**LEMBAR KUESIONER****II. Pengetahuan keluarga****Petunjuk :**

Bapak / ibu / saudara diminta untuk memberikan jawaban benar atau salah pada kotak yang telah disediakan dengan memberikan tanda check (✓).

Kode diisi oleh peneliti

Kegiatan	Benar	Salah	Kode
1. Latihan luas gerak sendi adalah : Merupakan luas gerakan sendi yang dapat dilakukan oleh suatu sendi.			
2. Tujuan latihan luas gerak sendi adalah untuk dapat ambulasi dini, memelihara pergerakan sendi, mencegah terjadinya kekakuan sendi dan merangsang peredaran darah.			
3. Aktif dan pasif adalah macam dari latihan luas gerak sendi.			
4. Latihan luas gerak sendi yang akan Anda lakukan pada keluarga adalah latihan pasif.			
5. Latihan luas gerak sendi dilakukan 3 sampai 4 kali sehari.			
6. Latihan gerak sendi pada masing sendi dilakukan maksimal 20 x / sendi.			



Kegiatan	Benar	Salah	Kode
7. Hal-hal yang harus dilakukan / diperhatikan sebelum / saat melakukan luas gerak sendi adalah pakaian harus longgar dan pasien dalam keadaan relax.			
8. Latihan pasif luas gerak sendi dilakukan apabila pasien sudah stabil.			
9. Latihan gerak sendi dapat dilakukan setelah pasien makan.			
10. Saat latihan dikerjakan jangan memaksa dengan kekuatan.			

Lampiran 7

### SATUAN ACARA PENYULUHAN

Materi : Latihan ROM Pasif

Sasaran : Keluarga klien pasca stroke

Waktu : 35 menit

#### A. Analisa Situasional

1. Penyuluhan : Mahasiswa PSIK FK Unair
2. Peserta : Keluarga klien Pasca stroke

#### B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan instruksional umum

Setelah pendidikan kesehatan diberikan, keluarga klien dapat menjelaskan kembali dan mengaplikasikan latihan ROM Pasif pada klien pasca stroke dengan benar.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan penyuluhan keluarga klien dapat :

- a. Menjelaskan pengertian latihan ROM Pasif
- b. Menjelaskan tujuan latihan ROM Pasif
- c. Menjelaskan waktu dan frekuensi latihan
- d. Menjelaskan macam latihan ROM
- e. Menjelaskan yang harus diperhatikan saat latihan
- f. Mendemonstrasikan cara latihan ROM Pasif

**C. Metode**

1. Ceramah
2. Demonstrasi (cara latihan pasif luas gerak sendi)

**D. Alat dan materi**

Lembar materi

**E. Evaluasi**

Dilakukan setelah penyampaian materi dan demonstrasi cara evaluasi dengan kuesioner dan observasi langsung.

**F. Kegiatan Penyuluhan**

No	Topik	Kegiatan
1.	Pembukaan : 5 menit	Menyampaikan : - Salam pembukaan - Memperkenalkan diri - Menyampaikan tujuan penelitian
2.	Pengembangan isi 20 menit	Menyampaikan materi tentang latihan pasif ROM : 1. Pengertian 2. Tujuan latihan 3. Macam latihan ROM 4. Waktu dan frekuensi latihan 5. Cara latihan 6. Yang perlu diperhatikan waktu latihan
3.	Penutup 10 menit	1. Menyimpulkan kegiatan penyuluhan 2. Menyampaikan salam penutup 3. Mengadakan kontrak untuk observasi ke ruangan.



## G. Materi Penyuluhan

### 1. Pengertian ROM

Merupakan luas gerakan sendi yang dapat dilakukan oleh suatu sendi.

### 2. Tujuan Latihan ROM

1. Mempertahankan dan memelihara kekuatan otot.
2. Agar dapat ambulasi dini.
3. Memelihara mobilitas persendian
4. Mencegah terjadinya spasme otot
5. Menstimulasi sirkulasi

### 3. Macam latihan ROM

#### 1) Pasif

Latihan ROM pada penderita yang tidak dapat bergerak sendiri dan ini sepenuhnya membutuhkan tenaga bantuan dari orang lain.

#### 2) Aktif

Latihan yang dilakukan dengan kekuatan penderita sendiri.

### 4. Waktu dan frekuensi latihan ROM

Waktu latihan pagi dan sore atau dua kali sehari dengan 7 sampai 10 kali LGS / sendi.

#### Cara Latihan ROM Pasif

##### 1) Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu

Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan.

Luruskan siku, naikkan dan luruskan lengan dengan siku tetap dalam keadaan lurus.

- 2) Gerakan menekuk dan meluruskan siku  
Pegang lengan atas dengan tangan satu, tangan yang satunya menekuk dan meluruskan siku.
- 3) Gerakan memutar pergelangan tangan  
Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya menggenggam telapak tangan pasien. Putar pergelangan tangan ke arah luar (supinasi) dan ke arah dalam (pronasi).
- 4) Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan  
Pegang tangan bawah dengan tangan satu; tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien. Tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah.
- 5) Gerakan memutar ibu jari  
Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.
- 6) Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan  
Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan
- 7) Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha  
Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai.  
Naikkan dan luruskan kaki dengan tungkai tetap lurus.
- 8) Gerakan menekuk dan meluruskan lutut  
Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai.  
Kemudian tekuk dan luruskan lutut.

## 9) Gerakan untuk pangkal paha

Gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya).

## 10) Gerakan memutar pergelangan kaki

Pegang tungkai dengan tangan satu tangan lainnya memutar pergelangan kaki.

**Catatan**

- Latihan dilakukan sebelum klien makan.
- Saat latihan jangan memaksa gerakan dengan kekuatan.
- Pakaian harus longgar dan klien dalam keadaan relax.

**H. Rujukan**

Mulyatsih E (1994). Petunjuk Praktis Bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke. Jakarta : FKUI tidak dipublikasikan.



## Lampiran 8

**LEMBAR OBSERVASI**

Judul Penelitian : Efektifitas Leaflet Dan Demonstrasi Tentang ROM Pasif Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Keluarga Klien Pasca Stroke

Nomer kode responden :

Tanggal observasi :

Kegiatan	Dilakukan	Tdk dilakukan	Kode
<p><b>Latihan pasif anggota gerak atas :</b></p> <p>1. Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu :</p> <p>Tangan satu penolong memegang siku, tangan lainnya memegang lengan luruskan siku, naik dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus.</p> <p>2. Gerakan menekuk dan meluruskan siku :</p> <p>Pegang lengan atas dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku.</p> <p>3. Gerakan memutar pergelangan tangan :</p> <p>Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan satunya menggenggam telapak</p>			

Kegiatan	Dilakukan	Tdk dilakukan	Kode
<p>tangan pasien. Putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup).</p> <p>4. Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan :</p> <p>Pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan satunya memegang pergelangan tangan pasien. Tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah.</p> <p>5. Gerakan memutar ibu jari :</p> <p>Pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.</p> <p>6. Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan :</p> <p>Pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.</p> <p><b>Latihan pasif anggota gerak bawah :</b></p> <p>7. Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha :</p> <p>Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai. Naikkan dan</p>			

Kegiatan	Dilakukan	Tdk dilakukan	Kode
<p>turunkan kaki dengan lutut tetap lurus.</p> <p>8. Gerakan menekuk dan meluruskan lutut : Pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai, kemudian tekuk dan luruskan lutut.</p> <p>9. Gerakan untuk pangkal paha : Gerakan kaki pasien menjauh dan mendekati badan (kaki satunya).</p> <p>10. Gerakan memutar pergelangan kaki : Pegang tungkai dengan tangan satu, tangan satunya memutar pergelangan kaki.</p>			



Lampiran 9

**LEAFLET LATIHAN ROM PASIF**

**PETUNJUK PRAKTIS LATIHAN PASIF ROM  
BAGI KELUARGA PASIEN  
PASCA STROKE**



**OLEH:  
RITA RINJANI**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2004**

## Lampiran 10

**Data Input Tingkat Pengetahuan dan keterampilan**

Responden	Pengetahuan (%)	Ketrampilan (%)	Kelompok
1	100	100	demonstrasi
2	100	70	demonstrasi
3	95	90	demonstrasi
4	100	100	demonstrasi
5	95	100	demonstrasi
6	100	100	demonstrasi
7	95	80	demonstrasi
8	100	100	demonstrasi
9	100	100	demonstrasi
10	100	100	demonstrasi
11	100	100	demonstrasi
12	100	100	demonstrasi
13	100	90	demonstrasi
14	100	100	demonstrasi
15	100	60	leaflet
16	95	90	leaflet
17	100	70	leaflet
18	100	80	leaflet
19	100	70	leaflet
20	100	70	leaflet
21	100	100	leaflet
22	100	50	leaflet
23	100	90	leaflet
24	95	100	leaflet
25	100	90	leaflet
26	100	90	leaflet
27	100	70	leaflet
28	95	90	leaflet

## Lampiran 11

## Analisis Statistik

## Frequency Table

Demonstrasi (Pengetahuan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	95	3	21.4	21.4	21.4
	100	11	78.6	78.6	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Demonstrasi (Ketrampilan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	70	1	7.1	7.1	7.1
	80	1	7.1	7.1	14.3
	90	2	14.3	14.3	28.6
	100	10	71.4	71.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Leaflet (Pengetahuan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	95	3	21.4	21.4	21.4
	100	11	78.6	78.6	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Leaflet (Ketrampilan)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50	1	7.1	7.1	7.1
	60	1	7.1	7.1	14.3
	70	4	28.6	28.6	42.9
	80	1	7.1	7.1	50.0
	90	5	35.7	35.7	85.7
	100	2	14.3	14.3	100.0
	Total	14	100.0	100.0	



## Frequencies

Statistics

		Demonstrasi (Pengetahuan)	Demonstrasi (Ketrampilan)	Leaflet (Pengetahuan)	Leaflet (Ketrampilan)
N	Valid	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0
Mean		98.93	95.00	98.93	80.00
Std. Deviation		2.129	9.405	2.129	15.191

## NPar Tests

### Mann-Whitney Test

Ranks

Kelompok responden		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan	demonstrasi	14	14.50	203.00
	leaflet	14	14.50	203.00
	Total	28		
Ketrampilan	demonstrasi	14	18.89	264.50
	leaflet	14	10.11	141.50
	Total	28		

Test Statistics<sup>b</sup>

	Pengetahuan	Ketrampilan
Mann-Whitney U	98.000	36.500
Wilcoxon W	203.000	141.500
Z	.000	-2.978
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000	.003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1.000 <sup>a</sup>	.004 <sup>a</sup>