

# SKRIPSI

## PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MERUBAH POSISI PADA PASIEN STROKE

*PENELITIAN QUASI EXPERIMENTAL*

**DI RUANG SARAF A RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Sains Terapan (SST)  
Keperawatan Medikal Bedah  
Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya**



**Disusun Oleh :**

**ACHLISH ABDILLAH**

**NIM : 010310370 R**

**PROGRAM STUDI D-IV PERAWAT PENDIDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

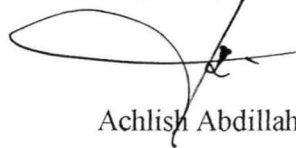
**2004**

## SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, 13 Agustus 2004

Yang Menyatakan

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop on the left and a vertical stroke on the right that ends in a small hook.

Achlish Abdillah

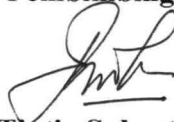
**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**

**Tanggal, 11 Agustus 2004**

**Oleh :**

**Pembimbing Ketua**



**Tintin Sukartini, SKp**  
**NIP. 132 255 158**

**Pembimbing**



**Rizki Fitriyasari PK, SKep.Ns**

**Mengetahui,**

**a.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan**

**Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya**

**Pembantu Ketua I**



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

**NIP. 140 238 226**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**SKRIPSI INI TELAH DIUJI**

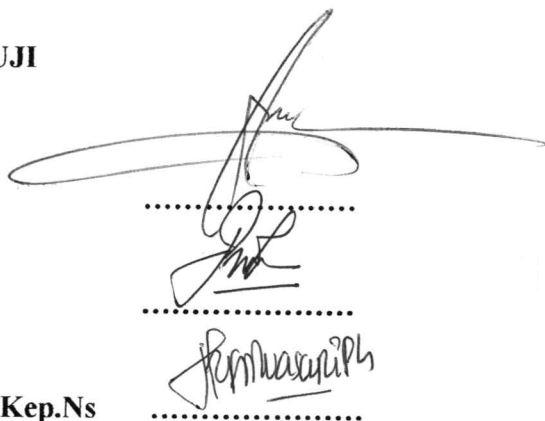
**Pada Tanggal, 13 Agustus 2004**

**PANITIA PENGUJI**

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

**Anggota : 1. Tintin Sukartini, SKp**

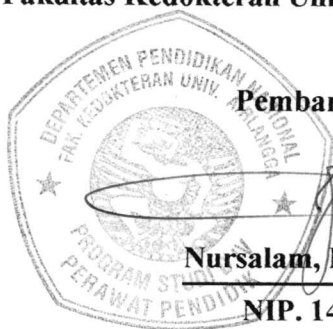
**2. Rizki Fitryasari PK, SKep.Ns**



.....  
.....  
.....

**Mengetahui,**

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



**Pembantu Ketua I**

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

**NIP. 140 238 226**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Perubahan Posisi Pada Pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya”. Skripsi ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan (SST) pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak skripsi ini tidak akan terwujud, untuk itu dengan segala kerendahan hati perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr SpTHT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr Sp PD. KTI, selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Bapak Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Pembantu Ketua I Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
4. Dr. Koeswandono, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan Program D IV Perawat Pendidik.
5. Drs. Sudijono, MM, selaku Kepala Akademi Keperawatan Lumajang yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk mengikuti pendidikan Program D IV Perawat Pendidik.

- 6 Dr. Slamet Riyadi Yuwono, DTMH, MARS, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan fasilitas tempat penelitian.
- 7 Ibu Siti Rohani, SST, selaku Kepala Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan masukan serta fasilitas tempat penelitian.
- 8 Ibu Tintin Sukartini, S.Kp, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bantuan, bimbingan, koreksi dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
- 9 Ibu Rizky Fitriyasaki PK, S.Kep.Ns, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bantuan, bimbingan, koreksi dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
- 10 Orang tua dan istriku tercinta serta ananda tersayang 'Lili', dengan ketulusan, kesetiaan dan dorongan serta doa yang kalian berikan, aku belajar dan terus belajar sampai pada saatnya keberhasilan menanti diri.
11. Rekan dan rekanita mahasiswa D-IV yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu yang telah membantu kelancaran pembuatan skripsi ini

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam pembuatan skripsi ini, kami berharap saran dan kritik guna perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini. Teriring doa mudah-mudahan amal yang telah diberikan akan dicatat oleh Allah sebagai suatu amal kebajikan dan semoga skripsi ini bisa bermanfaat bagi kita semua. Amien.

Surabaya, Agustus 2004

Penulis

## ABSTRACT

### THE INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ON FAMILY INDEPENDENCE IN CHANGING STROKE PATIENTS' POSITION

A Quasi-Experimental Study in Neurology Ward A,  
Dr Soetomo Hospital, Surabaya

Achlish Abdillah

One of the efforts to maintain body skin integrity in stroke patients is to change their position. Unfortunately, the family cannot carry out this effort optimally as they have not involved independently in the patient treatment. This study was aimed to prove the influence of health education on family independence in changing the position of stroke patients hospitalized at Neurology Ward A, Dr Soetomo Hospital, Surabaya, in each 2 hours.

This study used quasi-experimental design, in which the population was all families of stroke patients hospitalized at Neurology Ward A, Dr Soetomo Hospital, Surabaya. Sample size was 20 respondents, divided into 2 groups, 10 samples in subject/treatment group, and 10 samples in control group. Samples were recruited using purposive sampling, in which those that met the inclusion criteria were recruited. The independent variable was health education for stroke patients family, while the dependent variable was family independence in changing stroke patients' position in each 2 hours. Data were collected using observation and analyzed with Mann Whitney statistical test with significance level of 0.05.

Results showed that the family became independent in changing stroke patients' position after being educated, with  $p = 0.001$  ( $\alpha < 0.05$ ). Conclusively, health education is needed in improving family independence to change stroke patients' position in each 2 hours.

**Keywords:** *health education, family independence, position changing, stroke*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Halaman Pernyataan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Ucapan Terima Kasih .....	v
Abstrak .....	vi
Daftar isi .....	vii
Daftar Gambar .....	viii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Lampiran .....	x
BAB 1      PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	5
1.4. Manfaat Penelitian .....	5
1.5. Relevansi .....	6
BAB 2      TINJAUAN PUSTAKA .....	7
2.1. Stroke .....	7
2.2. Konsep Pendidikan Kesehatan .....	21
2.3. Konsep Perilaku .....	28
2.4. Konsep Mandiri .....	32
2.5. Konsep Keluarga .....	32



BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	40
	3.1. Kerangka Konseptual .....	40
	3.2. Hipotesis Peneliitian .....	41
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN .....	42
	4.1. Desain Penelitian .....	42
	4.2. Kerangka Kerja .....	43
	4.3. Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Sampling .....	44
	4.4. Identifikasi Variabel .....	46
	4.5. Definisi Operasional .....	47
	4.6. Pengumpulan dan Analisa Data .....	50
	4.7. Etik Penelitian .....	51
	4.8. Keterbatasan .....	52
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN .....	53
	5.1 Hasil Penelitian .....	53
	5.2 Pembahasan .....	58
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN .....	63
	6.1 Kesimpulan .....	63
	6.2 Saran .....	64
	DAFTAR PUSTAKA .....	65
	LAMPIRAN	

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1. Skema Kerangka Konseptual .....	40
Gambar 4.2. Skema Kerangka Kerja .....	43
Gambar 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Kedudukan dalam Keluarga .....	54
Gambar 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia .....	55
Gambar 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	55
Gambar 5.4. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan .....	56
Gambar 5.5. Distribusi Kemandirian Keluarga pada Kelompok Perlakuan .....	56
Gambar 5.6. Distribusi Kemandirian Keluarga pada Kelompok Kontrol .....	57

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 4.1 Desain Penelitian .....	42
Tabel 4.5 Definisi Operasional .....	47
Tabel 5.7 Distribusi Perbandingan Kemandirian Keluarga dalam Merubah Posisi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol .....	57

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas .....67
Lampiran 2	Surat Keterangan Telah Menyelesaikan Penelitian .....68
Lampiran 3	Lembar Permintaan Menjadi Responden .....69
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Responden .....70
Lampiran 5	Lembar Observasi .....71
Lampiran 6	Lembar Satuan Acara Penyuluhan .....73
Lampiran 7	Lembar Leaflet .....75
Lampiran 8	Data Hasil Penelitian .....76
Lampiran 9	Hasil Analisis SPSS versi 10 .....77

**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Penyakit Stroke merupakan sindroma klinis yang timbul mendadak, progresif cepat berupa defisit neurologis dan angka kejadian Stroke di seluruh dunia adalah 200 per 100.000 penduduk pertahun. Pada pasien Stroke fase akut keadaan pasien belum stabil yaitu kondisinya lemah atau kesadaran yang menurun sehingga pasien harus berbaring di tempat tidur karena imobilitas, bila terlalu lama berbaring pada posisi atau sikap yang sama, ada bagian tubuh yang tertekan terlalu lama yang dapat menyebabkan stasis vena dan selanjutnya terjadi luka tekan (dekubitus) (Lumbantobing, 1994). Berdasarkan pengamatan selama penelitian kejadian dekubitus di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo terdapat 5 pasien dari 40 pasien yang dirawat atau ada 11,5 % pasien mengalami dekubitus, ini diakibatkan oleh peran keluarga yang belum mandiri dalam merubah posisi pada pasien Stroke. Hal ini terkait karena kurang optimalnya pelaksanaan pendidikan kesehatan khususnya tentang kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada anggota keluarganya yang mengalami Stroke.

Jumlah penderita stroke yang dirawat selama periode Januari – Desember tahun 2003 sebanyak 848 pasien dan dampak dari penyakit Stroke akan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang dapat semakin meluas dalam beberapa menit atau jam sehingga mengakibatkan cacat dan kematian, oleh karena itu serangan Stroke akut harus segera mendapatkan suatu penanganan yang segera, cepat dan tepat.

Penanganan atau terapi pada stroke akut meliputi terapi secara umum yang dilakukan sejak dini pada Stroke iskemik maupun perdarahan yaitu 6 – B (*Breath, Blood, Brain, Bowel, Bledder, Bone and Body Skin*). (Saiful Islam , 2000).

Berkaitan hal di atas *Body Skin* merupakan salah satu penanganan secara umum yang penting pada stroke akut yaitu bagaimana mempertahankan keutuhan kulit tubuh pasien Stroke. Bila pada pasien Stroke mengalami dekubitus dan diabaikan dapat menyebabkan penyulit karena dekubitus menambah spastisitas, menghambat perbaikan motorik dan bahkan menimbulkan kematian karena infeksi (Saiful Islam, 2000)

Upaya mempertahankan keutuhan kulit tubuh pasien juga dapat dilaksanakan pada pasien pasca Stroke akut karena pada pasien tersebut menimbulkan masalah yaitu terjadinya kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Mulyatsih E, 1994). Selain itu sesuai dengan sasaran perawatan pasca Stroke akut menurut Smeltzer SC, (2002) bahwa sasaran utama ditujukan untuk pasien dan keluarga antara lain perbaikan mobilitas dan pemeliharaan integritas kulit.

Sedangkan alternatif tindakan untuk mempertahankan keutuhan kulit / *body skin* menurut Saiful Islam (2000) antara lain mengubah posisi tidur setiap 2 jam berupa tidur terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang sakit, perawatan dan pemantauan kulit bila ada tanda-tanda awal dekubitus berupa eritema dan erosi kulit. Tindakan ini dapat terlaksana dengan baik bila melibatkan keluarga secara optimal dalam perawatan (Kapita Selekt Kedokteran, 2000). Selain itu alasan keluarga dilibatkan dalam perawatan karena keluarga sebagai

salah satu unit pelayanan kesehatan yang di dalamnya dapat menimbulkan, mencegah, mengakibatkan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan yang terjadi diantara anggota keluarga (Nasrul Effendi, 1998) dan menurut Mulyatsih (1994) perhatian harus diberikan juga pada keluarga pasien karena anggota keluarga akan sangat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit yang di deritanya dan mereka ikut berperan terhadap keberhasilan dan kegagalan upaya pemulihan.

Berkaitan dalam upaya mempertahankan keutuhan kulit (*body skin*), melalui perubahan posisi setiap 2 jam pada pasien dengan Stroke, hal ini sudah dilakukan secara optimal oleh tim kesehatan tetapi belum optimal dilakukan oleh keluarga, ini dikarenakan keluarga belum terlibat secara mandiri, oleh karena itu keterlibatan keluarga secara mandiri dalam perawatan *body skin* terutama dalam perubahan posisi setiap 2 jam pada pasien stroke merupakan suatu permasalahan yang secara khusus perlu dilakukan suatu penelitian.

## **1.2 Rumusan Masalah dan Pertanyaan Penelitian**

### **1.2.1 Rumusan Masalah**

Pasien dengan stroke akut dapat menyebabkan kelemahan dan penurunan tingkat kesadaran sehingga pasien harus berbaring pada posisi atau sikap yang sama akan menyebabkan penekanan pada bagian tubuh sehingga dapat menimbulkan luka tekan (*dekubitus*) atau gangguan keutuhan kulit (*body skin*).

Untuk mempertahankan keutuhan kulit tubuh pada pasien dengan Stroke salah satunya dapat dilakukan dengan memberikan perubahan posisi tidur setiap 2



jam berupa tidur terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang sakit. Tindakan ini dapat terlaksana dengan baik bila tim kesehatan melibatkan keluarga secara optimal dalam perawatan termasuk dalam perubahan posisi tidur setiap 2 jam. Berkaitan hal tersebut sebelum keluarga dilibatkan maka sebelumnya keluarga diberikan suatu pendidikan kesehatan tentang bagaimana cara melakukan perubahan posisi tidur setiap 2 jam dengan harapan keluarga nantinya dapat mandiri melakukan perawatan perubahan posisi tidur setiap 2 jam pada pasien Stroke. Penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap upaya peningkatan kemandirian keluarga dalam perubahan posisi tidur setiap 2 jam pada pasien Stroke belum pernah dibahas.

### **1.2.2 Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana tingkat kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang diberikan pendidikan kesehatan.
2. Bagaimana tingkat kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang tidak diberikan pendidikan kesehatan.
3. Adakah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Membuktikan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi kemandirian keluarga yang mendapatkan pendidikan kesehatan tentang merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A Dr. Soetomo Surabaya.
2. Mengidentifikasi kemandirian keluarga yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan tentang merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### **1.4 Manfaat**

1. Bagi keluarga

Diharapkan keluarga dapat terlibat secara optimal dalam perawatan pasien Stroke khususnya dalam merubah pasien setiap 2 jam.

## 2. Profesi Keperawatan

Hasil penelitian di harapkan dapat mengembangkan peran perawat sebagai pendidik dalam upaya meningkatkan promotif, preventif dan rehabilitatif dalam rangka perawatan pasien dengan Stroke.

## 3. Institusi Pelayanan / Rumah Sakit

Institusi pelayanan / rumah sakit diharapkan dapat mengembangkan pola perawatan secara komprehensif dengan melibatkan keluarga dalam penatalaksanaan / perawatan pasien Stroke khususnya dalam merubah posisi setiap 2 jam.

### 1.5 Relevansi

Hasil penelitian ini nantinya dapat dijadikan sebagai salah satu upaya untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui strategi pendidikan kesehatan yang tepat dan terarah sesuai sasaran khususnya dalam pengembangan perawatan pasien Stroke terutama tentang merubah posisi setiap 2 jam.

**BAB 2**  
**TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Stroke

Stroke adalah sindroma klinis yang awal timbulnya mendadak / progresif cepat, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Kapita Selekta Kedokteran, 2000)

Stroke adalah gangguan fungsi otak, fokal (ataupun global), yang timbul mendadak, berlangsung selama lebih dari 24 jam (kecuali bila mengalami tindakan pembedahan atau meninggal sebelum 24 jam), disebabkan oleh kelainan pembuluh darah otak (WHO Monica Project, 1995).

Penyakit Stroke ini menyerang dengan mendadak dan menimbulkan kerusakan jaringan otak yang dapat semakin meluas dalam beberapa menit atau jam sehingga mengakibatkan cacat dan kematian oleh karena itu serangan Stroke akut harus segera mendapatkan suatu penanganan yang segera, cepat dan tepat (Saiful Islam, 2000)

##### 2.1.1 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi stroke secara klinis dibagi 2 macam (Chandra, 1996) :

##### 1. Stroke Infark

Stroke Infark secara patogenesis dibagi menjadi :

- 1) Stroke Trombotik yaitu Stroke Iskemik yang disebabkan oleh karena trombosis di arteri karotis interna secara langsung masuk ke arteri serebri media.
- 2) Stroke Embolik yaitu Stroke Iskemik yang disebabkan oleh karena emboli yang pada umumnya berasal dari jantung.

## 2. Stroke Hemoragik

Menurut WHO *International Classification of Disease (ICD) 1965 Revision*, *Hemorrhagic Stroc* dibagi atas :

- 1) Pendarahan Intracerebral (PIS) adalah pendarahan primer yang berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma.
- 2) Pendarahan Subarakhnoidal (PSA) adalah keadaan terdapatnya atau masuknya darah ke dalam ruangan subarakhnoidal.

Misbach Jusuf (1999) mengklasifikasikan Stroke berdasarkan patologi anatomi dan penyebabnya yaitu :

### 1. Stroke Iskemik

- 1) *Transient Ischemic attack (TIA)*
- 2) Trombosis serebri
- 3) Embolia serebri

### 2. Stroke hemoragik

- 1) Perdarahan Intracerebral
- 2) Perdarahan Subarakhnoidal

Berdasarkan stadium atau pertimbangan waktu :

1. *Transient Ischemic attack*. Pada jenis ini gejala menghilang  $\leq 24$  jam.
2. *Reversible Ischemic Neurological Deficit*. Dengan mekanisme kompensasi fungsi neurologik dapat pulih dalam waktu beberapa hari sampai dengan 2 minggu.
3. *Complete stroke*

Berdasarkan sistem pembuluh darah dibagi dalam :

1. Sistem karotis
2. Sistem vertebro – basilar

Sedangkan menurut Priguna Sidharta (1999) menjelaskan jenis Stroke yaitu :

1. *Transient Ischemik Attach (TIA)*

TIA menggambarkan terjadinya suatu defisit neurologik secara tiba-tiba dan defisit tersebut berlangsung secara tiba-tiba dan defisit tersebut berlangsung hanya sementara (tidak lebih dari 24 jam). Diagnosa TIA berimplikasi bahwa lesi pembuluh yang terjadi bersifat reversibel dan disebabkan oleh embolisasi. Sumber utama emboli ialah *plaque atheromatosa* di arteri karotis interna atau arteri vertebro basilaris.

2. *Stroke in Evolution*

Yaitu menggambarkan perkembangan defisit neurologis yang berlangsung secara bertahap dan berangsur-angsur dalam waktu beberapa jam sampai 1 hari.

### 3. *Completed Stroke Ischemik (CSI)*

CSI adalah kasus hemiplegi dimana tubuh penderita sudah memperlihatkan kelumpuhan sisi yang sudah tidak memperlihatkan progressif lagi. Dalam hal ini kesadaran tidak terganggu

### 4. Stroke Hemoragik

Yaitu kelumpuhan tubuh sisi terjadi secara tiba-tiba dan serentak mutlak lumpuh. Kesadaran hilang dalam waktu singkat setelah hemiplegi bangkit.

## 2.1.2 Patofisiologi

### 2.1.2.1 Patofisiologi Stroke Iskemik

Trombosis serebral merupakan penyebab utama dari stroke. Biasanya ada kaitannya dengan *arterosklerosis*. Proses *arterosklerosis* ditandai oleh *plaque* berlemak yang mengenai intima arteri – arteri besar bagian intima arteri serebri menjadi tipis dan berserabut, sedangkan sel – sel ototnya menghilang. Lamina elastika interna terpecah dan berjumbai sehingga lumen pembuluh darah terisi oleh materi sklerotik tersebut. Trombosit menempel pada permukaan yang terbuka dan menjadi kasar. Trombosit akan melepaskan enzim, adenosin difosfat yang mengawali mekanisme koagulasi sumbat fibrino trombosit dapat terlepas dan membentuk emboli, atau mungkin tetap tinggal ditempat dan akhirnya seluruh arteri itu akan tersumbat dengan sempurna. Selanjutnya menyebabkan terhambatnya suplai darah dan iskemik jaringan otak, yang bila berlangsung lama akan mengakibatkan nekrosis atau infark jaringan otak. Disamping itu edema dan



kongesti jaringan sekitar trombus dapat terjadi beberapa jam atau beberapa hari setelah serangan. Pasien menjadi pusing, kejang, lumpuh atau paresis pada salah satu sisi tubuh dan parestesis.

Emboli adalah benda berupa kepingan bekuan darah, tumor, lemak, bakteri atau udara yang dapat menyumbat salah satu pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak. Tempat yang paling sering terserang embolus serebri adalah arteria serebri media utama bagian atas. Emboli serebral dapat terjadi pada pasien berpenyakit jantung atau katup jantung atau bekuan darah atau bakteri yang terlepas dari dinding pembuluh darah masuk ke dalam sistem pembuluh darah otak, menghambat suplai darah ke otak sehingga terjadi ischemi dan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan otak, pasien menjadi pelupa yang bersifat sementara, mengalami gangguan penglihatan, kesemutan atau paralysis. (Price,SA.,1995)

#### 2.1.2.2 Patofisiologi Stroke Perdarahan

Pecahnya pembuluh darah dibedakan menurut anatominya yaitu perdarahan intra serebral dan perdarahan subarachnoid. Pada perdarahan intraserebal, pembuluh yang pecah terdapat di dalam otak dan massa otak, sedangkan pada perdarahan subarachnoid, pembuluh yang pecah terdapat di ruang subarachnoid, di sekitar *arteriosus willisi*. Pecahnya pembuluh darah disebabkan oleh kerusakan dindingnya (arteriosklerosis) atau karena kelainan kerusakan misalnya malformasi arteri – vena, infeksi (Sifilis) dan trauma.

Pada perdarahan intraserebal timbul karena pecahnya mikro aneurisma (*Barry aneurysm*) akibat hipertensi maligna. Hal ini sering terjadi di daerah

subkortikal, serebelum, pons dan batang otak. Perdarahan di daerah korteks lebih sering disebabkan oleh sebab lain misalnya tumor otak yang berdarah, malformasi pembuluh darah otak yang pecah atau penyakit pada dinding pembuluh darah otak primer misalnya Congophilic Angiopathy, tetapi dapat juga akibat hipertensi maligna dengan frekuensi lebih kecil daripada perdarahan sub kortikal.

Sedangkan pada perdarahan Subarachnoid, perdarahan terjadi akibat pecahnya aneurisma kongenital yang sering terjadi di arteri komunikans anterior, arteri serebri media, arteri serebri anterior, dan arteri komunikans posterior (Misbach J, 1999)

### **2.1.3 Gejala**

Sesuai dengan definisinya menurut Djarot Djaludji (2000) pada Stroke akan terjadi gangguan fungsional otak fokal atau global. Gangguan fungsional otak fokal terjadi karena adanya gangguan aliran darah otak (lesi vaskuler) yang dapat berupa hemiparesis atau hemiplegi yang kontralateral terhadap sisi lesi. Sedangkan gangguan fungsional otak global ialah terjadinya gangguan kesadaran sampai koma. Hal ini terjadi apabila destruksi morfologik dan kompresi substansia retikularis dan diensefalon atau mesensefalon akibat perdarahan atau infark yang luas.

Pada dasarnya gejala-gejala dan tanda-tanda Stroke ditentukan oleh 6 defisit neurologik yaitu :

1. Gangguan kesadaran
2. Hemidefisit motorik

3. Hemidefisit sensorik
4. Hemianopsia
5. Gangguan fungsi luhur
6. Defisit batang otak

#### 2.1.4 Terapi

Penanganan Stroke harus dilakukan dengan cepat dan tepat dalam selang waktu (*golden period*) yang relatif singkat antara 4 – 6 jam sejak terjadi serangan.

Terapi Stroke akut meliputi terapi umum yang dilakukan sejak dini pada Stroke iskemik maupun perdarahan dan terapi khusus yang sesuai dengan jenis Stroke. Disamping itu upaya rehabilitasi medik sangat membantu dalam mengembalikan beberapa fungsi tertentu yang terganggu akibat Stroke.

Pada terapi umum Stroke akut meliputi 6 – B (*Breath, Blood Brain, Bowel, Bladder, Bone and Body's skin*).

Berkaitan dengan *body's Skin* dapat dijelaskan sebagai berikut :

Mobilitas akan diikuti dengan peningkatan katabolisme, depresi psikologik, stasis vena, penurunan kapasitas vital, penurunan gastrointestinal dan stasis kemih. Semua ini dapat mengakibatkan pneumonia, trombosis vena dalam, emboli paru, borok tekan (*dekubitus*), kolesistitis, infeksi saluran kemih. Di samping itu imobilitas juga dapat mengakibatkan kontraktur, berbagai penyakit ortopedik dan lumpuh tekan (*pressure palsies*). Karenanya terapi fisik perlu dilakukan sejak dini, pada penderita koma sekalipun antara lain mengubah posisi tidur, bolak balik miring ke kiri dan ke kanan secara bergantian tiap selang waktu

beberapa jam, perawatan dan pemantauan kulit bila ada tanda-tanda awal dekubitus yang berupa eritema dan erosi kulit. Semua ini sangat diperlukan pada perawatan penderita Stroke akut ( Saiful Islam, 2000 ).

Menurut Misbach J. (1999) pada pengobatan Stroke Akut baik karena apapun sebabnya, terdiri dari :

1. Pengobatan Umum meliputi :

- Tindakan ABC dan resusitasi kardiopulmoner
- Pemberian makanan, cairan dan elektrolit
- Pencegahan infark sekunder
- Mencegah edema serebral
- Mencegah hipertermi dan kejang-kejang
- Menilai fungsi menelan
- Mencegah emboli pulmonal dan dekubitus akibat imobilisasi

2. Pengobatan Spesifik

Menurut Lumbantobing (1994) tujuan terapi pada Stroke Akut adalah :

1. Mencegah agar Stroke tidak berlanjut atau berulang
2. Melakukan upaya agar cacat dapat dibatasi
3. Mencegah terjadinya komplikasi (misalnya, dekubitus)
4. Mencari dan mengobati penyakit lain yang dapat mempengaruhi perjalanan Stroke
5. Membantu pemulihan penderita ( misalnya melalui terapi obat, terapi fisik, terapi psikis)
6. Mencegah terjadinya kematian

Sedangkan terapi Stroke menurut Harsono (1993)

1. Fase akut (hari 0 – 14 sesudah onset penyakit)

Respirasi : jalan nafas harus bersih dan longgar; jantung : harus berfungsi baik bila perlu pantau EKG; tekanan darah : pertahankan pada tingkat optimal ; kadar gula tidak diturunkan dengan drastis lebih – lebih pada penderita dengan Diabetes mellitus lama.

2. Fase pasca akut

1) Rehabilitasi

Membatasi sejauh mungkin kecacatan penderita yaitu fisik dan mental dengan fisioterapi, terapi wicara, dan psikoterapi. Program rehabilitasi penderita Stroke diberikan setelah terjadi dan tercapai kesembuhan fungsional, melalui proses belajar kembali (*relearning*). Caranya dengan memberikan sensasi atau stimulus sesering mungkin pada bagian yang menderita, dan mengajarkan kembali pada penderita tentang pengaturan posisi dan gerak tubuh yang berorientasi pada perkembangan motorik sejak masa bayi. Rehabilitasi meskipun mulai pada hari pasien mengalami Stroke, proses ini ditekankan selama fase konvalesen dan memerlukan upaya tim terkoordinasi. Akan sangat membantu bila tim mengetahui apa yang pasien sukai sebelum penyakit berat ini : kemampuan, status mental dan emosional, karakteristik perilaku dan aktivitas kehidupan sehari – hari.

## 2) Terapi preventif

Menghindari serangan ulang atau serangan baru Stroke dengan jalan mengobati atau menghindari faktor – faktor resiko Stroke dan olah raga. Diantaranya adalah mengobati hipertensi, dan diabetes mellitus serta menghindari rokok, obesitas, stress dan lain – lain.

### 2.1.5 Perawatan penderita pasca Stroke akut

Sasaran utama untuk pasien (dan keluarga) meliputi perbaikan mobilitas, menghindari nyeri bahu, pencapaian perawatan diri, mendapatkan kontrol kandung kemih, perbaikan proses pikir, pencapaian beberapa bentuk komunikasi, pemeliharaan integritas kulit, perbaikan fungsi keluarga, dan tidak adanya komplikasi (Smeltzer, S.C, 2002).

#### 2.1.5.1 Perawatan Penderita Sroke Akut

Pada fase akut (biasanya 48 – 72 jam terutama serangan Stroke) keadaan pasien belum stabil, sehingga pasien harus berbaring di tempat tidur, tetapi sikap dan posisi pasien harus diperhatikan terutama anggota badan yang lumpuh. Selain untuk mencegah terjadinya kecacatan, juga untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien (Mulyatsih, 1994).

Menurut Mulyatsih (1994) perawatan perubahan posisi dapat dilakukan dengan mengubah setiap 2 – 3 jam berupa terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang lumpuh dengan prosedur sebagai berikut :

### 1. Berbaring terlentang

- Posisi kepala, leher dan punggung harus lurus
- Letakkan bantal di bawah bahu dan lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan
- Letakkan pula bantal di bawah pangkal paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk

### 2. Miring ke sisi yang sehat

- Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan
- Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk

### 3. Miring ke sisi yang lumpuh

- Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebihan
- Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang di atas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal

Ditambahkan juga pada penderita yang lemah atau menurun kesadarannya, tidak jarang ditemukan dekubitus. Untuk mencegah dekubitus harus diubah posisinya setiap 2 jam (Lumbantobing, 1994). Serta menurut Saiful Islam, (2000) dijelaskan bahwa perawatan untuk mempertahankan kulit tubuh pasien Stroke

(*body's Skin*) adalah dengan merubah posisi tidur, bolak balik miring ke kiri dan kanan secara bergantian tiap selang waktu beberapa jam.

#### **2.1.5.2 Perawatan Penderita Pasca Stroke Akut**

Menurut Mulyatsih, (1994) masalah-masalah yang timbul pada pasien Pasca Stroke Akut adalah kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh, atau otot yang abnormal, menurunnya atau hilangnya rasa (*sensibilitas*), gangguan lapang pandang, pasien melalaikan sisi yang lumpuh, gangguan persepsi, status mental yang terganggu, masalah emosional, masalah komunikasi.

Sedangkan secara khusus perawatan cara mengatasi pada kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh adalah dengan mengatur posisi pasien se nyaman mungkin, merubah posisi terlentang atau miring ke salah satu sisi dengan memberikan perhatian khusus pada bagian yang lumpuh.

Secara umum dalam perawatan Stroke berkaitan dengan perubahan posisi tidur pasien menurut Mulyatsih, (1994), ada petunjuk secara khusus bagi pangasuh atau keluarga yaitu dengan mengajarkan keluarga dalam merubah posisi pasien setiap 2 –3 jam. Untuk berbaring terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang lumpuh.

Sedangkan perawatan umum menurut Kapita Selekt Kedokteran (2000), salah satunya pada perawatan aktifitas yaitu pasien dengan Stroke harus dimobilisasi dan dilakukan fisioterapi sedini mungkin bila kondisi klinis neurologis dan hemodinamik stabil. Untuk fisioterapi pasif pada pasien yang belum bergerak, perubahan posisi badan dan ekstrimitas setiap 2 jam untuk



mencegah dekubitus. Selain itu pada pasien Stroke dilaksanakan Neurorestorasi dan neurorehabilitasi sedini mungkin dengan memperhatikan faktor-faktor gangguan motorik, sensorik, kognitif, komunikasi, visuospasial, dan emosi (depresi) dan rehabilitas awal meliputi pergantian posisi, perawatan kulit, fisioterapi kondisi, fungsi menelan, fungsi berkemih, dan gerakan pasif pada semua extremitas yang semua itu dengan melibatkan keluarga pasien.

### 2.1.6 Tingkat Ketergantungan Pasien

Pasien Stroke yang dirawat di rumah sakit mempunyai tingkat ketergantungan yang bervariasi. Berikut ini klasifikasi tingkat ketergantungan pasien berdasarkan teori Dorothy Orem (*Self Care Deficit*) yang dikutip oleh Nursalam (2002).

#### 1. Minimal care

- 1) Pasien bisa mandiri hampir tidak memerlukan bantuan yaitu pasien :  
mampu naik turun tempat tidur; mampu ambulasi dan berjalan sendiri;  
mampu makan dan minum sendiri; mampu sendiri atau mandi sebagian dengan bantuan; mampu membersihkan mulut (sikat gigi sendiri); mampu berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan; mampu buang air besar dan buang air kecil dengan sedikit bantuan.
- 2) Status psikologis stabil.
- 3) Pasien dirawat untuk prosedur diagnostik.
- 4) Operasi ringan.

## 2. Partial care

- 1) Pasien memerlukan bantuan perawat sebagian yaitu pasien : membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur; membutuhkan bantuan ambulasi dan berjalan; membutuhkan bantuan dalam menyiapkan makanan; membutuhkan bantuan untuk makan; membutuhkan bantuan membersihkan mulut; membutuhkan bantuan berpakaian dan berdandan; membutuhkan bantuan untuk buang air besar dan buang air kecil (tempat tidur atau kamar mandi).
- 2) Post operasi minor (24 jam).
- 3) Melewati fase akut dari post operasi mayor.
- 4) Fase awal dari penyembuhan.
- 5) Observasi tanda – tanda vital setiap 4 jam.
- 6) Gangguan emosional ringan.

## 3. Total care

- 1) Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dan memerlukan waktu perawat yang lebih lama yaitu pasien : membutuhkan bantuan 2 orang atau lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kereta dorong atau kursi roda; membutuhkan latihan pasif; kebutuhan nutrisi dan cairan dipenuhi melalui terapi intra vena (infus) atau *naso gastric tube* (sonde); membutuhkan bantuan membersihkan mulut; membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan; dimandikan perawat; dalam keadaan inkontinensia atau menggunakan kateter.

- 2) 24 jam post operasi mayor.
- 3) Pasien tidak sadar.
- 4) Keadaan pasien tidak stabil.
- 5) Observasi tanda – tanda vital setiap kurang dari satu jam.
- 6) Perawatan luka bakar.
- 7) Perawatan kolostomi.
- 8) Menggunakan alat bantu pernafasan.
- 9) Menggunakan water seal drainage.
- 10) Irigasi kandung kemih secara terus menerus.
- 11) Menggunakan alat traksi.
- 12) Fraktur dan atau pasca operasi tulang belakang / leher.
- 13) Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi.

## 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

Menurut Departemen Kesehatan RI (1998) penyuluhan kesehatan adalah sebagai gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip – prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan ataupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah usaha atau kegiatan untuk

membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilaku mereka untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmojo, 1997).

Effendy Nasrul (1995) mengemukakan bahwa penyuluhan kesehatan identik dengan pendidikan kesehatan, karena keduanya berorientasi pada perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat sehingga derajat kesehatannya dapat ditingkatkan.

Pengertian lain disebutkan oleh Steward yang dikutip oleh Effendy Nasrul (1998) bahwa pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan yang didalamnya terkandung untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Kurt Lewin (1951) yang dikutip oleh Nursalam (2002) mengungkapkan bahwa proses perubahan dapat melalui 3 tahapan yaitu (1) pencairan (*unfreezing*) yaitu adanya motivasi yang kuat untuk beranjak dari keadaan semula dan berubahnya keseimbangan yang ada, (2) bergerak (*moving*) yaitu bergerak menuju keadaan yang baru, (3) pembekuan (*refreezing*) yaitu mencapai tingkat atau tahap baru atau mencapai keseimbangan baru. Sedangkan Roger (1962) yang dikutip oleh Nursalam (2002) mengembangkan teori Lewin dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan. Yaitu terdiri dari 5 tahap perubahan yaitu kesadaran, keinginan, evaluasi, mencoba dan penerimaan.

Notoatmodjo, S, (2003) mengungkapkan pengetahuan dapat diadopsi melalui beberapa tahap antara lain *Awarrenes* dimana orang menyadari dalam arti

mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, *interest* subyek mulai tertarik terhadap stimulus, *evaluation* menimbang – nimbang baik buruknya stimulus bagi dirinya, *trial* mulai mencoba perilaku baru, *adoption* berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### **2.2.1 Tujuan Penyuluhan Kesehatan**

Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga atau masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok atau komunitas yang sesuai dengan konsep hidup sehat.

Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.(Effendi Nasrul, 1998)

### **2.2.2 Ruang Lingkup Penyuluhan Kesehatan**

Notoatmojo, S (1997) ruang lingkup penyuluhan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi antara lain :

1. Dari dimensi sasaran, penyuluhan kesehatan atau pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu :
  - 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
  - 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
  - 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

2. Dimensi tempat pelayanan, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula misalnya :
  - 1) Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran murid.
  - 2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas dan sebagainya.
  - 3) Pendidikan kesehatan di tempat – tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasar lima tingkat pencegahan (*five level of prevention*) dari Leavel and Carl, sebagai berikut :
  - 1) Promosi kesehatan (*health promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan, misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, hygiene perorangan dan sebagainya.
  - 2) Perlindungan khusus (*specifik protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara – negara berkembang. Hal ini sebagai perlindungan terhadap penyakit sangat diperlukan pada tahap ini.
  - 3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis dan prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit – penyakit

yang terjadi dalam masyarakat. Bahkan kadang – kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan kecacatan (*disability limitation*)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakit. Pengobatan yang tidak layak dan tidak sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Maka pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5) Rehabilitasi (*rehabilitation*)

Setelah sembuh dari penyakit tertentu, kadang – kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan – latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan untuk latihan – latihan yang dianjurkan. Disamping itu orang yang cacat setelah sembuh dari suatu penyakit biasanya malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula bahwa masyarakat tidak mau menerima sebagai anggota masyarakat yang normal. Jelaslah pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi diperlukan juga untuk masyarakat.

### 2.2.3 Metode Penyuluhan Kesehatan

Dari berbagai metoda yang dapat dipergunakan dalam penyuluhan kesehatan masyarakat. Effendy Nasrul (1998) mengelompokkan metoda dalam dua macam yaitu :

#### 1. Metoda Didaktik

Pada metoda ini yang aktif adalah orang yang melakukan penyuluhan, sedangkan peserta penyuluhan bersifat pasif dan tidak diberi kesempatan untuk ikut serta dalam mengemukakan pendapat atau mengajukan pertanyaan. Proses penyuluhan berjalan satu arah (*one way method*). Yang termasuk dalam metoda ini adalah : ceramah, poster, majalah, buletin, surat kabar, radio dan televisi.

#### 2. Metoda Sokratik

Dengan metoda ini peserta penyuluhan diberi kesempatan untuk ikut serta dalam mengemukakan pendapat atau mengajukan pertanyaan sehingga mereka ikut aktif dalam proses belajar mengajar. Proses penyuluhan berjalan dua arah (*two way method*). Yang termasuk dalam metoda ini adalah : diskusi, curah pendapat, demonstrasi, stimulasi, *role playing*, sosio drama, simposium, seminar, studi kasus, penyuluhan melalui telepon, satelit komunikasi dan sebagainya.



#### 2.2.4 Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penyuluhan

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan, baik dari segi penyuluh, peserta/sasaran dan proses penyuluhan (Effendy Nasrul, 1998)

1. Faktor penyuluh, meliputi :
  - 1) Kurang persiapan
  - 2) Kurang menguasai materi
  - 3) Bahasa yang digunakan kurang bisa dimengerti sasaran
  - 4) Suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar
  - 5) Penyampaian materi terlalu monoton sehingga membosankan
2. Faktor sasaran, meliputi :
  - 1) Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan
  - 2) Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga kurang memperhatikan pesan
  - 3) Kepercayaan dan adat yang sudah tertanam kuat
  - 4) Kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan
3. Faktor proses penyuluhan, meliputi :
  - 1) Waktu penyuluhan tidak sesuai dengan keinginan peserta penyuluhan
  - 2) Tempat penyuluhan dekat dengan keramaian
  - 3) Jumlah peserta penyuluhan terlalu banyak
  - 4) Tidak ditunjang dengan alat peraga yang dapat mempermudah pemahaman
  - 5) Metode yang digunakan kurang tepat

### 2.3 Konsep Perilaku

Manusia berperilaku karena dituntut oleh suatu dorongan dari dalam sedangkan dorongan merupakan suatu usaha untuk memenuhi kebutuhan yang harus terpuaskan (Purwanto, H, 1998).

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup (Kusmiati S, dan Desmniarti, 1990).

Secara operasional perilaku diartikan sebagai respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Selanjutnya perilaku dibedakan menjadi dua yaitu perilaku pasif atau perilaku terselubung adalah respon internal yang tidak dapat dilihat langsung oleh orang lain (*covert behaviour*) seperti pengetahuan, berfikir, tanggapan dan sikap. Perilaku aktif adalah perilaku yang dapat langsung diamati (*overt behaviour*) (Notoatmojo, S, 1997). Berdasarkan psikologi pendidikan terbentuknya pola perilaku baru dan berkembangnya kemampuan seseorang terjadi melalui tahapan tertentu yang dimulai dari pembentukan sikap, sampai dimilikinya ketrampilan baru atau perilaku baru (Herawani, dkk, 2001). Menurut Bloom (1976) yang dikutip oleh Herawani dkk (2001) bahwa aspek perilaku yang dikembangkan dalam proses pendidikan meliputi tiga ranah yaitu ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotor.

Perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau rangsang yang berhubungan dengan sakit, pelayanan kesehatan, makanan serta

lingkungan. Respon tersebut dapat bersifat pasif seperti pengetahuan dan sikap dan dapat bersifat aktif seperti tindakan nyata atau praktek (Notoatmojo, S, 1997).

Perilaku kesehatan dapat diuraikan seperti dibawah ini :

1. Perilaku terhadap sakit dan penyakit, yaitu respon seseorang baik pasif maupun aktif terhadap penyakit atau sakit yang dirasakan.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan yaitu respon seseorang terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan yang meliputi fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas pelayanan dan obat-obatan.
3. Perilaku terhadap makanan yaitu respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital kehidupan.
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan hidup (Notoatmojo, S, 1997).

### 2.3.1 Domain perilaku

Menurut teori Bloom yang dikutip oleh Notoatmojo S (1997). Perilaku mempunyai tiga wawasan yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

#### 1. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yakni :

- 1) Tahu (*Know*) diartikan sebagai pengingat kembali suatu misteri yang telah dipelajari oleh karena itu "Tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

- 2) Memahami (*Comperehention*) yaitu suatu kemampuan yang menjelaskan tentang obyek yang diketahui dapat menginteprestasikan materi tersebut secara benar.
- 3) Aplikasi (*Application*) yaitu suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.
- 4) Analisa (*Analysis*) adalah kemampuan untuk menyebarkan materi kedalam komponen – komponennya dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- 5) Sintesis (*Syntecies*) adalah kemampuan untuk menghubungkan formulasi baru dan formulasi yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*Evaluation*) adalah kemampuan untuk justifikasi atau penilaian terhadap obyek.

## 2. Sikap (*Attitude*)

- 1) Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau obyek (Notoatmojo, S, 1997). Sikap dibedakan menjadi 4 tingkatan yaitu :
  - 2) Menerima (*Receiving*), dimana subyek mau memperhatikan stimulus yang diberikan.
  - 3) Merespon (*Responding*), dimana subyek akan memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan bila diberi tugas.
  - 4) Menghargai (*Valuing*), pada tingkatan ini subyek mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah atau obyek.
  - 5) Bertanggung jawab (*Responsible*), subyek bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

### 3. Tindakan atau praktek (Practice)

Tindakan atau praktek adalah bentuk perilaku aktif dan langsung tampak yang dapat diamati secara langsung. Praktek atau tindakan menjadi 4 tingkatan yaitu :

- 1) Persepsi (*Perception*) adalah tingkatan dimana subyek dapat mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.
- 2) Respon terpimpin (*guided response*), pada tingkatan ini subyek dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar, sesuai dengan contoh.
- 3) Mekanisme (*Mecanism*), subyek dapat melakukan sesuatu dengan benar – benar otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.
- 4) Adaptasi (*Adaptation*) merupakan tindakan yang sudah berkembang dengan baik dimana subyek dapat memodifikasikannya dengan tidak mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmojo S, 1997).

#### 2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Teori Lawrence Green yang dikutip oleh Notoatmojo S, (2003) perilaku ditentukan oleh 3 faktor :

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*) merupakan faktor internal yang ada pada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi dan keyakinan.

2. Faktor pemungkin (*enabling factor*) merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku, karena tersedianya sumber daya, keterjangkauan, rujukan dan ketrampilan.
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*) merupakan faktor yang menguatkan perilaku seperti sikap dan ketrampilan petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua dan majikan.

## 2.4 Konsep Mandiri

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia,(1991) definisi mandiri adalah keadaan dapat berdiri sendiri tidak bergantung kepada orang lain.

Sedangkan definisi kemandirian adalah hal atau keadaan dapat berdiri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain.

## 2.5 Konsep Keluarga

### 2.5.1 Definisi Keluarga

Menurut Departemen Kesehatan RI ( 1998 ) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya ( 1989 ) Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah

tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing – masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan.

### **2.5.2 Ciri – Ciri Struktur Keluarga – Anderson Carter**

1. Terorganisasi : Saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.
2. Ada keterbatasan : setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing – masing.
3. Ada perbedaan dan kekhususan : setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing – masing.

### **2.5.3 Tipe / Bentuk Keluarga**

1. Keluarga Inti ( Nuclear Family ) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak – anak.
2. Keluarga Besar ( Exstended Family ) adalah keluarga inti ditambah dengan anak saudara, misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
3. Keluarga Berantai ( Serial Family ) adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda/janda ( Single Family ) adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.

5. Keluarga berkomposisi ( *Compositive* ) adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
6. Keluarga Kabitas ( *Cahabitation* ) adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

#### 2.5.4 Fungsi Keluarga

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut :

1. Fungsi biologis
  - a. Untuk meneruskan keturunan
  - b. Memelihara dan membesarkan anak
  - c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
  - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga
2. Fungsi Psikologis
  - a. Memberikan kasih sayang dan rasa aman
  - b. Memberikan perhatian diantara anggota keluarga
  - c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga
  - d. Memberikan identitas keluarga
3. Fungsi Sosialisasi
  - a. Membina sosialisasi pada anak
  - b. Membentuk norma – norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
  - c. Meneruskan nilai – nilai budaya keluarga



#### 4. Fungsi Ekonomi

- a. Mencari sumber – sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
- b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan – kebutuhan keluarga di masa yang akan datang misalnya pendidikan anak – anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

#### 5. Fungsi pendidikan

- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
- b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat – tingkat perkembangannya.

Ahli lain membagi fungsi keluarga sebagai berikut :

1. Fungsi pendidikan. Dalam hal ini tugas keluarga adalah mendidik dan menyekolahkan anak untuk mempersiapkan kedewasaan dan masa depan anak bila kelak dewasa nanti.
2. Fungsi sosialisasi anak. Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota keluarga masyarakat yang baik.

3. Fungsi perlindungan. Tugas keluarga dalam hal ini adalah melindungi anak dari tindakan – tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman.
4. Fungsi perasaan. Tugas keluarga dalam hal ini adalah menjaga secara intuitif, merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota yang lain dalam berkomunikasi dan berinteraksi antara sesama anggota keluarga sehingga saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga.
5. Fungsi relegius. Tugas keluarga dalam fungsi ini adalah memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan keyakinan bahwa ada kekuatan yang lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
6. Fungsi ekonomis. Tugas kepala keluarga dalam hal ini adalah mencari sumber – sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi – fungsi keluarga yang lain, kepala keluarga bekerja untuk memperoleh penghasilan, mengatur penghasilan tersebut sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan – kebutuhan keluarga.
7. Fungsi rekreatif. Tugas keluarga dalam fungsi rekreasi ini tidak selalu harus pergi ke tempat rekreasi, tetapi yang penting bagaimana menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga sehingga dapat mencapai keseimbangan kepribadian masing – masing anggotanya. Rekreasi dapat dilakukan di rumah

dengan cara nonton televisi bersama, bercerita tentang pengalaman masing – masing dan sebagainya.

8. Fungsi biologis. Tugas keluarga yang utama dalam hal ini adalah untuk meneruskan keturunan sebagai generasi penerus.

Dari berbagai fungsi di atas 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah :

1. Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
2. Asuh, adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental dan spiritual.
3. Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

### **2.5.5 Tugas-Tugas Keluarga**

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut :

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
2. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
3. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
4. Sosialisasi antar anggota keluarga
5. Pengaturan jumlah anggota keluarga

6. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
7. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas
8. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

### **2.5.6 Keperawatan Kesehatan Keluarga**

Definisi menurut Solvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1978) perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur.

Keluarga sebagai unit pelayanan yang dirawat

Keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota keluarga dan akan mempengaruhi pula keluarga-keluarga disekitarnya atau masyarakat secara keseluruhan.

### **2.5.7 Alasan Keluarga Sebagai Unit Pelayanan (Ruth B Freeman, 1981)**

1. Keluarga sebagai unit utama masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya

3. Masalah-masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya.
4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien) keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggotanya.
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat.

#### **2.5.8 Keluarga Sebagai Pasien**

Dalam melihat keluarga sebagai pasien ada beberapa karakteristik yang perlu diperhatikan oleh perawat, diantaranya adalah :

1. Setiap keluarga mempunyai cara yang unik dalam menghadapi masalah kesehatan para anggotanya
2. Memperhatikan perbedaan dari tiap-tiap keluarga, dari berbagai segi :
  - a. Pola komunikasi
  - b. Pengambilan keputusan
  - c. Sikap dan nilai-nilai dalam keluarga
  - d. Kebudayaan
  - e. Gaya hidup
3. Keluarga daerah perkotaan akan berbeda dengan keluarga di daerah pedesaan
4. Kemandirian dari tiap-tiap keluarga.

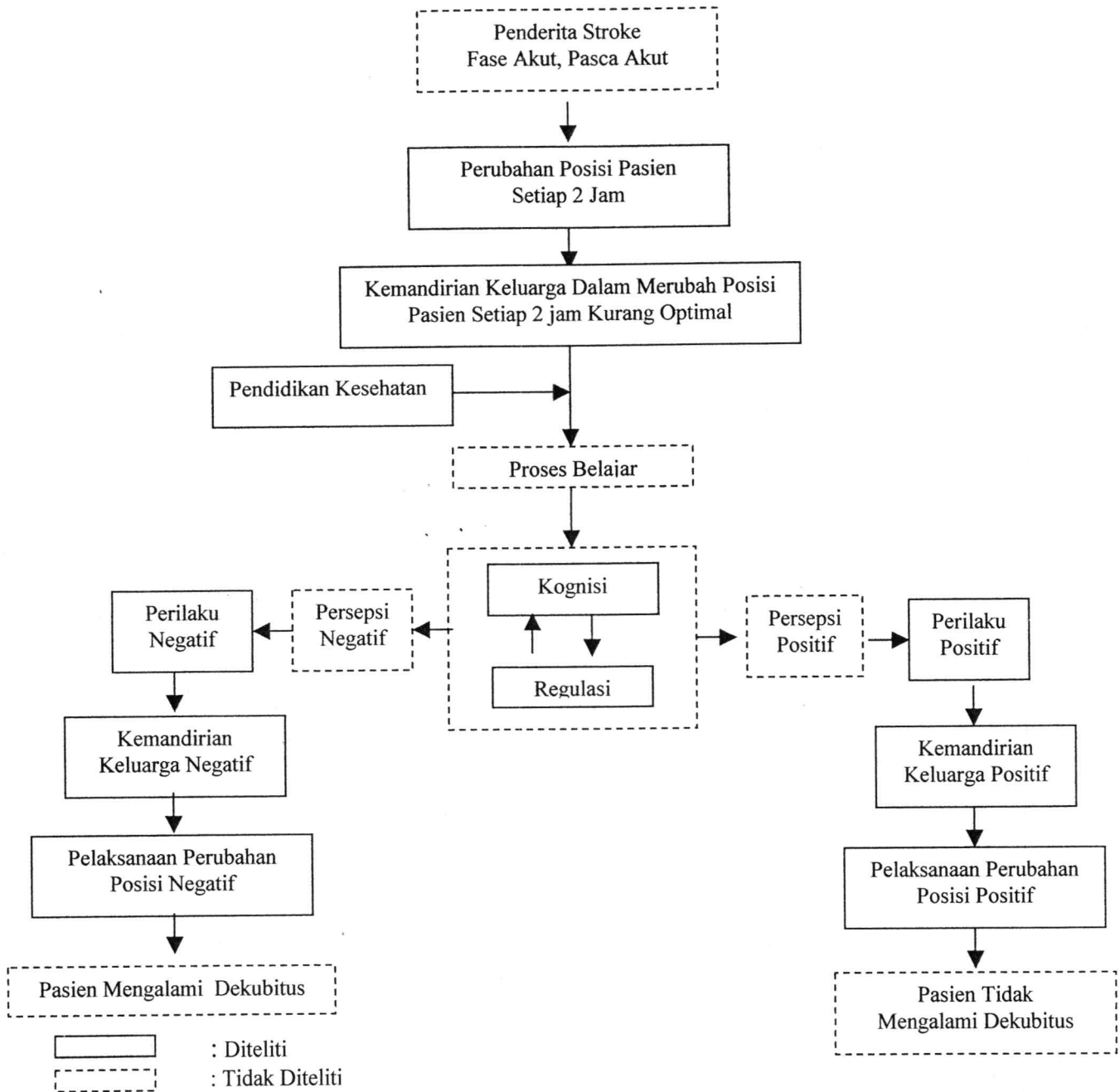
## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Skema Kerangka Konseptual Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merubah Posisi Pada Pasien Stroke

### 3.2 Definisi Konseptual

Pasien Stroke fase akut dapat menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan dan penurunan kesadaran sehingga harus berbaring di tempat tidur, demikian juga pada pasien Stroke pasca akut yang terjadi kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh. Bila pasien Stroke tersebut terlalu lama berbaring pada posisi dan sikap yang sama dapat menyebabkan terjadinya luka tekan (dekubitus), oleh karena itu diperlukan perubahan posisi setiap 2 jam untuk mempertahankan keutuhan kulit tubuh pasien. Pada kenyataannya keluarga kurang mandiri dalam melakukan perubahan posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke fase akut atau pasien pasca Stroke akut yang mengalami kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh karena kurangnya informasi keluarga bagaimana cara melakukan merubah posisi tersebut dalam upaya mempertahankan keutuhan kulit.

### 3.3 Hipotesa Penelitian

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke di Ruang Saraf A RSU Dr. Soetomo Surabaya.



## **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan Metode Quasi Experimental dengan rancangan Post Test Only Control group design. Pada penelitian ini menggunakan Uji Statistik Mann-Whitney Test dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$

Rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut (Nursalam, 2003)

Tabel 4.1 Desain Penelitian Quasy- Experimental Dengan Rancangan Post Test Only Control Group Design pada penelitian yang berjudul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merubah Posisi Pada Pasien Stroke

SUBYEK	PRA	PERLAKUAN	PASCA-TEST
K-A	-	I	O1 – A
K-B	-	-	O1 – B

#### Keterangan

K-A : Subyek perlakuan

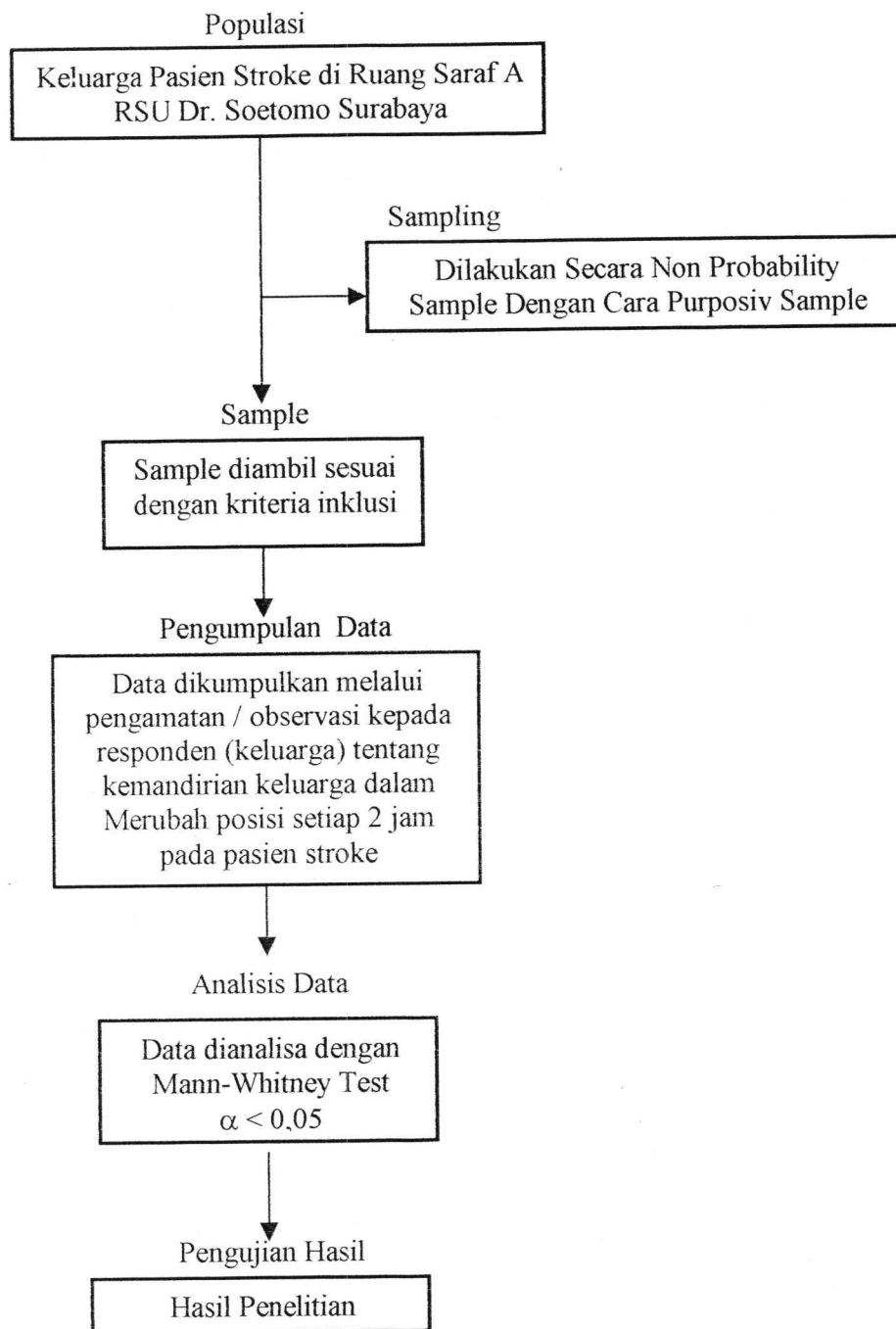
K-B : Subyek kontrol

I : Intervensi dengan memberi pendidikan kesehatan tentang perubahan posisi terhadap kelompok perlakuan

O1-A : Observasi kelompok perlakuan setelah diberi pendidikan kesehatan tentang perubahan posisi

O1-B : Observasi kelompok kontrol

## 4.2. Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Skema Kerangka Kerja Penelitian Dengan Judul Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Merubah Posisi Pada Pasien Stroke

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

#### **4.3.1 Populasi**

Populasinya adalah semua keluarga penderita Stroke yang dirawat di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya

#### **4.3.2 Sampel Penelitian**

Sampel pada penelitian ini adalah keluarga penderita Stroke Iskemik/Perdarahan yang dirawat di ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria Inklusi.

Keluarga sebagai kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Yang bersedia diteliti
2. Suami
3. Istri
4. Anak
5. Saudara pasien

Sedangkan keluarga sebagai kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Teman pasien
2. Bukan saudara pasien

Serta kriteria pasien sebagai berikut :

1. Fase akut dengan kesadaran menurun dan tidak ada tanda TIK
2. Fase akut dengan kelemahan / kelumpuhan dan tidak ada tanda TIK
3. Fase akut dengan bedrest total dan tidak ada tanda TIK
4. Pasca akut dengan kelumpuhan salah satu sisi tubuh
5. Pasca akut dengan ketergantungan total

### 4.3.3 Besar Sampel

Menurut Gay (1976) yang dikutip oleh Consnelo G. Sevilla (1993) menawarkan beberapa ukuran minimum sample yang dapat diterima berdasarkan tipe penelitian, yaitu sebagai berikut :

1. Penelitian diskriptif 10% dari populasi, untuk populasi yang sangat kecil diperlukan minimum 20%
2. Penelitian korelasi 30 subyek
3. Penelitian ex post facto atau penelitian kasual komperatif 15 subyek perkelompok
4. Penelitian eksperimen 15 subyek perkelompok

Sedangkan dalam penelitian ini, peneliti hanya mengambil sample 20 keluarga dari pasien Stroke yang terdiri dari 10 sample kasus (yang mendapat perlakuan) dan 10 sample kontrol, hal ini dikarenakan adanya keterbatasan.

### 4.3.4 Teknik sampling

Penelitian ini menggunakan Non Probability sampel tipe purposive sampling dengan cara memilih sampel diantara populasi yang sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Nursalam, 2003)

#### **4.4 Identifikasi Variabel**

##### **4.4.1 Variabel Independen (bebas)**

Variabel Independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan bagi keluarga penderita Stroke.

##### **4.4.2 Variabel Dependen (tergantung)**

Variabel Dependen dalam penelitian ini adalah kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke.

4.5 Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1	<p>Independen :</p> <p>Pendidikan kesehatan bagi keluarga pasien Stroke</p>	<p>Pendidikan kesehatan yang diberikan bagi keluarga melalui demonstrasi tentang tata cara merubah posisi setiap 2 jam yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berbaring terlentang</li> <li>- Berbaring miring ke sisi yang sehat</li> <li>- Miring ke sisi yang lumpuh</li> </ul>	<p>Satuan acara penyuluhan tata cara merubah posisi setiap 2 jam yang meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.5.1.1 Berbaring terlentang</li> <li>4.5.1.2 Miring ke sisi yang sehat</li> <li>4.5.1.3 Miring ke sisi yang lumpuh</li> </ul>			
2	<p>Dependen :</p> <p>Kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam</p>	<p>Kemandirian keluarga dalam melakukan tata cara merubah posisi setiap 2 jam yang meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagaimana keluarga merubah pasien berbaring terlentang</li> <li>- Bagaimana keluarga merubah pasien miring ke sisi yang sehat</li> <li>- Bagaimana keluarga merubah pasien miring ke sisi yang lumpuh</li> </ul>	<p>Perilaku keluarga ketika melakukan peerubahan posisi setiap 2 jam yang meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berbaring terlentang :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Posisi kepala, leher dan punggung harus lurus</li> <li>2. Letakkan bantal di bawah bahu dan lengan yang lumpuh secara berhati-hati, sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak</li> </ul> </li> </ul>	Observasi	Ordinal	<p>Score :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 : Tindakan dilakukan dengan benar</li> <li>0 : Tindakan tidak dilakukan dengan benar, tetapi peneliti menjelaskan cara yang benar dan tetap tidak merubah score yang ada</li> </ul>

				<p>Penilaian kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam melalui lembar observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mandiri dengan skor 6-7 atau 76% - 100%</li> <li>2. Kurang mandiri dengan skor 4-5 atau 56-75%</li> <li>3. Tidak mandiri dengan skor 0-3 atau prosentase &lt;56%</li> </ol>
		<p>ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Letakkan pula bantal di bawah pangkal paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk.</li> </ol> <p>b. Miring ke sisi yang sehat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan</li> <li>2. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk</li> </ol> <p>c. Miring ke sisi yang lumpuh:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebihan</li> </ol>		



			<p>2. Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang di atas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal</p>			
--	--	--	--	--	--	--

## **4.6 Pengumpulan Data dan Analisa Data**

### **4.6.1 Instrumen**

Instrumen dalam penelitian ini adalah menggunakan observasi yaitu suatu pengukuran penelitian dimana peneliti menggunakan pendekatan berdasarkan katagori sistem yang telah dibuat oleh peneliti untuk mengobservasi suatu peristiwa dan perilaku subyek. (Nursalam, 2003). Instrumen observasi dalam penelitian ini adalah meliputi kemandirian keluarga dalam melakukan perubahan posisi tubuh yaitu setiap 2 jam yaitu terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang lumpuh pada pasien stroke. Ini merupakan pengembangan dari instrumen observasi pada posisi tubuh dari Downs & Fitzpatrick (1976) yang dikutip Nursalam (2003)

### **4.6.2 Tempat dan Waktu**

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memiliki kapasitas 54 tempat tidur dan 23 orang perawat. Waktu pengambilan data adalah tanggal 3 - 10 Agustus 2004

### **4.6.3 Pengumpulan Data**

Responden yang menjadi kelompok subyek dan kelompok kontrol sebelumnya diminta untuk menandatangani surat persetujuan menjadi responden. Setelah itu kelompok subyek diberi intervensi pendidikan kesehatan dengan memberi penjelasan tata cara perubahan posisi pada pasien Stroke melalui media leaflet secara langsung oleh peneliti, kemudian kedua kelompok responden diobservasi tentang merubah posisi pada pasien stroke setiap 2 jam yaitu posisi

berbaring terlentang, miring ke sisi yang sehat serta miring ke sisi yang lumpuh selama 3 hari. Hasil observasi kemudian dibandingkan antara kelompok yang diberi pendidikan kesehatan dan kelompok yang tidak diberi pendidikan kesehatan dengan memberi skore 1 bila tindakan dilakukan dengan benar dan skore 0 bila salah dalam melakukan tindakan.

#### **4.6.4 Analisa Data**

Data yang telah terkumpul diolah yang meliputi identifikasi masalah penelitian dengan tabulasi distribusi frekwensi dan tabulasi silang, kemudian dilakukan pengujian masalah penelitian dengan Uji Statistik Mann-Whitney Test dengan kemaknaan  $\alpha < 0,05$

#### **4.7 Etika Penelitian**

Menurut Nursalam (2003) dalam melakukan penelitian, peneliti harus memperhatikan etika penelitian. Sedangkan dalam penelitian ini, peneliti menekankan masalah etika meliputi :

##### **4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden (Informed Consent)**

Lembar persetujuan diberikan pada subjek yang diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan peneliti yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Bila responden setuju maka peneliti mempersilakan responden menandatangani lembar persetujuan, bila responden menolak diteliti, maka tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

#### **4.7.2 Anonimity (Tanpa Nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, tetapi dengan cukup initial.

#### **4.7.3 Confidentialy (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data yang terutama saja yang akan dijelaskan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.

#### **4.8 Keterbatasan**

1. Sampel yang diteliti terbatas pada keluarga dengan penderita Stroke yang dirawat di Ruang Saraf A di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. sehingga kemungkinan untuk generalisasi hasil penelitian kurang dapat dilakukan.
2. Alat ukur (observasi) yang digunakan untuk menilai kemandirian keluarga dalam merubah posisi setiap 2 jam pada pasien Stroke belum pernah digunakan dan belum teruji tingkat Reabilitas dan Validitasnya.
3. Tenaga, dana dan waktu penelitian terbatas sehingga penelitian kemungkinan kurang sempurna.

## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan disajikan hasil dan pembahasan penelitian tentang “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga dalam merubah Posisi Pada Pasien Stroke” yang dilaksanakan di ruang Saraf A. RSUD. Dr. Soetomo Surabaya sejak tanggal 3 – 10 Agustus 2004.

Hasil penelitian ini meliputi data umum lokasi penelitian, karakteristik responden yang meliputi : kedudukan dalam keluarga, usia, pekerjaan, pendidikan, data khusus menampilkan kemandirian keluarga yang diberi pendidikan kesehatan dan tidak diberi pendidikan kesehatan. Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan dilakukan analisis data dengan Uji Mann-Whitney Test dengan derajat kemaknaan  $\alpha < 0,05$

#### **5.1 Hasil Penelitian**

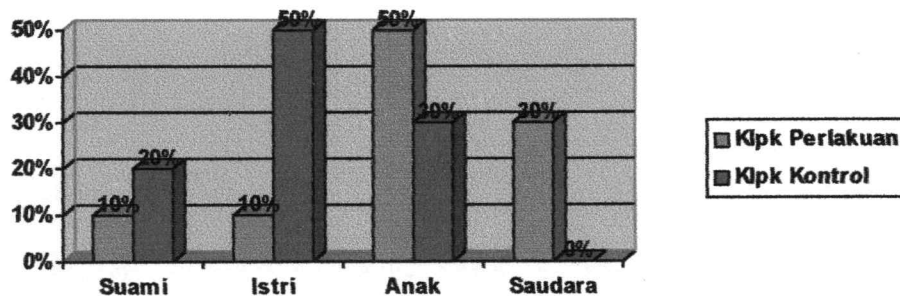
##### **5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD. Dr. Soetomo Surabaya yang merupakan Rumah Sakit tipe A. Penelitian ini dilakukan mulai tanggal 3 – 10 Agustus 2004 di ruang Saraf A yang terdiri dari 54 tempat tidur dengan jumlah perawat 23 orang 17 orang POS, 3 orang PRT dan 7 orang perawat lainnya bertugas di ruang khusus Stroke dengan pembagian 3 shift yaitu dinas pagi, sore dan malam.

Jumlah populasi pasien Stroke yang ditemukan selama penelitian berjumlah 28 orang dan peneliti mengambil responden peneliti 20 keluarga yang terdiri dari 10 keluarga sebagai kelompok perlakuan dan 10 keluarga sebagai kelompok kontrol.

## 5.1.2 Karakteristik Responden

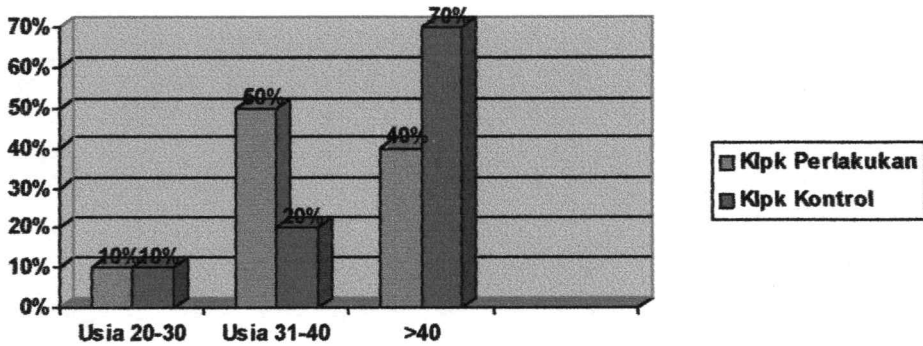
### 5.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Kedudukan dalam Keluarga



Gambar 5.1 Distribusi Kedudukan responden dalam keluarga di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004.

Dari gambar 5.1 di dapatkan bahwa untuk kelompok perlakuan kedudukan dalam keluarga responden terbanyak adalah anak (50%), sedangkan untuk kelompok kontrol kedudukan dalam keluarga responden yang terbanyak adalah istri (50%).

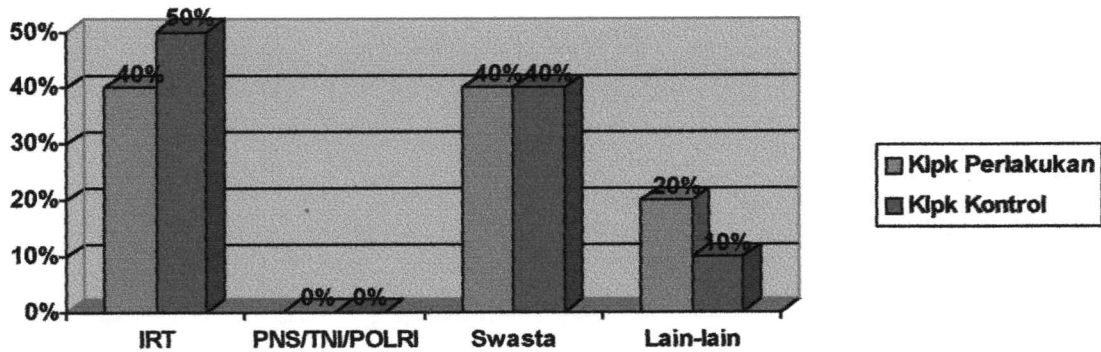
**5.1.2.2 Karakteristik Responden berdasarkan Usia**



Gambar 5.2 Distribusi usia responden di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004.

Dari gambar 5.2 didapatkan bahwa untuk kelompok perlakuan responden terbanyak berusia 31 – 40 tahun (50%) dan untuk kelompok kontrol terbanyak berusia >40 tahun (70%).

**5.1.2.3 Karakteristik Responden berdasarkan pekerjaan**



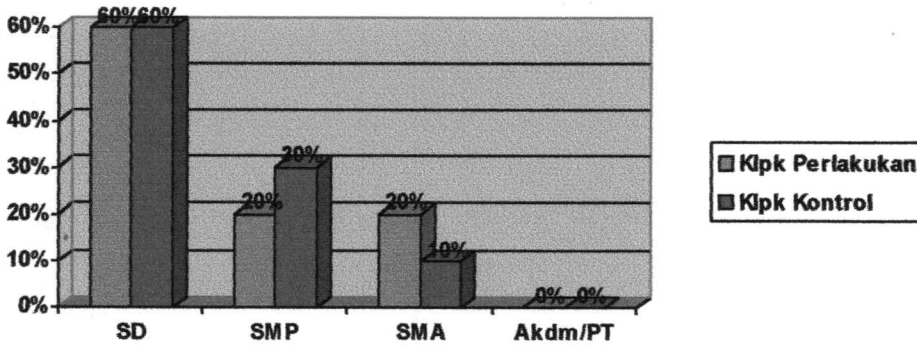
Gambar 5.3 Distribusi pekerjaan responden di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004

Dari gambar 5.3 dapat dilihat untuk kelompok perlakuan pekerjaan responden sama yaitu ibu rumah tangga dan swasta sebanyak 40 % dan untuk



kelompok kontrol pekerjaan responden terbanyak adalah ibu rumah tangga (50%).

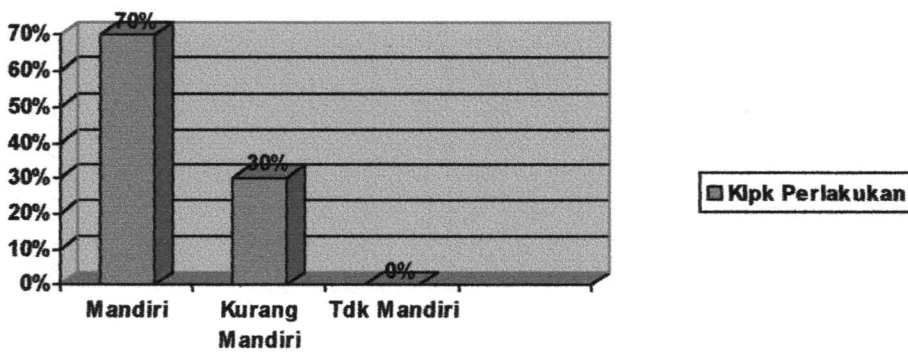
**5.1.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan**



Gambar 5.4 Distribusi pendidikan responden di Ruang Saraf A RSU Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004

Dari gambar 5.4 didapatkan bahwa untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol responden terbanyak adalah berpendidikan SD (60%).

**5.1.2.5 Identifikasi Kemandirian Keluarga Dalam Merubah Posisi Pada Kelompok Perlakuan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan**

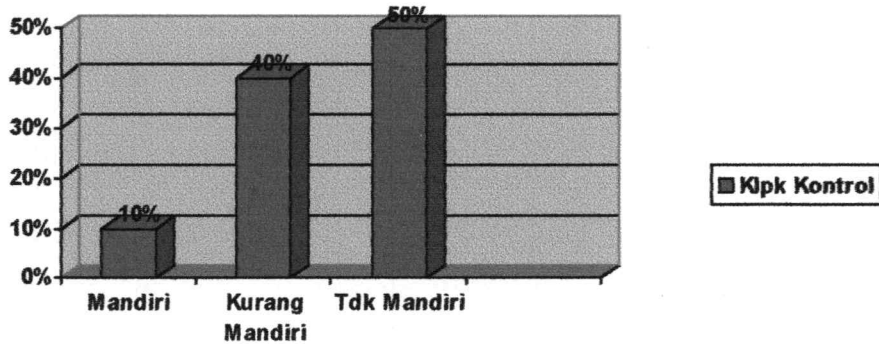


Gambar 5.5 Distribusi kemandirian keluarga pada kelompok perlakuan sesudah diberi pendidikan kesehatan di Ruang Saraf A Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004

Dari gambar 5.5 menunjukkan bahwa setelah dilakukan pendidikan kesehatan responden yang mandiri dalam perubahan posisi (70%) dan yang kurang mandiri (30%) serta tidak mandiri (0%).

**5.1.2.6 Identifikasi Kemandirian Keluarga dalam Merubah Posisi pada**

**Kelompok Kontrol**



Gambar 5.6 Distribusi kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada kelompok kontrol di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya bulan Agustus 2004

Dari gambar 5.6 menunjukkan bahwa untuk kelompok kontrol responden yang mandiri dalam perubahan posisi (10%), kurang mandiri (40%) dan tidak mandiri (50%).

**5.1.2.7 Kemandirian Keluarga Dalam Merubah Posisi pada Kelompok**

**Perlakuan dan Kontrol**

Tabel 5.7 tabel distribusi perbandingan kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo bulan Agustus 2004.

Kemandirian keluarga	Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
Mandiri	7	1
Kurang Mandiri	3	4
Tidak Mandiri	0	5
Total	10	10
Uji Mann-Whitney		
Z = -3,420		
p = 0,001		

Dari tabel di atas terlihat responden yang mendapatkan atau diberi pendidikan kesehatan menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan. Dari kelompok perlakuan ada 7 responden (70%) yang mandiri dalam merubah posisi, sementara hanya 1 responden (10%) dari kelompok kontrol yang mandiri dalam merubah posisi.

Dengan hasil statistik yang menggunakan uji Mann-Whitney Test diperoleh nilai  $p = 0,001$  dan dengan tingkat signifikan sebesar  $\alpha = 0,05$  berarti nilai  $p <$  dari nilai  $\alpha = 0,05$ , hal ini menunjukkan  $H_0$  ditolak atau  $H_1$  diterima. Dengan demikian dapat dikatakan ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada pasien Stroke.

## **5.2 Pembahasan**

Sesuai dengan tujuan penelitian dalam bagian ini akan dibahas hasil penelitian yang dilaksanakan berdasarkan data yang ada.

### **5.2.1 Kemandirian Keluarga dalam Merubah Posisi yang Mendapatkan Pendidikan Kesehatan**

Gambar 5.5 menunjukkan pada kelompok yang mendapat perlakuan yaitu pemberian pendidikan kesehatan menunjukkan kemandirian responden (keluarga) dalam perubahan posisi pada pasien Stroke cukup baik yaitu 70% dari 10 responden dapat mandiri dalam perubahan posisi dan sisanya 30 % adalah kurang mandiri dalam perubahan posisi.

Ini dapat dijelaskan menurut teori Lawrence Green yang dikutip Notoatmojo (2002) faktor perilaku atau tindakan seseorang ditentukan oleh 3 faktor yaitu : predisposisi (*predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*), dan faktor pendorong (*reinforcing factor*). Pengetahuan merupakan faktor *predisposing* yang menentukan perilaku seseorang. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*covert behavior*), yang berarti seseorang di dalam melakukan sesuatu aktivitas sangatlah tergantung pada pengetahuan akan obyek tertentu. Hal ini dapat dicapai melalui suatu pendidikan kesehatan dan menurut Notoatmojo (1997), ruang lingkup pendidikan kesehatan di rumah sakit dapat dilakukan dengan sasaran pada pasien atau keluarga pasien.

Pada hasil penelitian terbukti dengan pemberian kesehatan pada keluarga dapat mnejadikan keluarga mandiri dalam merubah posisi pada pasien Stroke, yaitu sebesar 70%, dan 30% responden kurang mandiri mungkin dikarenakan tingkat pendidikan responden yang 60% adalah SD, sehingga ini sebagai faktor yang menghambat dalam proses penerimaan pesan dalam pendidikan kesehatan (Nasrul Effendi, 1998).

Sedangkan bila dilihat secara kedudukan dalam keluarga, responden terbanyak adalah anak yaitu 50%, ini dapat dijelaskan bahwa anak adalah bagian dari keluarga yaitu menurut Nasrul Effendi (1998), pada keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak dan bila dilihat menurut tugas pokok keluarga, salah satunya adalah pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya. Berkaitan dengan itu bila salah satu anggota keluarga ada

yang mempunyai masalah kesehatan seperti dalam penelitian ini yaitu penyakit Stroke maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya. Oleh karena itu anak sebagai responden penelitian pada kelompok perlakuan akan berpengaruh juga terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada pasien Stroke.

### **5.2.2 Kemandirian Keluarga dalam Merubah Posisi yang Tidak Mendapatkan Pendidikan Kesehatan**

Gambar 5.6 menunjukkan bahwa pada kelompok kontrol atau tidak mendapatkan pendidikan kesehatan menunjukkan bahwa sebagian besar responden (keluarga) tidak mandiri dalam merubah posisi pada pasien Stroke karena hanya 10% yang mandiri dari 10 responden atau ada 50% responden tidak mandiri dalam perubahan posisi serta ada 40% responden kurang mandiri.

Bila dilihat berdasarkan kedudukan dalam keluarga pada kelompok kontrol 50% merupakan responden istri dari pasien tetapi pada hasil penelitian kedudukan istri tidak mendukung terhadap perilaku kemandirian keluarga dalam merubah posisi, hal ini diakibatkan belum diterimanya suatu pengetahuan atau suatu pendidikan kesehatan sehingga keluarga (responden istri) tidak mempunyai pengetahuan tertentu. Kenyataan ini sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Nasrul Effendfi (1998), bahwa penyuluhan kesehatan identik dengan pendidikan kesehatan karena keduanya berorientasi pada perubahan tingkah laku yang diharapkan yaitu perilaku sehat sehingga derajat kesehatan dapat ditingkatkan.

Apabila dilihat dari tingkat pendidikan, responden terbanyak adalah dengan pendidikan SD yaitu 60% dan ini menurut Nasrul Effendi (1998), tingkat pendidikan yang rendah akan sulit menerima suatu pesan, dengan demikian dapat dikatakan responden pada kelompok kontrol dengan karakteristik yang ada serta tidak mendapatkan pendidikan kesehatan menunjukkan sebagian besar responden (keluarga) tidak mandiri dalam perubahan posisi. Sedangkan ada 10% responden yang mandiri dikarenakan tingkat pendidikannya SMA.

### **5.2.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Kemandirian Keluarga dalam Merubah Posisi pada Pasien Stroke**

Dari hasil penelitian diketahui bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada pasien Stroke.

Notoatmojo (2003), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi atau menerima perilaku baru, orang tersebut harus melalui proses tanggapan antara lain *awareness* (kesadaran), dimana orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, *interest subject*, melalui tertarik terhadap stimulus, *evaluation*, menimbang-nimbang baik-buruknya stimulus bagi dirinya, *trial*, melalui mencoba perilaku baru, *adoption*, berperilaku sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pada hasil penelitian di atas terlihat bahwa kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada pasien Stroke pada kelompok perlakuan jauh lebih baik daripada kelompok kontrol. Hal ini terjadi karena pada kelompok perlakuan terjadi proses belajar melalui pemberian pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang bagaimana tata cara perubahan pada pasien stroke. Hal ini sesuai dengan

strategi penatalaksanaan Stroke yang mengatakan untuk mengoptimalkan perawatan antara lain dengan pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga secara langsung dalam perawatan. (<http://www/stroke strategy,2002>).

Untuk mencapai suatu keberhasilan dalam pelaksanaan pemberian kesehatan, maka peneliti menggunakan suatu metode yaitu peneliti menggunakan suatu metode *sokratik*, yaitu peserta penyuluhan diberi kesempatan untuk ikut serta dalam mengemukakan pendapat atau mengajukan pertanyaan sehingga mereka ikut aktif dalam proses belajar mengajar. Peneliti dalam hal ini menggunakan metode demonstrasi serta media berupa leaflet sebagai alat bantu pendidikan.

Menurut Notoatmojo (2003), leaflet adalah bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat dimana isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar atau kombinasi keduanya. Sedangkan pada penelitian ini leaflet yang digunakan kombinasi dari bentuk kalimat dan gambar dengan harapan informasi dapat mudah diterima oleh responden dengan latar belakang karakteristik yang berbeda-beda.

## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**



## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini menyajikan kesimpulan dari hasil penelitian tentang : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Kemandirian Keluarga dalam merubah Posisi pada Pasien Stroke serta saran yang mungkin dapat dipertimbangkan untuk membantu dalam peningkatan dan pengembangan perawatan pasien Stroke terutama tentang perubahan posisi pada pasien Stroke.

#### 6.1 Kesimpulan

1. Keluarga yang mendapatkan pendidikan kesehatan menunjukkan kemandirian dalam merubah posisi pada pasien Stroke yaitu sebesar 70%
2. Keluarga yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan menunjukkan kurang mandiri dalam merubah posisi pada pasien Stroke yaitu sebesar 40% dan tidak mandiri 50%.
3. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga tentang cara merubah posisi pada pasien Stroke bila dilakukan secara intensif dan terencana maka berpengaruh terhadap proses belajar, kognisi dan emosi serta menimbulkan persepsi yang positif sehingga berdampak terhadap perubahan perilaku yaitu keluarga mandiri dalam merubah posisi pada pasien Stroke dengan tingkat signifikan  $p = 0.001$ .

## 6.2 Saran

1. Keluarga perlu dilibatkan secara optimal dalam perawatan pasien Stroke khususnya merubah posisi pasien dengan cara berbaring terlentang, miring ke sisi sehat dan miring ke sisi yang lumpuh setiap 2 jam bila kondisi pasien tidak didapatkan tanda-tanda peningkatan TIK.
2. Petugas kesehatan atau perawat sebagai pemberi pendidikan kesehatan harus menguasai metode atau media dalam pemberian pendidikan kesehatan.
3. Pendidikan kesehatan perlu diberikan kepada keluarga pasien Stroke sehingga dapat berpartisipasi dalam perubahan posisi pasien .
4. Untuk memudahkan pemahaman pendidikan kesehatan pada keluarga yang berusia lebih dari 40 tahun sebaiknya disertakan gambar selain tulisan
5. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kemandirian keluarga dalam merubah posisi pada pasien Stroke dengan variabel dan tempat penelitian berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

Alhusin, Syahri (2002), *Aplikasi Statistik Praktis dengn SPSS 10 for Window*. Yogyakarta : J & J Learning, hal 271.

American Heart Association (2002), *Stroke Strategy*, [http://www:stroke Association.org](http://www.stroke Association.org)

Candra, B (1994), *Neurologi Klinis, Edisi Revisi*. Surabaya : Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, hal 21 – 32.

Carpenito, Lynda Juall (1998), *Diagnosis Keperawatan : Aplikasi pada Praktik Klinis*. Jakarta : EGC, hal 625.

Consnelo G. Sevilla ...at.al (1993), *Pengantar Metode Penelitian. Alih Bahasa Alimudin Tuwu*. Jakarta : Universitas Indonesia.

Departemen Kesehatan R.I. (1983), *Perawatan Kesehatan Keluarga Petunjuk Bagi Perawatan Kesehatan*. Jakarta

Djarot Djaludji (2000) , *Gambaran Klinis dan Diagnosis Banding Stroke*. Makalah Simposium Kewaspadaan Dan Pencegahan Penyakit Stroke di Lumajang, 27 Mei 2000, hal 1-2.

Effendy, Nasrul (1995), *Perawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC, hal 40.

Effendy, Nasrul (1998), *Dasar – Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC, hal 32 – 39, 42 – 44.

Harsono (1993), *Kapita Selekt Neurologi*. Jogjakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, ha; 24 – 28.

Herawani .... Et.al. (2002), *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta : EGC

\_\_\_\_\_ (1991), *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka

Kusmiati, Sri, Dra, & Desmaniarti, Bsc (1990), *Dasar – dasar perilaku*. Jakarta : Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Dep Kes RI, hal 11

Lumbantobing, SM (2000), *Stroke Bencana Peredaran Darah di Otak*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 1.

Mansjoer Arif ... at.al. (2000), *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi ke-3*. Jakarta : Media Adculapius, hal 25.

Misbach, Jusuf. (1999), *Stroke*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 2-3.

Mulyatsih, E (1994), *Stroke : Petunjuk Praktis Bagi Pengasuh dan Keluarga Pasien Pasca Stroke*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Notoatmojo, Soekidjo (1997), *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT. Rineka Cipta, hal 95 – 144.

Notoatmojo, Soekidjo (2003), *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta, hal 12 – 26, 114 – 164.

Nursalam (2003), *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unair (2002), *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Sikripsi* . Surabaya Unair

Purwanto Heri, (1998), *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*. Jakarta : EGC, hal 40.

Price Sylvia, A (1995), *Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit Alih Bahasa Peter A*. Jakarta : EGC, hal 689.

Saiful Islam, M (2002), *Prevensi dan Terapi Stroke*. Makalah Simposium Kewaspadaan dan Pencegahan Penyakit Stroke di Lumajang, 27 Mei 2000. hal 1,7, 10.

Salvicion G. Bailon, et. All, (1978), *Family Health Nursing The Process*, Philipinnes : UP College Of Nursing Diliman

Sidharta,Priguna (1994), *Neurologi Klinis Dalam Praktek Umum*. Jakarta : PT. Dian Rakyat, hal 279

Smeltzer, Suzanne (2001), *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah* Brunner & Suddart Volume 3. Jakarta : EGC, hal 2071, 2111.

Wijaya (2000), *Statistik Non Parametrik “ Aplikasi Program SPSS “*. Bandung : Alfabeta, hal 51.

# LAMPIRAN

Lampiran 1



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK  
Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya r'acs : 5022472  
Tilp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 30 Juli 2004

Nomor : 4341/J03.1.17/PSIK & DIV PP/ 2004  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data  
Mahasiswa DIV- Perawat Pendidik - FK Unair

Kepada Yth.

DIREKTUR RSU DR. SOETOMO

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik 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 : Achlish Abdillah  
NIM : 010310370 R  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan THD Kemandirian  
Klg Dlm Perubahan Posisi Pada Pasien Stroke  
Tempat : Ruang Saraf A RSU DR. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi

Skripsi

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Soewandojo, dr., S.PD, KPL  
Achlish Abdillah  
NIP.: 130 325 831

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO  
**BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 FAX. 5501071  
**S U R A B A Y A**

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 070/Ç 65 /304/Litb/VIII/2004

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Supriyanto, SKM, MM  
N I P : 140 106 458  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunjang Medik

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Achlish Abdillah  
NIM/NIRM : 010310370.R

telah menyelesaikan penelitian di Irna Medik dan SMF Ilmu Penyakit Saraf RSU Dr. Soetomo dengan judul :

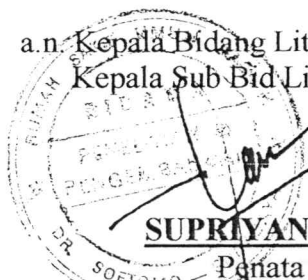
**“ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Perubahan Posisi Pada Pasien Stroke di RSU Dr. Soetomo Surabaya “**

mulai tanggal 03 Agustus s/d 10 Agustus 2004

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 10 Agustus 2004

a.n. Kepala Bidang Litbang  
Kepala Sub Bid Litbang Penunjang Medik,



**SUPRIYANTO, SKM., M.M.**

Penata Tingkat I



**Lampiran 3****PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Yth.

.....  
Di**SURABAYA**

Kami adalah Mahasiswa D – 4 Program Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang menyelenggarakan penelitian dengan judul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Perubahan Posisi Pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya “

Kami berharap partisipasi yang Saudara berikan sesuai dengan pendapat / kemampuan Saudara sendiri tanpa dipengaruhi orang lain. Kami menjamin kerahasiaan pendapat, identitas, dan informasi yang Saudara berikan dipergunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Demikian permintaan kami, atas perhatian dan peran sertanya kami ucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya.

Peneliti,

**ACHLISH ABDILLAH**

## PERSETUJUAN IKUT SERTA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Nomer Responden :

Menyatakan bersedia berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program D-4 Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Dalam Perubahan Posisi Pada Pasien Stroke di Ruang Saraf A RSUD Dr. Soetomo Surabaya “.

Surabaya, Agustus 2004

Responden

( ..... )

## Lampiran 5

## LEMBAR OBSERVASI

Nomor responden : .....

Tanggal pelaksanaan : .....

## I Karakteristik Responden

## A. Kedudukan anda dalam keluarga:

1. Suami
2. Istri
3. Anak
4. Lain-lain, sebutkan .....

## B. Usia Anda :

1. 20 – 30 tahun
2. 31 – 40 tahun
3. > 40 tahun

## C. Pekerjaan Anda :

1. Ibu rumah tangga
2. PNS / TNI/POLRI
3. Swasta
4. Lain-lain, sebutkan .....

## D. Pendidikan Anda :

1. SD
2. SMP
3. SMU
4. Akademi/Perguruan tinggi

**Observasi : Perubahan posisi tiap 2 jam**

Kegiatan	Perubahan Posisi		
	Hari I	Hari II	Hari III
1. Berbaring terlentang (2 Jam I) 1) Posisi kepala, leher dan punggung haru lurus 2) Letakkan bantal di bawah bahu dan lengan yang lumpuh secara hati-hati sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan 3) Letakkan pula bantal di bawah pangkal paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk 2. Miring ke sisi yang sehat (2 Jam II) 1) Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan 2) Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk 3. Miring ke sisi yang lumpuh (2 jam III) 1) Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebihan 2) Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang di atas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal			

**Lampiran 6****SATUAN ACARA PENYULUHAN****MATERI** : Perubahan posisi pada pasien Stroke**SASARAN** : Keluarga pasien Stroke**WAKTU** : 30 Menit**A. Analisa Situasional**

1. Penyuluh : Mahasiswa D 4 Perawat Pendidik FK. UNAIR Surabaya yang sedang melaksanakan penelitian
2. Peserta : Keluarga pasien Stroke

**B. Tujuan Instruksional**

## 1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga dapat mandiri dalam melakukan perubahan posisi tiap 2 jam pada pasien Stroke.

## 2. Tujuan Instruksional Khusus

- 1) Keluarga pasien Stroke mampu secara mandiri dalam melakukan perubahan posisi pada pasien Stroke tiap 2 jam
- 2) Keluarga pasien Stroke mandiri dalam melakukan perubahan posisi berbaring terlentang, miring ke sisi yang sehat dan miring ke sisi yang lumpuh

**C. Metode Belajar**

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Demonstrasi

**D. Alat dan Media**

1. Lembar materi
2. *Leaflet* Stroke

**E. Evaluasi**

Dilakukan segera setelah proses pemberian pendidikan kesehatan, cara evaluasi dengan menggunakan lembar observasi sebanyak tiga kali.

## **G. Materi Tata Cara Perubahan Posisi Pada Pasien Stroke**

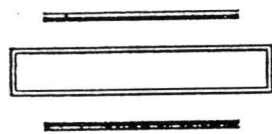
1. Berbaring terlentang
  - Posisi kepala, leher dan punggung harus lurus
  - Letakkan bantal di bawah bahu dan lengan yang lumpuh secara hati-hati sehingga bahu terangkat ke atas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan
  - Letakkan pula bantal di bawah pangkal paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk
2. Miring ke sisi yang sehat
  - Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan
  - Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk
3. Miring ke sisi yang lumpuh
  - Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebihan
  - Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang di atas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal

Anda sebagai Pengasuh  
(Keluarga)

seharusnya tahu !

Tentang

Perubahan Posisi Pada Pasien  
Stroke



3. MIRING KE SISI YANG  
LUMPUH :



2. MIRING KE SISI YANG  
SEHAT :



- ❖ Bahu yang lumpuh harus menghadap ke depan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan.
- ❖ Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, dibawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk.
- ❖ Lengan yang lumpuh menghadap ke depan, pastikan bahwa bahu pasien tidak memutar secara berlebihan.
- ❖ Kaki yang lumpuh agak ditekuk, kaki yang sehat menyilang di atas kaki yang lumpuh dengan diganjal bantal.

Oleh :

**ACHLISH ABDILLAH**

Mahasiswa Program D.4 Perawat Pendidik  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Bekerja Sama Dengan  
RSU Dr. Soetomo Surabaya  
2004

## Data Hasil Penelitian

No Responden	Group	Data Umum				Data Khusus
		Kedudukan Dlm Kelg	Umur	Pekerjaan	Pendidikan	Tingkat kemandirian
1	0	2	3	1	1	1
2	0	3	1	4	3	1
3	0	3	2	1	1	2
4	0	4	2	3	1	1
5	0	3	3	1	2	1
6	0	3	2	1	3	2
7	0	3	2	3	1	1
8	0	4	3	4	2	1
9	0	1	3	3	1	1
10	0	4	2	3	1	2
11	1	3	1	4	3	1
12	1	1	3	3	1	2
13	1	1	3	3	1	3
14	1	2	3	1	1	2
15	1	2	3	1	1	2
16	1	2	3	1	1	3
17	1	2	3	1	2	3
18	1	2	3	1	1	3
19	1	3	2	3	2	2
20	1	3	2	3	2	3

## Keterangan :

## Group

0 : Perlakuan  
1 : Kontrol

## Kedudukan dalam keluarga

1 : Suami  
2 : Istri  
3 : Anak  
4 : Lain-lain

## Umur

1 : 20-30 tahun  
2 : 31-40 tahun  
3 : > 40 tahun

## Pekerjaan

1 : Ibu Rumah Tangga  
2 : PNS/TNI/POLRI  
3 : Swasta  
4 : Lain-lain

## Tingkat Kemandirian

1 : Mandiri  
2 : Kurang Mandiri  
3 : Tidak Mandiri



	klp	group
1	86	1
2	57	1
3	29	1
4	57	1
5	57	1
6	14	1
7	29	1
8	14	1
9	71	1
10	14	1
11	100	2
12	100	2
13	71	2
14	100	2
15	100	2
16	71	2
17	86	2
18	100	2
19	86	2
20	71	2

**NPar Tests**

Lampiran 9

77

**NPar Tests**

Hasil analisis spss versi 10 for window

**Mann-Whitney Test****Ranks**

	GROUP	N	Mean Rank	Sum of Ranks
KLP	1	10	6.05	60.50
	2	10	14.95	149.50
	Total	20		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	KLP
Mann-Whitney U	5.500
Wilcoxon W	60.500
Z	-3.420
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: GROUP