

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PERAWATAN
PASCA STROKE TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP
KELUARGA DI *HOME CARE* CAHAYA HUSADA KALTIM

SKRIPSI

Diajukan sebagai syarat untuk
memperoleh gelar sarjana keperawatan



DIAJUKAN OLEH

MARLIA

1311308230791

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA

2016

Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan Pasca Stroke Terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di *Home Care* Cahaya Husada Kaltim

Marlia¹ , Andri Praja Satria² , Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang Perawatan Pasca Stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di Home Cahaya Husada Kalimantan Timur.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experiment* dengan rancangan *Non Randomized Control Grup Pre test and Post test Deign*. Populasi penelitian ini adalah keluarga seluruh pasien stroke yang tercatat di register *Home care* Cahaya Husada Kaltim. Sampel yang ditetapkan sebanyak 60 responden terdiri dari 30 responden kelompok perlakuan dan 30 responden kelompok kontrol. Teknik pengambilan sampel yaitu total sampling. Data diperoleh dengan melakukan pengukuran pengetahuan dan sikap responden sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi. Data dianalisis dengan menggunakan uji McNemar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasca stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan. Data tersebut sejalan dengan hasil uji statistik McNemar dengan nilai p value = 0,012 lebih kecil dari 0,05 yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan responden sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Selain itu, juga terjadi peningkatan sikap keluarga tentang perawatan pasca stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan. Data tersebut sejalan dengan hasil uji statistik *Mc Nemar* dengan nilai p value = 0,004 lebih kecil dari 0,05 yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan sikap responden sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Kata kunci: Pendidikan kesehatan, pengetahuan, sikap, stroke

1. Mahasiswa Proram Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda
2. Dosen Proram Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda

The Influence of the Health Education about the Post Stroke Care to Improve the Family's Knowledge and Attitude in Nursing Home Care Cahaya Husada Kaltim

Marlia¹, Andri Praja Satria², Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

The aim of this research was to determine the influence of the health education about the post stroke care to improve the family's knowledge and attitude in nursing home care cahaya husada kaltim.

The design of this research used the quasi experimental research with non-randomized control Group pre- test and post- test design. This research population was the families of the stroke patients which registered in nursing home care cahaya husada kaltim. The stating samples was 60 respondents which consist of 30 respondents treatment group and 30 respondents group control by using total sampling technique. The data was collected by measuring respondents' knowledge and attitude before and after giving an intervention. Its data analysis used McNemar test.

The result of this research showed that the family's knowledge and attitude about the post stroke care after giving an intervention was increasing. The data was relevant to the statistical result of McNemar test with its value of $p= 0,012$ less than $0,05$ which means there were significant differences respondents' knowledge and attitude before and after giving an intervention and their knowledge and attitude about the post stroke care were increasing. Its data was relevant to the statistical result of McNemar test with its value of $p= 0,004$ less than $0,05$ which means there were significant differences respondents' attitude before and after giving a health education.

Keywords: health education, knowledge, attitude, stroke

- 1. The nursing student of S1 degrees at Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda***
- 2. The nursing lecturer of S1 degrees at Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda***

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT, karena segala rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang diberi judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan Pasca Stroke Terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di *Home Care* Cahaya Husada Kaltim” dan kepada kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan dan doa kepada penulis.

Pada kesempatan ini pula, penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan banyak terimakasih yang sebesar-besarnya, khususnya kepada:

1. Bapak Ghozali M. H, M.Kes., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda
2. Bapak Ns. Andi Parellangi, S.Kep., M.Kep., M.H., selaku Pimpinan *Home Care Nursing* Cahaya Husada Kaltim.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep., selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda sekaligus sebagai pembimbing II.
4. Bapak Ns. Andri Praja Satria, S.Kep., M.Sc., selaku pembimbing I
5. Bapak Faried Rahman Hidayat, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku penguji utama.
6. Terima kasih kepada keluarga tercinta atas doa serta dukungan baik moril maupun materi yang diberika

7. Rekan-rekan Program S1 Keperawatan angkatan 2013, yang tidak dapat disebutkan satu-persatu terima kasih atas dukungan dan bantuannya.
8. Semua pihak yang sudah memberikan dorongan dan bantuan yang hingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih banyak kelemahan dan kekurangan, tetapi penulis berharap semoga apa yang telah tertulis dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi yang memerlukan. Semoga bantuan yang diberikan oleh semua pihak mendapat imbalan yang berlipat dari Tuhan Yang Maha Esa. Aamiin.

Samarinda, 3 Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
INTISARI.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
E. Keaslian Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Telaah Pustaka	13
B. Penelitian Terkait	50
C. Kerangka Teori Penelitian	52
D. Kerangka Konsep.....	53
E. Hipotesis Penelitian.....	53
BAB III METODE PENELITIAN.....	54
A. Desain Penelitian	54
B. Populasi dan Sampel	55
C. Waktu dan Tempat Penelitian	57
D. Definisi Operasional	57

E.	Instrument Penelitian	58
F.	Uji Validitas dan Reabilitas.....	61
G.	Teknik Pengumpulan Data.....	64
H.	Prosedur Pengumpulan Data	65
I.	Pengelolaan dan Analisa Data	65
J.	Etika Penelitian	69
K.	Jalannya Penelitian	71
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		73
A.	Hasil Penelitian	73
B.	Pembahasan.....	87
BAB V PENUTUP		89
A.	Kesimpulan	89
B.	Saran	89

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	: Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	74
Tabel 4.2	: Karakteristik Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	74
Tabel 4.3	: Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	75
Tabel 4.4	: Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	76
Tabel 4.5	: Karakteristik Responden Berdasarkan Hubungan dengan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim	71
Tabel 4.6	: Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim	77
Tabel 4.7	: Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	78
Tabel 4.8	: Distribusi Frekuensi Sikap Responden pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	79

Tabel 4.9	: Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	80
Tabel 4.10	: Perbedaan Pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim.....	81
Tabel 4.11	: Perbedaan Pengetahuan Responden <i>Pre Test</i> dan <i>Post Test</i> pada Kelompok Kontrol di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim...	82
Tabel 4.12	: Perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan pada Kelompok Perlakuan di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim	83
Tabel 4.13	: Perbedaan sikap responden pada Kelompok control di <i>Home Care</i> Cahaya Husada Kaltim	84
Tabel 4.14	: Persentase Peningkatan Pengetahuan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kontrol.....	85
Tabel 4.15	: Persentase Peningkatan sikap atau dukungan responden pada kelompok perlakuan dan kontrol	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	: Skema Fatofisiologi Stroke.....	21
Gambar 2.2	: Kerangka teori penelitian.....	52
Gambar 2.3	: Kerangka konsep penelitian.....	53
Gambar 3.1	: Model rancangan penelitian	55

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Semakin meningkatkan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya teknologi dibidang kesehatan, pola penyakit dalam masyarakat telah berubah dari penyakit infeksi menjadi penyakit tidak menular dan degeneratif antara lain penyakit jantung, kanker, stroke, dan gagal ginjal, hal tersebut disebabkan karena perubahan gaya hidup dan perilaku masyarakat (Amiruddin, 2007).

Stroke merupakan salah satu penyakit pembuluh darah otak yang menunjukkan beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural (Doenges,2000). Selanjutnya stroke dapat disebabkan oleh beberapa keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau seluruh pembuluh darah otak, akibat adanya robekan pembuluh darah atau oklusi parsial/total yang bersifat sementara atau permanen (Doenges,2000).

Menurut Feigin (2009), stroke merupakan penyebab kecacatan nomor 1 (satu) dan penyebab kematian nomor 3 (tiga) setelah penyakit jantung koroner dan penyakit kanker sehingga penyakit stroke telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting. Data dari The American Heart Association (AHA) pada tahun 2015 terdapat 715.000 kasus stroke setiap tahunnya, sepertiganya meninggal pada fase akut, sepertiganya lagi

mengalami stroke ulang dan dari sekitar 50% yang selamat mendapat hasil akhir (outcome) berupa kecacatan yang dapat berupa pembatasan fisik dan disfungsi psikososial dan pada akhirnya sangat mempengaruhi kualitas hidup. Selanjutnya kecacatan pasca stroke menjadi masalah yang menyita perhatian karena tidak hanya terjadi pada Orang tua saja, tetapi usia pertengahan ketika mereka masih dalam usia produktif (Vitahealth, 2004).

Menurut menteri kesehatan R.I, dalam sambutannya pada aksi peduli peringatan hari stroke sedunia, di Bundaran Hotel Indonesia, Jakarta, Sabtu, 29 Oktober 2011, stroke adalah penyebab kematian yang utama di indonesia, porsinya mencapai 15,4% dari total penyebab kematian. Prevalensi stroke di indonesia berdasarkan riset kesehatan dasar (riskesdas) tahun 2007 adalah delapan per seribu penduduk atau 0,8 %. Sebagai perbandingan, prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah 3,4% per 100 ribu penduduk, di Singapura 5,5% per 100 penduduk. Dari jumlah total penderita stroke di indonesia, sekitar 2,5% atau 250 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat ringan maupun berat. Pada tahun 2000 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke (Denny & Sukirno, 2011).

Penderita stroke pada awal terkena stroke perlu penanganan secara cepat dan tepat agar tidak menyebabkan keadaan yang lebih

parah atau bahkan kematian. Pada fase lanjutan atau perawatan lanjutan, diperlukan penanganan yang tepat karena dapat menimbulkan komplikasi-komplikasi. Seringkali ketika pasien pulang dari rumah sakit, pasien pasca stroke masih mengalami gejala sisa, misalnya dengan keadaan: kehilangan motorik (hemiplegi / hemiparese) atau pasien yang pulang dengan keadaan bedrest total, kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (disatria), gangguan persepsi, kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik, sehingga akan berdampak pada aktivitas hidup sehari-hari (Activitas Of Daily Living = ADL) dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan fisiologi ; cairan dan nutrisi, personal hygiene, eliminasi buang air besar dan buang air kecil, dan mobilisasi ; kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spritual, sehingga peran keluarga sangat dibutuhkan untuk merawat anggota keluarga pasca stroke (Smelter & Bare, 2002).

Peran keluarga dalam rehabilitasi atau pemulihan anggota keluarga dengan pasca stroke dapat dilakukan melalui pelaksanaan fungsi keluarga yaitu fungsi efektif, fungsi sosialisai, fungsi reproduktif, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Dari ke lima fungsi tersebut, fungsi keluarga yang paling relevan dengan kesehatan adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga (Friedman, 2002).

Penelitian Sit, Wong Clinton, Li & Fong. (2004) tentang dampak sosial support pada kesehatan pasien stroke di rumah oleh family care giver didapatkan bahwa family care giver pada pasien pasca stroke dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas hidup sehari-hari (Aktivitas Of Daily = ADL) secara mandiri dan lebih baik dengan dukungan dan sosial support dari keluarga yang akan meningkatkan status kesehatan psikososial pasien pasca stroke.

Keluarga secara mandiri dapat melatih dan memotivasi anggota keluarga dengan pasca stroke untuk kembali melakukan aktifitas sehari-hari (Aktivitas Of Daily Living = ADL) tanpa tergantung orang lain (Mulyatsih & Ahmad, 2010). Selanjutnya dalam hal ini keluarga dapat berkolaborasi dengan perawat komunitas yang mempunyai andil atau kontribusi terhadap pelayanan kesehatan di tingkat individu, keluarga di rumah (Home Care) sehingga keluarga pemilik pengetahuan dan keterampilan dalam merawat anggota keluarga dengan pasca stroke di rumah (Mulyatsih & ahmad, 2010).

Perawat yang melakukan pelayanan keperawatan di rumah (home care) mempunyai peran untuk meningkatkan kemampuan keluarga untuk mencegah penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Dalam penerapan proses keperawatan di rumah terjadi peran dari perawat kepada klien dan keluarga (sasaran) secara bertahap untuk mencapai kemandirian klien dan keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan (Depkes, 2006)

Penelitian menurut Ostwald, Hearsch, Kelley & Godwin (2008) didapatkan bahwa rehabilitasi pasca stroke membutuhkan waktu yang cukup panjang sehingga dibutuhkan kolaborasi antara perawat dan keluarga. Keluarga sangat membutuhkan informasi seperti pendidikan kesehatan tentang pencegahan stroke berulang, serta bagaimana cara meningkatkan gaya hidup seperti diet, latihan dan manajemen stress. Sehingga pasien pasca stroke dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Kebutuhan akan kesinambungan asuhan keperawatan (continuity of care) dan integrasi home care sebagai komponen penting dalam sistem jaringan Rumah Sakit dengan Komunitas (Hospital – Based Home Care) melalui layanan home care, klien dengan kondisi pasca akut dan disable atau dengan kondisi penyakit kronis tidak lagi perlu menjalani hospitalisasi sehingga pasien dan keluarga diberdayakan untuk turut ambil bagian dalam upaya proses pemulihan ataupun melakukan upaya-upaya prevensi sekunder dan tersier, bantuan yang diberikan oleh perawat home care sesuai dengan porsi dan kebutuhan. Dengan demikian, secara logis Rumah Sakit dapat lebih menyediakan tempat bagi pasien yang membutuhkan, rata-rata jumlah klien rawat berkurang dan biaya hospitalisasi yang harus ditanggung klien jadi lebih kecil (Susilaningsih, 2008).

Kebijakan terkait dengan home care di Indonesia secara hukum diatur oleh Keputusan Menteri Kesehatan No1239/ MENKES/ SK/ XI/ 2001 Tentang Registrasi dan Praktik Perawat dan yang terbaru Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.17/MENKES/148/1/2013 tentang izin dan Penyelenggara Praktik Perawat. Inti dari aturan tersebut bahwa setiap perawat yang menjalankan praktik dalam hal ini praktik mandiri keperawatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Perawat (SIPP).

Home Care Nursing Cahaya Husada Kalimantan Timur merupakan model praktik mandiri keperawatan di Kalimantan Timur yang berbentuk praktik berkelompok/balai asuhan keperawatan yang pendiriannya merujuk kepada Peraturan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/MENKES/SK/XI/2001 Tentang Registrasi dan Praktik Perawat Juncto UU Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan dengan mendapatkan izin operasional dari Dines Kesehatan Kota Samarinda No.503/HC-01/DKK/V/2011 dan berbadan hukum yayasan dengan akte notaris.

Berdasarkan rekam medis pasien yang dirawat oleh Home Care Nursing Cahaya Husada Kaltim, diambil dari bulan Juni 2015 sampai dengan Desember 2015 berjumlah berjumlah 519 orang dengan sebaran kasus ; Kasus keperawatan medikal bedah 378 orang (77,44%) dengan diangonasa medik pasca stroke 238 orang

(62,96%) dengan kelompok umur ; pralansia (45-59 tahun) berjumlah 93 orang dan lansia (>60 tahun) 145 orang dengan rata-rata hari perawatan yaitu 2 minggu ; Kasus perawatan anak 66 orang (12,71 %) Kasus keperawatan maternitas 33 orang (6,35%) dan kasus keperawatan jiwa 42 orang (8,09%). (Catatan Registrasi Pasien Home care Nursing Cahaya Husada Kaltim, 2015).

Pengalaman peneliti sejak tahun 2008 menjadi Perawat Koordinator Kasus di Home Care Nursing “ Cahaya Husada Kaltim” bahwa, keluarga belum ada motivasi untuk merawat anggota keluarga stroke dikarenakan kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang cara merawat anggota keluarga pasca stroke sehingga tidak terpenuhi kebutuhan dasar pasien antara lain sehingga tidak terpenuhi kebutuhan dasar pasien antara lain kurangnya perawatan diri, kurangnya intake cairan dan nutrisi, tidak dilakukan mobilisasi dan muncul beberapa komplikasi seperti : ulkus dekubitus, footdroop, peneumoni baringan (pneumoni ortostatik), akan tetapi setelah dilakukan pelayanan home care secara berkesinambungan oleh perawat dengan cara melatih dan mengajarkan pada keluarga tentang cara merawat pasien pasca stroke, keluarga bisa secara mandiri melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga dengan pasca stroke.

Berdasarkan fenomena atau kondisi tersebut, peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pendidikan

Kesehatan Tentang Perawatan Pasca Stroke terhadap Pengetahuan dan Sikap Keluarga di Home Care Cahaya Husada Kaltim.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena di atas, masalah penelitian yang peneliti rumuskan adalah “bagaimakah pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasca stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di Home Care Cahaya Husada Kaltim ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini terdiri dari :

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang Perawatan Pasca Stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di Home Cahaya Husada Kalimantan Timur.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah untuk :

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi ; usia, jenis kelamin, pendidikan dan status pernikahan.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan pasca stroke sebelum dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol dan perlakuan.

- c. Mengidentifikasi pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang perawatan pasca stroke setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol dan perlakuan.
- d. Mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasca stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di *Home Care* Cahaya Husada Kal-tim.

D. Manfaat Penelitian

1. Institusi Pendidikan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya dan dimasa yang akan datang dapat terjalin kerja sama yang baik antara institusi pendidikan dan pelayanan Home Care untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

2. Rumah Sakit

Penelitian ini menginformasikan tentang pelayanan home care dengan konsep home care dapat menjadi solusi yang tepat untuk mengantisipasi jumlah pasien yang tidak tertampung di Rumah Sakit.

3. Pelayanan Home Care

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan bahwa masih kurangnya pengetahuan tentang pelayanan home care sehingga Rumah Sakit menjadi pihak satu-satunya untuk perawatan pasien pasca stroke. Sehingga informasi tentang

pelayanan home care sangat dibutuhkan dan promosi dari pelayanan home care dapat menambah pengetahuan masyarakat bahwa pelayanan home care merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan.

4. Profesi Keperawatan

Penelitian ini menginformasikan tentang pelayanan home care diharapkan menambah pengetahuan dalam ilmu perawatan komunitas sehingga dapat memberikan cara pandang yang lebih luas di area praktek keperawatan.

5. Responden

Penelitian ini menginformasikan tentang pelayanan home care, diharapkan dapat merubah pengetahuan dan sikap keluarga untuk mendukung adanya pelayanan home care sebagai salah satu pelayanan kesehatan.

E. Keaslian Penelitian

1. Parellangi Andi (2012). "Pengaruh pelayanan Home Care Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Pasca Stroke di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur" Desain penelitian menggunakan metode *quasi experimen* dengan rancangan *Control Non Randomized Group Pretest and Posttest Design*. Jumlah sampel sebanyak 60 responden dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*, dibagi menjadi 30 responden dalam kelompok perlakuan dan 30

responden dalam kelompok kontrol. Intervensi pelayanan *home care* dilaksanakan selama 7 (tujuh) hari. Uji pengaruh intervensi pelayanan *home care* terhadap tingkat kemandirian keluarga menggunakan *mann whitney U-test*.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas terletak pada variabel independen, variabel dependen, dan tempat penelitian mengenai Pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasca stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di *Home Care Cahaya Husada Kal-Tim*. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik sampling *non probability sampling*, yaitu pengambilan sample secara *accidental sampling* yang dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian dan peneliti membatasi waktu penelitian sekitan satu bulan.

2. Setyaningrum (2012) “ Upaya peningkatan Pelayanan sosial Bagi lansia melalui Home Care Service di panti sosial Tresna Werdha (PSTW) Yogyakarta Unit Budhi Luhur” penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dan mengambil lokasi di PSTW Yogyakarta Unit Budhi Luhur, serta lansia dan keluarganya. Pengumpulan data dengan menggunakan metode observasi, wawancara dan dokumentasi. Penelitian merupakan instrumen utama dalam melakukan penelitian, yang dibantu Oleh pedoman observasi,

pedoman wawancara, dan pedoman dokumentasi, Teknik yang digunakan dalam analisa adalah reduksi data, penyajian data, dan pengambilan kesimpulan. Trianggulasi dilakukan untuk menjelaskan keaslian data dengan menggunakan sumber data.

Perbedaan Penelitian ini dengan penelitian diatas tempat penelitian ini mengenai hubungan pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasca stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga di *home care* Cahaya Husada Kal-Tim. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*. Uji statistik menggunakan *chi square* dengan α (0,05) dan menggunakan kuesioner sebagai instrumen penelitian dan peneliti membatasi sekitar satu bulan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kajian tentang stroke

a. Pengertian Stroke.

Stroke atau cedera cerebravaskular adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak (Smelter & Bare, 2002). Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa defenisi neurologis fokal atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Mansjoer, 2000). menurut Prince & Wilson (2006) stroke adalah setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak.

Berdasarkan pengertian di atas peneliti menyimpulkan pengertian stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak yang melibatkan pembuluh darah di otak (tersumbat atau pecah), dan akhirnya bermanifestasi dalam beragam gejala (mulai dari kelumpuhan, bicara pelo, gangguan menelan, dan sebagainya).

b. Etiologi

Berdasarkan *etiologi*, Feigin (2009) membagi stroke menjadi dua: (1) stroke hemoragik yaitu suatu gangguan fungsi saraf yang disebabkan kerusakan pembuluh darah otak sehingga menyebabkan perdarahan pada area tersebut. (2) stroke non hemoragik yaitu gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah otak sehingga distribusi oksigen dan nutrien ke area yang suplai terganggu. Menurut Smeltzer & Bare (2002) stroke biasanya diakibatkan dari salah satu tempat kejadian yaitu: (1) *therombosis* yaitu bekuan darah didalam pembekuan darah otak atau leher; (2). *Embolisme serebral* yaitu bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain; (3) *iskemia* yaitu penurunan aliran darah ke area otak; (4) *hemoragik serebral* yaitu pecahnya pembuluh darah sebral dengan pendarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Akibat dari keempat kejadian diatas maka terjadi penghentian suplai darah ke otak yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berfikir, memori, bicara, atau sensasi.

Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke non hemoragik dibagi menjadi empat yaitu: (1). *TIA (transient ischemik attack)* merupakan serangan stroke sementara yang berlangsung kurang dari 24 jam; (2). *RIND (reversible ischemic neurologic*

deficit) merupakan gejala neurologis yang akan menghilang antara > 24 jam sampai 21 hari; (3). *Progressing stroke atau stroke in evolution* merupakan kelainan atau defisit neurologis yang berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai menjadi berat; (4). *Complete stroke* atau stroke komplit merupakan kelainan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi (Junaidi, 2006). Faktor risiko stroke menurut Sofwan (2010) dibagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti gaya hidup dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin dan kecenderungan genetik.

Faktor risiko yang terpenting adalah:

1) Hipertensi (Tekanan darah tinggi)

Tekanan darah yang meningkat terus secara perlahan akan merusak dinding pembuluh darah dengan memperkeras arteri dan mendorong terbentuknya bekuan darah dan aneurisme, yang pada akhirnya akan menyebabkan stroke, terutama pada orang berusia di atas 45 tahun.

2) Diabetes melitus (kencing manis)

Diabetes menyebabkan perubahan pada sistem pembuluh darah dan berperan dalam proses aterosklerosis yang pada akhirnya akan menyebabkan stroke. Pada orang dengan diabetes, darah menjadi lebih kental dan beban pada

dinding pembuluh darah menjadi lebih besar sehingga di khawatirkan lebih kental dan beban pada dinding pembuluh darah menjadi lebih besar sehingga dikhawatirkan lebih muda tersumbat (terutama di pembuluh darah yang kecil seperti di otak dan jantung)

3) Penyakit jantung

Pada orang yang menderita penyakit jantung (misalnya kelainan pada katup jantung) oleh karena fungsi jantung yang terganggu, akan timbul embolus / gumpalan darah. Embolus tersebut akan berjalan mengikuti peredaran hingga ke otak, dan menyumbat karena ukuran diameter pembuluh darah di otak sangat kecil, sehingga terjadilah stroke iskemik (non haemoragik).

4) Kegemukan (obesitas)

Berat badan dan indeks massa tubuh berhubungan erat dengan tekanan darah. Distribusi lemak pada tubuh juga merupakan faktor penting dalam hubungannya dengan hipertensi, yang pada akhirnya juga memicu stroke.

5) Kebiasaan merokok

Merokok bukan hanya merupakan faktor resiko stroke, melainkan juga merupakan faktor resiko penyakit jantung koroner dan penyakit–penyakit lainnya. Seperti diketahui asap rokok banyak mengandung zat kimia seperti tar, nikotin,

karbonmoksida. Merokok menyebabkan aliran darah di dalam tubuh menjadi lambat, menyebabkan darah lebih mudah menggumpal, dan mendorong terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah otak, jantung dan tungkai.

6) Kebiasaan makan makanan yang mengandung kolesterol tinggi.

Kolesterol berlebih dalam darah, istilah kedokterannya disebut hiperlipidemia, merupakan faktor resiko tidak langsung dari stroke. Mengapa disebut demikian? Karena kolesterol yang berlebihan dalam darah ini tidak langsung menyebabkan stroke, tetapi lebih pada meningkatnya resiko pembentukan plak aterosklerosis pada pembuluh darah. Seperti diketahui, plak aterosklerosis ini bertanggung jawab pada proses terjadinya stroke karena sumbatan (stroke iskemik).

Faktor resiko terjadinya stroke yang tidak dapat di modifikasi menurut Mansjoer (2000) adalah: (1). Stroke dapat menyerang siapa saja laki-laki dan perempuan mulai dari usia anak sampai dewasa. Tidak ada patokan mengenai usia berapa seseorang rawan terkena stroke, walaupun memang biasanya stroke menyerang seseorang yang berusia di atas 65 tahun (stroke pada anak sangat jarang dan biasanya dihubungkan dengan kelainan bawaan/kongenital). Sekarang

ini, dengan pola hidup tidak sehat di perkotaan, stroke bahkan dapat menyerang seorang yang berusia 30 tahun; (2). Stroke dapat disebabkan oleh faktor keturunan karena faktor-faktor risiko terjadinya stroke seperti hipertensi dan kencing manis umumnya menurun dari satu generasi kegenerasi berikutnya dan dalam beberapa penelitian memang ditemukan kaitan keturunan dengan angka kejadian stroke.

c. Tanda dan Gejala

Menurut Price & Wilson (2006) tanda dan gejala penyakit stroke adalah kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh, hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran, penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau kedua mata, pusing dan pingsan, nyeri kepala mendadak tanpa kausa yang jelas, bicara tidak jelas (pelo), sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat, tidak mampu mengenali bagian dari tubuh, ketidakseimbangan dan terjatuh dan hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.

d. Patofisiologi

Otak sangat tergantung kepada oksigen, bila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada stroke di otak mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan peneruan yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (non aktif total).

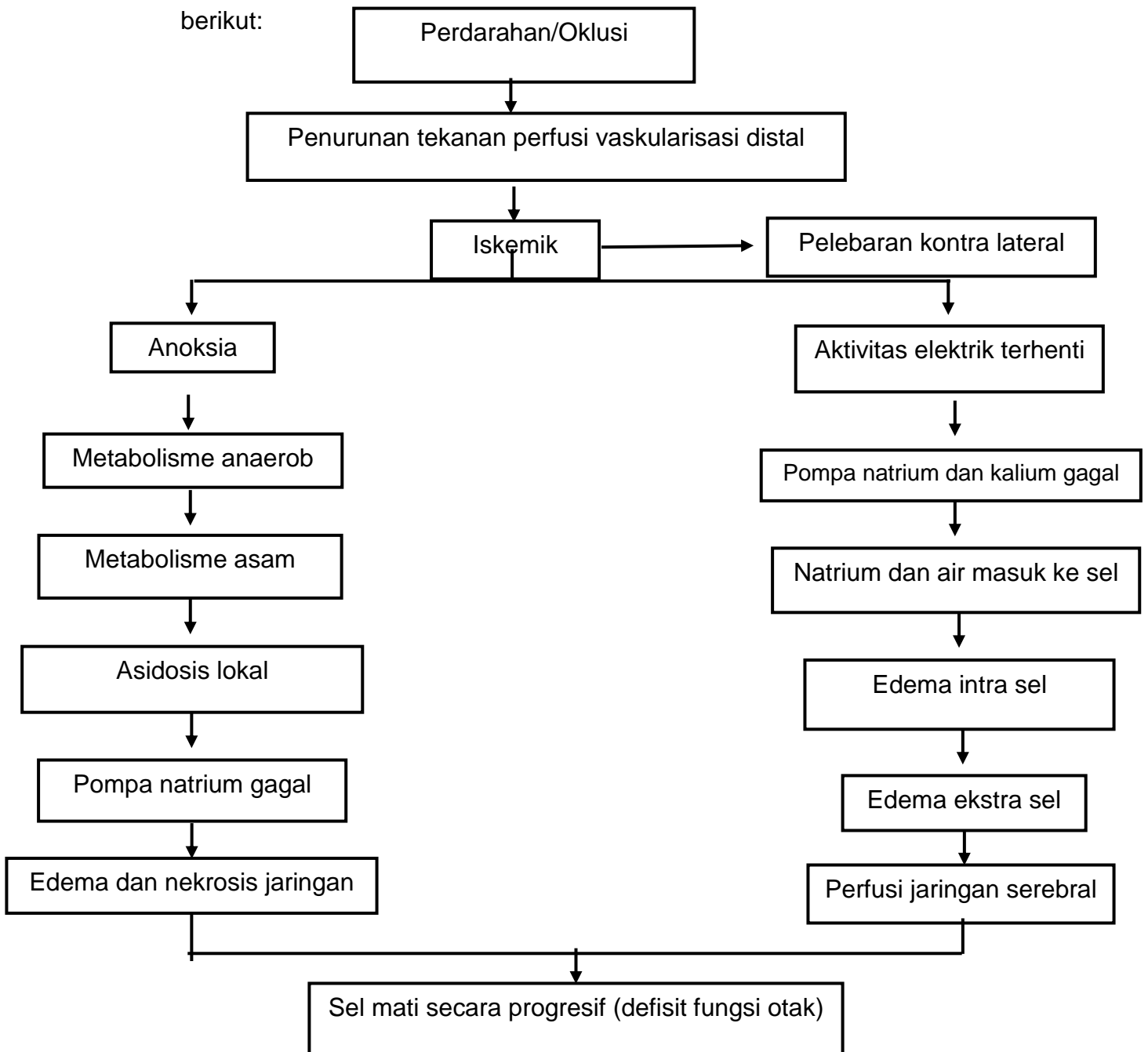
Pembuluh darah yang paling sering terkena ialah arteri serebral dan arteri karotis interna.

Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu :

- (1). Penebalan dinding arteri serebal yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan – perubahan iskemik otak ;
- (2). pecahnya dinding arteri serebal akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (*hemorrhage*);
- (3). pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak;
- (4). edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang intersitital jaringan otak. Konstriksi lokal sebuah arteri mula-mula menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan darah secara draktis dan cepat. Oklusi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya yang masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan awal yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan sedikit dilatasi arteri. Selanjutnya akan terjadi

edema pada daerah ini. selama berlansungnya peristiwa ini, autoregulasi sudah tidak berfungsi sehingga aliran darah mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri. Berkurangnya aliran darah serebral sampai ambang tertentu akan memulai serangkaian gangguan fungsi neural dan terjadi kerusakan jaringan secara permanen.

Patofisiologi berbentuk skema dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar 2.1 Skema Patofisiologi Stroke (Sumber : Satyanegara, 1998 dikutip oleh Wanhari, 2008).

e. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis menurut Smeltzer & Bare (2002) meliputi: (1).diuretik untuk menurunkan edema serebral yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral; (2). Antikoagulan untuk mencegah terjadinya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler; (3). Antitromosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) adalah: (1). Hipoksia serebral, diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak.Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan; (2). Penurunan aliran darah serebral, bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intrvena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi dan hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya

area cedera; (3). Embolisme serebral, dapat terjadi setelah infark atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya akan menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal, selain itu disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

2. konsep keperawatan kesehatan keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggota keluarga (Dupal, 1972 dalam Setiadi, 2010). Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga yang berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya. Setiadi (2010) menambahkan keluarga adalah bagian dari masyarakat yang peranannya sangat penting untuk membentuk kebudayaan yang sehat. Dari keluarga inilah pendidikan kepada individu dimulai dan dari keluarga inilah akan tercipta tatanan masyarakat yang baik.

Berdasarkan pengertian diatas,peneliti menyimpulkan, keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri dari 2 orang atau lebih dengan adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah dan hidup dalam satu rumah tinggal serta dibawah asuhan seorang kepala rumah tangga yang mana berintraksi diantara sesama anggota keluarga dan setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing untuk menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan.

keluarga sebagai unit pelayanan yang dirawat.Secara empiris disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga sudah ditanggulangi secara insidental, tetapi keluarga belum dilihat sebagai klien dari keperawatan. Keluarga dalam hal ini tidak dipandang dari jumlah anggotanya, tetapi kesatuannya yang unik dalam menghadapi masalah, keunikannya terlihat dari cara berkomunikasi, mengambil keputusan, sikap, nilai, cita-cita, hubungan dengan masyarakat luas dan gaya hidup yang tidak sama antara satu keluarga dan keluarga lainnya. Perbedaan tersebut dipengaruhi oleh lingkungan, zaman dan geografis; keluarga di desa sangat berbeda dengan di kota dalam hal besarnya keluarga, struktur, nilai dan juga gaya hidupnya.

Pendekatan keperawatan keluarga dapat melalui berbagai teori, yang paling berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan adalah pendekatan secara teori struktur fungsional

(Friedman, 2002). Teori struktural fungsional dapat menganalisis karakteristik struktural keluarga pengaturan bagian-bagiannya. Yang membentuk secara keseluruhan, dan fungsi yang dilakukan baik untuk masyarakat maupun subsistemnya. Struktur keluarga ini menunjukkan cara pengaturan keluarga, cara pengaturan unit-unit ini saling mempengaruhi (Friedman, 2002).

Menganalisis sebuah keluarga yang sedang mengalami stres, telah mengidentifikasi tiga dimensi struktural, yang mereka sebut sebagai gaya hidup keluarga. Gaya hidup keluarga mengarah kepada permulaan organisasi keluarga yang stabil dan masuk akal yang dibagi menjadi tiga unsur yang saling bergantung yaitu sistem nilai, jaringan komunikasi dan sistem peran.

Friedman, (2002), menambahkan tiga dimensi ini dengan struktur keluarga ke empat yaitu struktur kekuasaan dan pengambilan keputusan. Struktur keluarga berfungsi untuk memfasilitasi pencapaian fungsi keluarga, karena penghematan dan alokasi sumber daya adalah tugas utama struktur keluarga. Kerena hubungan yang penting ini, fungsi harus dipandang berurutan dengan struktur keluarga.

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga atau apa yang dikerjakan

oleh keluarga. Fungsi dasar keluarga adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan kebutuhan masyarakat yang lebih luas. Tujuan terpenting adalah menghasilkan anggota baru (fungsi reproduksi) dan melatih individu tersebut menjadi bagian dari anggota masyarakat (fungsi sosialisasi) (Friedman, 2002).

Menurut Friedman (2002), secara umum terdapat lima fungsi keluarga yang paling erat saat mengkaji dan mengintervensi keluarga yaitu :

1) Fungsi afektif (*the affective function*);

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2) Fungsi sosial dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*);

Fungsi sosial merupakan fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah

3) Fungsi perawatan kesehatan (*the health care function*)

Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Keluarga menyediakan

makanan, pakaian, perlindungan, dan asuhan kesehatan/keperawatan. Kemampuan keluarga melakukan asuhan keperawatan atau pemeliharaan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga dan individu. Melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental, spiritual dengan cara memelihara dan memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga.

4) Fungsi Reproduksi (*the reproductive function*)

Fungsi reproduksi merupakan fungsi mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

5) Fungsi Ekonomi (*the economic function*)

Fungsi ekonomi merupakan fungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Menurut Suchman (1965), Doberty dan Canphell (1988), yang disederhanakan oleh Friedman (2002), ada 6 (enam) tahap interaksi antara sehat/sehat dan keluarga:

1) Tahap Pencegahan Sakit dan Penurunan Resiko

Keluarga dapat memainkan peran vital dalam upaya peningkatan kesehatan dan penurunan resiko, misalnya

mengubah gaya hidup kurang sehat kearah lebih sehat. Misalnya mengatur pola makan dan aktivitas yang teratur dan sehat

2) Tahap gejala penyakit yang dialami keluarga

Setelah gejala diketahui, diinterpretasikan keparahannya, penyebabnya dan urgensinya, beberapa masalah dapat ditentukan. Tidak sedikit masalah kesehatan yang ditemukan pada keluarga yang kacau atau tertekan.

3) Tahap mencari perawatan

Apabila keluarga telah menyatakan anggota keluarganya sakit dan membutuhkan pertolongan, setiap orang mulai mencari informasi tentang penyembuhan, kesehatan dan validitas profesional dari keluarga besar, teman, tetangga dan nonprofesional lainnya. Setelah informasi terkumpul, keluarga melakukan perundingan untuk mencari penyembuhan/ perawat klinik, rumah sakit, dirumah dan lain-lain.

4) Tahap kontak keluarga dengan institusi kesehatan.

Setelah keputusan untuk mencari perawatan, dilakukan kontak dengan institusi kesehatan baik profesional atau nonprofesional sesuai dengan tingkat kemampuan, misalnya kontak dengan rumah sakit, puskesmas, praktik dokter swasta, paranormal/dukun dan lain-lain.

5) Tahap respon sakit terhadap keluarga dan pasien

Setelah pasien menerima perawatan kesehatan dari praktisi, tentu ia menyerahkan beberapa hak istimewanya dan keputusannya kepada orang lain dan menerima peran baru sebagai pasien. Ia harus mengikuti aturan atau nasehat dari tenaga profesional yang merawatnya dengan harapan agar cepat sembuh. Oleh karena itu, terjadi respon dari keluarga dan pasien terhadap perubahan peran tersebut.

6) Tahap adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan

Adanya suatu penyakit yang serius dan kronis pada diri seorang anggota keluarga biasanya memiliki pengaruh yang mendalam pada sistem keluarga, khususnya pada sektor perannya dan pelaksanaan fungsi keluarga. Untuk mengatasi hal tersebut, pasien/keluarga harus mengadakan penyesuaian atau adaptasi. Besarnya daya adaptasi yang diperlukan dipengaruhi oleh keseriusan penyakitnya dan sentralitas pasien dalam unit keluarga. apabila keadaan serius (sangat tidak mampu/semakin buruk) atau pasien tersebut orang penting dalam keluarga, pengaruh kondisinya pada keluarga semakin besar.

Besarkan tingkat sehat sakit tersebut maka peran keluarga terhadap kesehatan sebagai berikut: keluarga sebagai penyebab/ sumber penyakit; keluarga sebagai faktor yang mempengaruhi lintasan penyakit seorang anggota masyarakat ketika penyakit

tersebut menyerang; keluarga sebagai tempat penyaluran penyakit dari satu anggota keluarga, ke anggota keluarga yang lainnya; keluarga sebagai faktor penentu penggunaan layanan kesehatan; keluarga sebagai faktor penentu sejauh mana anggota keluarga yang sakit atau tidak berdaya beradaptasi dengan keadaannya.

a. Fungsi perawatan kesehatan keluarga

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah cara-cara tertentu yang dimiliki keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan dengan baik yaitu kesanggupan untuk melaksanakan pemeliharaan atau tugas kesehatan tertentu

Menurut Friedman, (2002), menyatakan keluarga merupakan peran penting dalam perawatan karena keluarga menyediakan sumber-sumber yang penting untuk memberikan pelayanan kesehatan / keperawatan bagi dirinya dan orang lain dalam keluarga.

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Karena pada hakikatnya individu dan keluarga harus mampu mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri. Menurut Friedman (2002), terdapat 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yaitu :

1) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya

Sehat secara optimal merupakan tujuan utama keluarga dalam siklus biologis, psikologis, sosial dan spritual. Terapi keadaan sehat

selalu berubah setiap saat sesuai dengan kemampuan individu keluarga tersebut. Sesuai dengan kontinum sehat-sakit tingkat kesehatan selalu bergerak ke kanan dan ke kiri. Jika ke kiri (arah sehat optimal), orang dikatakan sehat atau sebaliknya, jika bergerak ke kanan, orang dikatakan sakit.

Perbedaan persepsi keluarga tentang sehat sakit berbeda-beda. Hal tersebut dipengaruhi oleh budaya setempat. Perbedaan persepsi tersebut menimbulkan perbedaan dalam cara atau tingkat pemecahan masalah, perbedaan tersebut bergantung pada tingkat pengetahuan, kemauan dan kemampuan individu dan keluarga.

Proses mengenal masalah kesehatan berkaitan dengan persepsi, pandangan dan pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga. Semakin tinggi pengetahuan keluarga maka proses mengenal masalah akan lebih cepat dilakukan oleh keluarga. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2) Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Menurut Friedman, 2002, bagaimanapun miskin atau tidak berdayanya sebuah keluarga, keluarga tetap mempunyai hak dan

kewajiban untuk mengambil keputusan. Perasaan dan pendapat keluarga terhadap masalah mereka dan cara-cara bagaimana mereka sendiri memecahkannya perlu diperhatikan dan diberikan kesempatan. Dalam perawatan pasien sebagai individu, keluarga berperan sebagai pengambil keputusan. Hal ini jelas sekali pada masyarakat timur yaitu bukan hanya anggota keluarga inti saja yang mengambil keputusan, anggota keluarga jauh(misalnya nenek, kakek, paman) juga ikut serta dalam pengambilan keputusan pada keluarga berpenghasilan rendah karena ketidakmampuannya. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogyanya meminta bantuan orang lain di lingkungan sekitar keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

- 3) Memberikan perawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.

Anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Seringkali keluarga telah mengambil tindakan

kesehatan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Sehingga perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau dirumah jika keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.

Keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dilakukan selama anggota keluarga dirawat di institusi pelayanan kesehatan ataupun pada kondisi setelah perawatan. Dalam fase rehabilitas keluarga dituntut untuk mempertahankan kondisi kesehatan anggota keluarga sehingga anggota keluarga yang sakit dapat tetap mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Suprajitno, (2004), menyampaikan bahwa dalam melakukan perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan penting untuk diketahui pengetahuan keluarga tentang penyakit yang dialami anggota keluarga (sifat, penyebaran, komplikasi, kemungkinan setelah tindakan dan cara perawatan), pemahaman keluarga tentang perawatan yang perlu dilakukan, pengetahuan keluarga tentang peralatan, cara dan fasilitas untuk merawat anggota keluarga, pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga (keluarga yang mampu dan dapat bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial, fasilitas fisik, dukungan psikososial) dan bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit dan membutuhkan bantuan.

Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit dapat terhambat jika keluarga tidak mengetahui keadaan penyakit (sifat, penyebaran, komplikasi prognosa, dan perawatannya), tidak mengetahui tentang sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, tidak adanya fasilitas yang diperlukan untuk perawatan, kurang pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan prosedur perawatan/pengobatan, ketidakseimbangan sumber-sumber yang ada pada keluarga untuk perawatan (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial dan fasilitas fisik), sikap negatif terhadap yang sakit, adanya konflik individu, sikap/pandangan hidup dan perilaku mementingkan diri sendiri, friedman, (2002) .

4)Memodifikasi lingkungan rumah

Lingkungan sehat pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimun sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimal pula (Notoatmojo,2010).

Dalam hal ini anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mampu untuk mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

Kondisi lingkungan yang harus diperhatikan secara fisik adalah pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam

menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.

Selain hal diatas, perlu juga diperhatikan lingkungan psikologis yang dapat mendukung terhadap peningkatan kesehatan anggota keluarga. Keluarga harus mampu untuk memahami proses tumbuh kembang individu keluarga yang sakit kerana lingkungan psikologis yang diberikan akan berbeda. Pengasuhan balita di keluarga yang mengalami sakit tentu akan berbeda.

Dalam memodifikasi lingkungan rumah, suprajitno, (2004), menyampaikan bahwa penting bagi keluarga untuk memiliki pengetahuan tentang sumber yang dimiliki oleh keluarga di sekitar lingkungan rumah, kemampuan keluarga melihat keuntungan dan manfaat pemeliharaan lingkungan, pengetahuan keluarga tentang pentingnya dan sikap keluarga terhadap sanitasi lingkungan yang higienis sesuai syarat kesehatan, pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penyakit yang dapat dilakukan keluarga, dan kebersamaan anggota keluarga untuk meningkatkan dan memelihara lingkungan rumah yang menunjang kesehatan keluarga.

Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dapat mengalami hambatan dikarenakan sumber-sumber keluarga tak seimbang/ tidak cukup (keuangan, tanggung jawab/wewenang anggota keluarga, dan fisik (isi rumah tidak teratur), sempit/berjejal, kurang dapat melihat keuntungan/mamfaat pemeliharaan lingkungan

dimasa yang akan datang, adanya konflik persona/psikologis (kritis identitas: ketidaktepatan peranan, rasa iri dan merasa bersalah/tersiksa), ketidaktahuan tentang usaha pencegahan penyakit, sikap/pandangan hidup dan tidak kompak keluarga (sifat mementingkan diri sendiri, tidak ada kesempatan dan acuh terhadap anggota keluarga yang mengalami krisis (Friedman, 2002)

5) Memanfaatkan pelayanan yang ada

Faktor utama lainnya yang teridentifikasi sebagai praktik yang mempengaruhi kesehatan adalah keyakinan kesehatan individu dan keluarga tentang pencarian perawatan dan tindakan kesehatan.

Pencarian perawatan dan tindakan kesehatan ini berkaitan dengan perilaku pencarian penyembuhan yaitu bagaimana orang sakit memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Perilaku ini melewati beberapa tahapan yaitu mengenali gejala penyakit dengan menggunakan cara sendiri, melakukan penyembuhan atau pengobatan sendiri sesuai dengan pengetahuan, keyakinan atau kepercayaannya, melakukan upaya memperoleh kesembuhan dan pemulihan dari luar, sesuai dengan pemahaman dan persepsi terhadap penyakitnya tersebut (Notoatmodjo, 2010).

3. Pendidikan kesehatan

a. Pengertian

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat,

kelompok atau individu. Hasil yang diharapkan dengan adanya pesan tersebut, masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Adanya peningkatan pengetahuan merupakan indikator pendidikan kesehatan yang dilakukan terhadap perilakunya, dengan membawa perubahan baik dari segi kognitif, sikap dan perilaku sasaran (Notoatmodjo, 2007).

Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor antara lain; sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2005). Sedangkan Health Education atau Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Fitriani (2010) pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk mempengaruhi orang agar ia atau mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

Menurut Suliha 2002, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik

individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat sebagai perawat pendidik.

Menurut Machfoedz (2005), pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, kelompok dan masyarakat.

Dari beberapa pengertian pendidikan kesehatan dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk merubah perilaku seseorang setelah dilakukan suatu pembelajaran

b. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Dilakukannya pendidikan kesehatan bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat (Ariks, 2007).

c. Proses pendidikan kesehatan

- 1) Persoalan masukan (input)
- 2) Menyangkut pada sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok serta masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya.
- 3) Persoalan proses (procces)

Mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, alat bantu belajar serta materi atau bahan yang dipelajari.

4) Persoalan keluaran (output)

Prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar, dalam kegiatan belajar ada tiga unsur pokok, yakni masukan (input), proses, dan keluaran (output). Faktor penentu lainnya yang mempengaruhi hasil belajar adalah bahan, metoda dan teknik, fasilitator, alat bantu belajar dan lingkungan (Notoatmodjo, 2003)

Metoda yang digunakan dalam pendidikan kesehatan didasarkan kepada tujuan yang akan dicapai dari pendidikan kesehatan tersebut. Metoda ini juga harus disesuaikan dengan pembelajaran, materi belajar serta kemampuan petugas kesehatan/fasilitator itu sendiri. Semakin banyak menggunakan panca indra pembelajaran akan semakin efektif, hal ini sangat berpengaruh dalam penentuan metoda pembelajaran.

Fungsi pertanyaan adalah untuk menguji kemampuan pembelajar, membantu pembelajar mengaitkan pengalaman-pengalaman yang tepat dengan yang sedang dipelajari, menstimulasi minat pembelajar, mendorong berfikir, mengembangkan kemampuan dan kebiasaan menilai, menjalin pemahaman dan pengorganisasian materi secara tepat dan mengarahkan perhatian pembelajar pada hal-hal penting.

Pedoman dalam membuat pertanyaan hendaknya dinyatakan secara ringkas, tidak mempunyai makna ganda, disesuaikan dengan kondisi keluarga, mendorong meningkatkan kemampuan berfikir keluarga, struktur kalimat tidak mengarah pada pemberian jawaban, diusahakan menghindari jawaban ya atau tidak, hanya berkaitan dengan satu ide, mencerminkan satu tujuan, dan bahasanya tidak “text book”

Faktor - faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping masukan atau input sendiri, juga dipengaruhi oleh materi atau pesannya, pendidikan atau petugas yang melakukannya, dan alat bantu atau alat peraga yang digunakan dalam proses pendidikan, agar dicapai suatu yang optimal, maka faktor faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis (Notoatmodjo, 2007).

4. Pengetahuan

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagai besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo (2012) cara memperoleh pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu :

b. Cara Memperoleh Pengetahuan

Menurut Natoatmodjo (2012) cara memperoleh pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu :

1) Cara memperoleh kebenaran Nonilmiah

a) Cara coba salah (*trial and error*)

Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan beberapa kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat terpecahnya. Itulah sebabnya maka cara ini disebut metode coba salah.

b) Secara kebetulan

Pengetahuan diperoleh berdasarkan penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

c) Cara kekuasaan

Pengetahuan diperoleh berdasarkan otoritas, banyak sekali kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Seperti tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama maupun ahli ilmu pengetahuan atau ilmuan.

d) Berdasarkan pengalaman Pribadi

Pengalaman ini merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulangi kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

e) Cara akal sehat

Memperoleh pengetahuan menggunakan akal sehat dapat menemukan teori atau kebenaran.

f) Kebenaran Melalui Wahyu

Kebenaran melalui wahyu merupakan kebenaran yang harus diterima dan diyakini, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak. Sebab kebenaran ini diterima sebagai wahyu dan bukan karena hasil usah penalaran atau penyelidikan manusia.

g) Kebenaran secara intuitif

Kebenaran secara intuitif diperoleh manusia secara cepat secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berfikir. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.

h) Melalui jalan pikiran

Secara dengan perkembangan kebudayaan umat manusia cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Dalam memperoleh kebenaran manusia telah menggunakan jalan pikirannya.

i) Induksi

Induksi adalah proses penarikan kesimpulan yang dimulai dari pertanyaan-pertanyaan khusus ke pertanyaan yang bersifat umum. Hal ini berarti dalam berfikir induksi pembuatan kesimpulan tersebut berdasarkan pengalaman pengalaman empiris yang ditangkap oleh indra

j) Deduksi

Deduksi adalah pembuatan kesimpulan kesimpulan dari pertanyaan-pertanyaan umum ke khusus. Di sini terlihat proses berfikir berdasarkan pada pengetahuan yang umum mencapai pengetahuan yang khusus.

2) Cara Ilmiah Dalam Memperoleh Pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Dalam memperoleh pengetahuan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung dan membuat pencatatan-pencatatan terhadap semua fakta

sehubungan dengan objek yang diamatinya untuk mendapatkan kebenaran.

c. Tingkat pengetahuan

Menurut Natoatmodjo (2012B : 138-140), Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu :

1)Tahu (Know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang dipelajari antar lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2)Memahami (*compreehnsion*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham, terhadap objek dan materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3)Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi atau situasi yang real (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum – hukum, rumus – rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam suatu konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi – formulasi yang sudah ada.

5) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek penilaian – penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang telah ada. Misalnya dapat membandingkan, menanggapi, dan menafsirkan sebab – sebab.

d. Cara Mengukur Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010 : 141 – 142) Pengetahuan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya yaitu :

1) Penelitian Kuantitatif

Pada penelitian kuantitatif pada umumnya akan mencari jawaban atas fenomena yang menyangkut berapa banyak, berapa sering, berapa lama, maka biasanya menggunakan metode wawancara dan angket.

2) Penelitian kualitatif

Pada umumnya penelitian kualitatif bertujuan untuk menjawab bagaimana suatu fenomena itu terjadi, atau mengapa terjadi. Metode pengukuran pengetahuan dalam metode kualitatif antara lain dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus.

5. Sikap

a. Pengertian sikap

Menurut Scord dan Bacman dalam Azwar (2011 : 5) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan, pemikiran, dan presposisi tindakan seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Menurut Notoatmodjo (2010 : 29) sikap adalah suatu respon tertutup stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan.

Newcomb dalam Notoatmodjo (2012B : 140) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap

merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak atau berperilaku.

b. Karakteristik Sikap

Beberapa karakteristik sikap dalam Notoatmodjo (2010 : 13 – 14) adalah sebagai berikut :

- 1) Sikap merupakan kecenderungan berpikir, berpersepsi, dan bertindak.
- 2) Sikap mempunyai daya pendorong.
- 3) Sikap relatif lebih menetap dibanding emosi dan pikiran.
- 4) Sikap mengandung aspek penelitian atau evaluatif terhadap mempunyai tiga komponen, yakni :

a)Komponen Kognitif

Komponen kognitif adalah aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia. Komponen kognitif ini adalah olahan pikiran manusia terhadap kondisi eksternal atau stimulus yang menghasilkan pengetahuan.

b)Komponen Afektif

Komponen afektif adalah aspek emosional yang berkaitan dengan penilaian terhadap apa yang diketahui manusia. Setelah seseorang mempunyai pemahaman atau pengetahuan terhadap stimulus atau kondisi eksternalnya, maka selanjutnya akan mengolahnya lagi dengan melibatkan emosionalnya.

c)Komponen Konatif

Komponen Konatif adalah aspek visional yang berhubungan dengan kecenderungan bertindak.

c. Komponen Pokok Sikap

Menurut Alport dalam Notoatmodjo (2010 : 29-30) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen komponen pokok, yakni :

- 1)Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap suatu objek artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- 2)Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek, artinya bagaimana seorang tersebut terhadap objek.
- 3)Kecenderungan untuk bertindak artinya sikap adalah komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Ketiga komponen ini secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

d. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2010 : 30-31) sikap memiliki 4 tingkatan yaitu sebagai berikut :

1) Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Merespon diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

3) Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi orang lain untuk merespon stimulus.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, diharus mengambil resiko apabila ada orang yang mencemooh atau adanya resiko lain.

e. Cara Mengukur Sikap

Menurut Notoatmodjo (2010 : 142-143) pengukuran sikap juga dapat dilakukan berdasarkan jenis penelitian yang digunakan.

1) Kuantitatif

Pengukuran sikap dalam penelitian juga dapat menggunakan dua cara yaitu dengan wawancara dan angket yang menanyakan penilaian responden terhadap objek.

2) Kualitatif

Pengukuran sikap dalam metode penelitian kualitatif dapat dengan menggunakan wawancara mendalam dan diskusi

kelompok yang bertujuan untuk menggali pendapat atau penilaian responden terhadap objek atau stimulus yang diberikan.

B. Penelitian Terkait

1. Parellangi (2012) "Pengaruh Pelayanan *Home Care* Terhadap Keluarga Dalam Merawat Anggota keluarga dengan pasca stroke di Kota Tingkat Kemandirian samarinda Provinsi Kalimantan Timur". Intervensi pelayanan home care dilaksanakan selama 7 (tujuh) hari. Hasil penelitian mendapatkan responden pada kedua kelompok penelitian hampir setengah dari responden berusia 41-50 tahun yaitu 40 % pada kelompok perlakuan, dan 46,7 % pada kelompok kontrol. Berdasarkan jenis kelamin, hampir semua responden berjenis kelamin perempuan yaitu 93,3 % pada kelompok perlakuan, dan 96,7 % pada kelompok kontrol. Berdasarkan pendidikan setengah dari responden tingkat pendidikan SMP yaitu 53,3 % pada kelompok perlakuan, dan 50 % pada kelompok kontrol. Berdasarkan status pernikahan lebih dari setengah responden sudah menikah yaitu 70 % pada kelompok perlakuan, dan 76,7 % pada kelompok kontrol. Berdasarkan hubungan dengan pasien lebih dari setengah responden sebagai istri yaitu 53,3% pada kelompok perlakuan, dan 56,7% pada kelompok kontrol. Intervensi pelayanan *home care* berpengaruh secara bermakna terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga

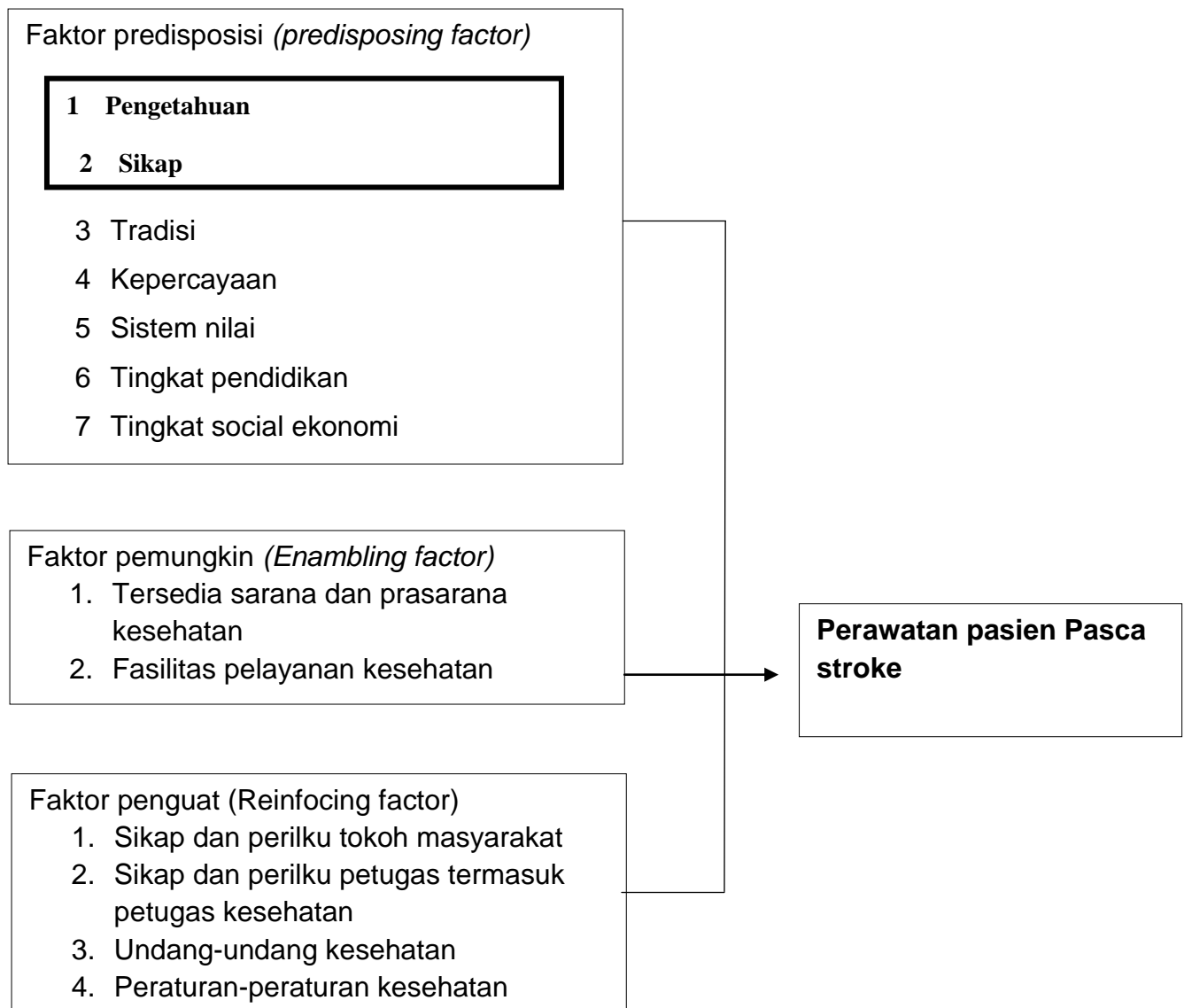
denga pasca stroke pada kelompok perlakuan didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

2. Setyaningrum (2012). “Upaya peningkatan pelayanan sosial bagi lansia melalui *Home Care Service* di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budhi Luhur”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa : 1) Upaya peningkatan pelayanan sosial bagi lansia melalui *home care servis* di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budhi Luhur dilakukan dengan memberikan beberapa kegiatan, yaitu menyediakan sarana untuk kebutuhan pokok, memberikan sarana kesehatan, memberikan sarana spiritual / rohani, memberikan sarana bimbingan psikologi, memberikan motivasi kepada keluarga lansia. 2) Faktor pendukung yaitu adanya Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkemampuan, tersedianya dana dari pemerintah, dan adanya dukungan dari keluarga atau masyarakat sekitar lansia. Sedangkan yang menjadi faktor penghambat adalah keterbatasan waktu dari instruktur bimbingan dan keterbatasan tenaga pemberi pelayanan *home care servis* di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budhi Luhur.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian adalah teori-teori mendukung sebuah penelitian dan merupakan dasar dari kerangka konsep yang disajikan dalam tinjauan kepustakaan (Notoatmojo, 2012).

Kerangka teori dalam penelitian sebagai berikut :

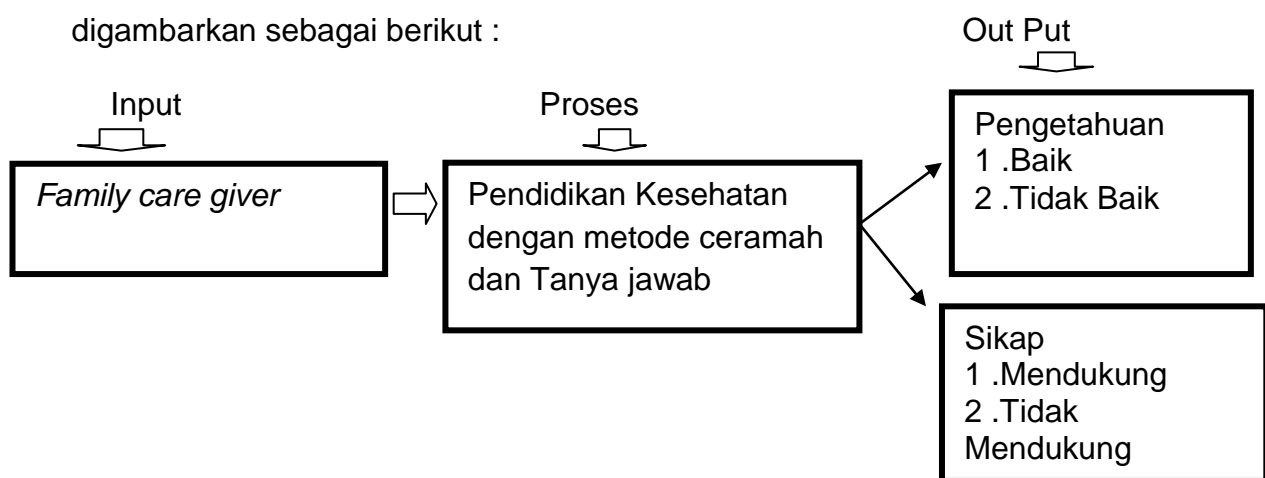


Gambar 2.2. Kerangka teori penelitian (Teori perilaku menurut Green dalam Notoadmojo, 2012)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan kerangka hubungan antara konsep – konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan serta didasari oleh kerangka teori yang telah disajikan dalam tinjauan kepustakaan sebelumnya.

Kerangka konsep penelitian yang dimaksud secara skematik digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.3. Kerangka konsep penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis Penelitian Ha yaitu ada pengaruh pendidikan kesehatan tentang perawatan pasca stroke terhadap pengetahuan dan sikap keluarga Di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke. Data tersebut sejalan dengan hasil uji statistik McNemar dengan nilai p value = 0,012 lebih kecil dari 0,05 yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan responden sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan
2. Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang perawatan pasien pasca stroke. Data tersebut sejalan dengan hasil uji statistik *Mc Nemar* dengan nilai p value = 0,004 lebih kecil dari 0,05 yang artinya terdapat perbedaan yang signifikan sikap responden sebelum dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

B. Saran

Diharapkan penelitian ini dapat dilanjutkan oleh peneliti lain dengan mengidentifikasi variable yang berbeda serta pada saat sebelum pendidikan kesehatan kepada responden sebaiknya dikumpulkan dalam satu tempat agar menghemat waktu, biaya dan tenaga.

DAFTAR PUSTAKA

- Allport, Gordon W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Oxford, England: Addison-Wesley.
- Amiruddin R, (2007), *Strategi Perencanaan Sehat*, <http://ridwanamiruddin.com/2007/04/26/strategi-perencanaan-kesehatan/>, diakses tanggal 24 Desember 2011, Jam 12.30 Wib
- Ariawan I. (2008). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat (tidak dipublikasikan).
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Azwar, S. (2011). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, edisi 2. Liberty, Yogyakarta: 23 Pustaka pelajar
- Budiman. (2011). *Penelitian Kesehatan : Buku Pertama*. Bandung : Refika Aditama.
- Chusid, J.G. (2003). *Neuroanatomi Korelatif Dan Neurologi Fungsional*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Cresia, J.L & Parker, (2001). *Conceptual foundation : The bridge to professional nursing practice*. Philadelphia : Mosby
- Dahlan, M. S. (2010). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Danim, S. (2003). *Riset Keperawatan: Sejarah dan metodologi*. Jakarta : EGC
- Darma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : TIM
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D. (2002). *Riset Keperawatan : Buku ajar dan latihan* (Alih bahasa oleh Budi, E & Rika, I) Edisi 4. Jakarta : EGC
- Denny, A & Sukirno (2011), *Menkes : Stroke Penyebab Utama Kematian di Republik Indonesia*, <http://kosmo.vivanews.com/news/read/259794-menkes--stroke-tidak-kenal-umur>, diakses tanggal 26 Desember 2011, Jam 11.30 Wib

- Depkes, R.I. (2001). *Kepemenkes RI Nomor 1239 Tahun 2001 Tentang Registrasi dan Praktik Perawat*. Jakarta
-(2002). *Pedoman Penerapan Home Care*. Jakarta : Dirjen Pelayanan Medik.
-, (2004). *Pedoman Kegiatan Perawat Perkesmas di Puskesmas*. Jakarta : Subdit Keperawatan Dasar dan Komunitas
- Depkes RI, (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta.
- (2010). *Peraturan Menkes RI Nomor 148 Tahun 2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat*. Jakarta
- Douglas, L.M. (1992). *The effective nurse leader and manager* (4th Ed). St.Louis: Mosby Year Book.
- Doenges, M.E. (2000). *Nursing Care Plans; Guidelines for Planning and Documenting Patient Care*. 3rd ed. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Feigin, V. (2009),. *Stroke ; Panduan Bergambar tentang Pencegahan dan Pemulihan Stroke* (Alih bahasa oleh Udumbara,B). Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.
- Friedman, M. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik* (Alih bahasa oleh Debora I & Yoakim Asy). Jakarta : EGC.
- Friedman, M, Vicky, Bowden, Elaine, G.J. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori & Praktik* (Alih bahasa oleh Debora, I & Yoakim, A) Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Galvin, J.R. at.el, (2009). *Connecticut Comprehensive Plan For Stroke Prevention and care 2009-2013*. http://www.ct.gov/dph/lib/dph/state_health_planning/dphplans/stroke_prev_care_plan_2009-2013.pdf. Diunduh tanggal 2 Januari 2012,
- Haghighi et al. 2010. *Knowledge and Attitude Towards Stroke Risk Factors, Warning Symptoms and Treatment in an Iranian Population*.The fine study. *The Journal of Med Princit Parct*, 19:468 – 472
- Home Care Cahaya Husada Kaltim. (2010). *Profil Home Care Nursing Cahaya Husada Kaltim*. Samarinda : Tidak dipublikasikan.
- Junaidi, I. (2006). *Stroke*. Jakarta : PT Buana Ilmu Populer.

- Johnson J.Y, Temple J.S & Carr T. (2005). *Prosedur Perawatan di rumah Pedoman untuk Perawat* (Alih bahasa oleh Ester, M). Jakarta : EGC
- Levine, P.G. (2011). *Stronger After stroke ; Panduan Lengkap dan efektif terapi Pemulihan Stroke*. Jakarta : Etera
- Machfoedz. (2010). *Metodologi Penelitian : Kuantitatif & Kualitatif Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran disertai contoh KTI, Skripsi, Tesis*. Yogyakarta : Fitramaya.
- .. (2010). *Statistika Nonparametrik : Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran (Biostatistika)*. Yogyakarta : Fitramaya.
- Mansjoer A, Suprohaita, Wardhani WI, & Setiowulan, (2000). *Kapita Selekta Kedokteran edisi ketiga jilid 2*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Mulyatsih E & Ahmad A (2010). *Stroke; Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. Jakarta : FK Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
-, (2003) *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta
-, (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
-, (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta : Penerbit Rineka Cipta
-, (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ostwald S.K, Hearsch G, Kelley C & Godwin K.M. (2008). *Evidence-Based Educational Guidelines for Stroke Survivors After Discharge Home*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2743441/pdf/nihms-107369.pdf>, diakses tanggal 28 Desember 2011, Jam 12.00 Wib.
- Polit D.F & Beck C.T. (2006). *Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization* (6th Ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- PPNI Jawa Barat. (2008). *Kriteria Kemadiriian Keluarga*, Bandung; Tidak dipublikasikan

- Price, S.A & Wilson. L.M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (Alih bahasa oleh Anugrah P) Edisi 6 Volume 2. Jakarta: EGC
- RSUD Abdul Wahab Syahrane. (2011), *Catatan Medikal Record Ru Angsoka*. Samarinda : Tidak dipublikasikan
- Rini dan Alin. (2008). *Kajian Kebutuhan Perawatan di rumah Pasien Pasca stroke*. Penelitian PSIK UGM Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Setiadi. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga* Edisi kedua. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sit J.WH, Wong T.KS, Clinton M, Li L.SW & Fong Y.M . (2004). *Stroke care in the home : the impact of social support on the general health of family caregivers*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15361155>, diakses tanggal 28 Desember 2011. Jam 11.00 Wib
- Sugiyono. (2011). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Sofwan R. (2010). *Stroke dan Rehabilitasi Pasca stroke*,. Jakarta : PT. Buana Ilmu Populer
- Sumijatun, dkk. (2006). *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart* (Alih bahasa oleh Hartono, A & Kuncara, H.Y). Jakarta : EGC
- Suprajitno, (2004) , *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Jakarta : EGC.
- Susilaningsih, F.S, (2008). HOSPITAL – BASED HOME CARE Sebagai Model Keutuhan dan Kestinambungan Pelayanan Kesehatan RS – Komunitas, <http://franciscasri.wordpress.com/2008/08/02/hospital-%E2%80%93-based-home-care-sebagai-model-keutuhan-dan-kestinambungan-pelayanan-kesehatan-rs-komunitas/>, diakses tanggal 24 Desember 2011, jam 14.00 Wib.
- Vitahealth, (2004), *Stroke*, Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Wanhari, M.A. (2008). *Asuhan Keperawatan Stroke* (<http://askepsolok.blogspot.com/2008/08/stroke.html>) di akses 26 Desember 2011, jam 11.00, Wib.
- Wiwit S.(2010). *Stroke dan Penanganannya; memahami, mencegah dan mengobati stroke*, Jogjakarta : Kata Hati.

INSTRUMEN PENELITIAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PERAWATAN
PASCA STROKE TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP
KELUARGA**

DI *HOME CARE* CAHAYA HUSADA KAL-TIM

Oleh

Marlia

Nim :1311308230791



Program Studi S-1 Keperawatan Transfer
STIKES MUHAMMADIYAH SAMARINDA

2016

KUESIONER A
ISIAN DATA DEMOGRAFI

A. Data Responden

1. Kode Responden :
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin Laki-laki
Perempuan
4. Pendidikan : Sarjana
 Diploma
 SMA
 SMP
 SD
 TIDAK TAMAT SD
5. Status Tidak menikah
 Menikah
6. Hubungan dengan Responden: Orang Tua
 Suami/Istri
 Adik
 Kakak
 Lain-lain, sebutkan

PETUNJUK PENGISIAN :

Berilah tanda (V) pada kolom jawaban yang saudara pilih

Y : Ya

T : Tidak

Kuesioner B

Pengetahuan tentang stroke

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak akibat pendarahan pada pembuluh darah.		
2	Stroke merupakan gangguan aliran darah ke otak akibat pendarahan atau sumbatan pada pembuluh darah.		
3	Kelemahan dari salah satu bagian tubuh (Wajah, lengan dan tungkai) bukan tanda gejala stroke.		
4	Munculnya rasa baal atau hilang sensasi disatu sisi badan, gangguan menelan, dan tidak jelas berbicara merupakan tanda gejala stroke.		
5	Stroke disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak.		
6	Penyumbatan pembuluh darah di otak bukan merupakan penyebab dari stroke.		
7	Masalah tekanan darah tinggi, kencing manis, dan kebiasaan merokok merupakan masalah yang dapat diubah yang menimbulkan stroke.		
8	Usia jenis kelamin dan suku bangsa merupakan masalah yang dapat diubah yang dapat menimbulkan stroke.		
9	Pemulihan pasien pasca stroke sangat tergantung dari keaktifan keluarga		
10	Perawat sangat diperlukan dalam pemulihan pasien pasca stroke		
11	Merawat pasien stroke di rumah menimbulkan beban emosional, kelelahan fisisik, dan beban keuangan.		

12	Luka tekan pada bagian belakang timbul akibat tidak mendapat penanganan yang baik pada pasien pasca stroke di rumah.		
13	Nyeri pada daerah bahu, bengkak pada tungkai, dan stress dan cemas bukan merupakan akibat tidak mendapatkan penanganan yang baik pasien pasca stroke di rumah.		
14	Keluarga memberikan dukungan agar pasien termotivasi untuk segera pulih dari penyakitnya.		
15	Keluarga tidak perlu mengadakan komunikasi efektif dengan pasien pasca stroke di rumah.		
16	Keluarga diharapkan berperan sebagai pemberi perawatan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. misalnya: makan, minum, berpakaian, berpindah, dan berjalan.		
17	Urutan memandikan pasien pasca stroke di tempat tidur. Yaitu: membersihkan wajah kllien, dada dan perut, tangan dan lengan, cuci kaki dan ujung jari, punggung dan alat kelamin.		
18	Urutan latihan rentang gerak pasif terhadap sendi. yaitu: Kepala dan leher, bahu, siku, lengan bawah, pergelangan, jari-jari, panggul, lutut, jari kaki, dan pergelangan kaki.		
19	Alat penyokong seperti papan kaki, bantal merupakan persiapan untuk melakukan mobilisasi pemberian posisi tubuh		
20	Tindakan untuk mengatasi gangguan menelan yaitu Pada waktu pasien menelan sebaiknya memutar kepala (menengok) kesisi yang tidak lemah		

PETUNJUK PENGISIAN :

Berilah tanda (V) pada kolom jawaban yang saudara pilih

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

KUESIONER C.

SIKAP KELUARGA TENTANG PASCA STROKE

No	Pernyataan	Jawaban			
		STS	TS	S	SS
1	Pemulihan pasca stroke tidak tergantung dari keaktifan keluarga dalam memfasilitasi anggota keluarga yang mengalami stroke				
2	Pemulihan pasca stroke perlu mendapatkan penanganan oleh perawat				
3	Keluarga harus secara mandiri merawat anggota keluarga dengan pasca stroke				
4	Keluarga perlu mengetahui perawatan pasca stroke				
5	Pasien pasca stroke tidak menimbulkan beban emosional keluarga				
6.	Pasien pasca stroke dapat menimbulkan beban ekonomi keluarga				
7	Pasien pasca stroke bisa terjadi stress jika tidak mendapat perhatian pada keluarga				
8	Keluarga harus sabar dalam melakukan perawatan pasien pasca stroke				
9	Keluarga harus percaya diri untuk				

	pemulihan pasien pasca stroke				
10	Keluarga memberi dukungan agar pasien pasca stroke mempunyai motivasi yang kuat				
11	Keluarga mengadakan komunikasi efektif dengan pasien dan perawat				
12	Keluarga sebagai pemberi perawatan memandikan pasien pasca stroke				
13	Keluarga tidak perlu melakukan mobilisasi dengan pemberian posisi tubuh pada pasien pasca stroke				
14	Keluarga perlu melakukan mobilisasi latihan rentang gerak pada pasien pasca stroke				
15	Keluarga sebagai pengambil keputusan dalam perawatan pasca stroke				