

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP
TINGKAT PENGETAHUAN KLIEN DENGAN
STROKE DI RSUD SOREANG
KABUPATEN BANDUNG**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Sarjana Keperawatan

**DEDE RESTU
NPM.AK.1.14.052**



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

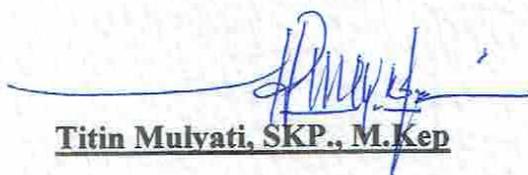
JUDUL : **PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN
TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN
KLIEN DENGAN STROKE DI RSUD
SOREANG KABUPATEN BANDUNG
TAHUN 2018**

NAMA : **DEDE RESTU**
NPM : **AK.1.14.052**

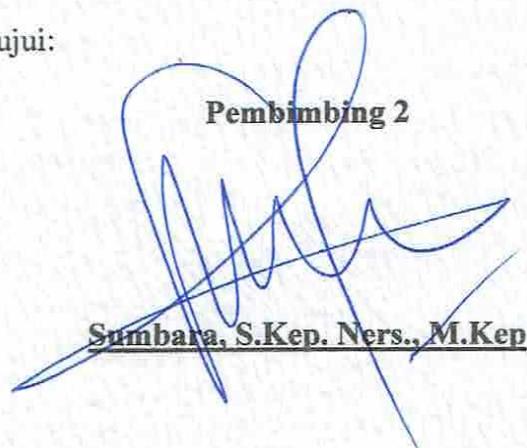
Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Akhir
Pada Program Studi S1 Keperawatan
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui:

Pembimbing 1


Titin Mulyati, SKP., M.Kep

Pembimbing 2


Sumbara, S.Kep. Ners., M.Kep

Program Studi S1 Keperawatan
Ketua


Yuyun Sarinengsih, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Dewan Penguji Skripsi Program S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana
Pada tanggal 29 Agustus 2018

Mengesahkan
Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



Nur Intan H.H.K S.Kep., Ners., M.Kep

Penguji II



Ani Rasiani S.Kep., Ners., M.Kep

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua



Siti Jundiah, M.Kep

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

- a. Penelitian saya, dalam skripsi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik (S.Kep), baik dari STIKes Bhakti Kencana maupun perguruan tinggi lain.
- b. Penelitian dalam skripsi ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
- c. Dalam penelitian ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasi orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
- d. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung

Bandung, 29 Agustus 2018

Yang membuat pernyataan



Dede Restu

NIM : AK. 1.14.052

ABSTRAK

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak. Menurut data RISKESDAS 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1% per 1.000 penduduk. Angka tersebut naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3%. Stroke merupakan penyebab kematian utama hampir di semua rumah sakit di Indonesia. Kejadian stroke tahun 2017 di RSUD Soreang mencapai 216 kasus. Hal ini dikarenakan adanya faktor-faktor yang berpengaruh sehingga muncul kejadian stroke ulang dan komplikasi. Kurangnya pengetahuan klien menjadi penyebab terjadinya kejadian stroke ulang. Salah satu upaya dalam meningkatkan pengetahuan adalah dengan pendidikan kesehatan. Tujuan dilakukan penelitian untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan klien dengan stroke di RSUD Soreang tahun 2018.

Penelitian ini merupakan penelitian *pre-eksperimental design* yaitu penelitian sederhana dengan *pretest* dan *posttest*. Penelitian ini dilakukan terhadap 20 klien stroke dengan kriteria inklusi. Analisa data meliputi analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *paired sample t-test*.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebesar 75% atau hampir seluruh klien memiliki pengetahuan kurang, setelah diberikan pendidikan kesehatan sebesar 60% atau hampir seluruh klien memiliki pengetahuan yang baik. Hasil uji *paired sample t-test* didapatkan *p value* (0,000). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan klien dengan stroke di RSUD Soreang tahun 2018. Oleh karena itu diharapkan adanya peningkatan dalam memberikan dan menjalankan pendidikan kesehatan.

Kata Kunci: Pengetahuan, Pendidikan Kesehatan, Stroke

Daftar Pustaka: 22 buku (2008-2017)

2 website (2014-2018)

4 jurnal (2014-2018)

ABSTRACT

Stroke is a sudden brain dysfunction caused by a circulatory disorder of the brain. According to the 2013 RISKESDAS data, stroke prevalence in Indonesia is 12.1% per 1,000 population. This figure increased compared to Riskesdas 2007 which was 8.3%. Stroke is the leading cause of death in almost all hospitals in Indonesia. Stroke events in 2017 in Soreang Hospital reached 216 cases. This is due to the factors that influence the occurrence of repeated strokes and complications. Lack of client knowledge is the cause of the occurrence of repeated stroke. One effort in increasing knowledge is with health education. The purpose of this study was to determine the effect of health education on the level of knowledge of clients with strokes in Soreang Regional General Hospital in 2018.

This research is a pre-experimental design research which is a simple research with pretest and posttest. This study was conducted on 20 stroke clients with inclusion criteria. Data analysis includes univariate and bivariate analysis using paired sample t-test.

The results showed that before being given health education by 75% or almost all clients had less knowledge, after being given health education by 60% or almost all clients have good knowledge. Paired sample t-test test results obtained p value (0,000). So it can be concluded that there is an influence of health education on the level of knowledge of clients with strokes in Soreang District Hospital in 2018. Therefore it is expected that there will be an increase in providing and running health education.

Keywords : knowledge, health education, stroke

Reference : 22 books (2008-2017)

2 website (2014-2018)

4 journal (2014-2018)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Segala puji hanya milik Allah SWT. Sholawat dan salam selalu tercurahkan kepada Rasulullah SAW. Berkat limpahan dan rahmat-Nya penyusun mampu menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk memenuhi tugas, guna menyelesaikan program studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung. Skripsi ini berjudul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Klien Dengan Store Di RSUD Soreang Kabupaten Bandung Tahun 2018”.

Dalam penyusunan skripsi ini, tidak sedikit hambatan yang penulis hadapi. Namun penulis menyadari bahwa kelancaran dalam penyusunan skripsi ini tidak lain berkat bantuan, dorongan, dan bimbingan dari dosen pembimbing, juga orang tua, sehingga kendala-kendala yang penulis hadapi dapat teratasi.

Ketidaksempurnaan dalam penulisan ini, memotivasi penulis untuk menerima kritik dan saran darimanapun yang membangun dan dapat mendorong penulis untuk terus memperbaiki diri. Dalam kesempatan ini penulis sampaikan ucapan terimakasih kepada semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis untuk menyelesaikan skripsi ini terutama:

1. H. Mulyana, S.H., MPd., MH.Kes selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, M.Kep, selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.

3. Direktur RSUD Soreang dr. H, Iping Suropto W, SpA. MH. Kes
4. Kepala Diklat RSUD Soreang.
5. Yuyun Sarinengsih, Skep., Ners., M.Kep selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
6. Kepala Ruangan Flamboyan, Ruang Mawar dan Ruang Kenanga RSUD Soreang.
7. Titin Mulyati., SKP., M.Kep selaku pembimbing I yang selalu memberikan masukan serta saran-saran.
8. Sumbara S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing II yang selalu memberikan masukan serta saran-saran.
9. Orangtua Bapak Rohendi, dan Ibu Wareem yang selalu memberikan doa, support dan, yang selalu ikhlas dan sabar memberikan dukungan melalui materi maupun moril yang tidak bisa dijelaskan oleh kata-kata sehingga saya bisa seperti ini.
10. Adik perempuan saya Dinda Sri Lestari yang juga selalu mendoakan.
11. Calon istriku Wulanisa Rizky, Amd., Keb., CH, yang selalu sabar memberikan semangat, dukungan dan memotivasi saya.
12. Klien yang telah bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Penulis telah berusaha sebaik mungkin dalam menyelesaikan skripsi ini, akan tetapi penulis menyadari masih banyak kekurangan di dalam penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan, agar selanjutnya dapat lebih baik.

Bandung, 29 Agustus 2018

Dede Restu

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
 BAB I : PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan.....	6
1.4 Manfaat	6
 BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Stroke	8
2.2 Pendidikan Kesehatan	25

2.3 Pengetahuan	31
-----------------------	----

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian	42
3.2 Paradigma Penelitian	43
3.3 Hipotesa Penelitian	45
3.4 Variabel Penelitian	46
3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Operasional	46
3.6 Populasi dan Sampel.....	49
3.7 Pengumpulan Data	50
3.7.1 Instrumen Penelitian.....	50
3.7.2 Uji Validitas dan Relebilitas Intsrumen.....	51
3.7.3 Teknik Pengumpulan Data.....	54
3.8 Langkah-Langkah Penelitian	56
3.9 Pengolahan Data dan Analisa Data	57
3.10 Etika Penelitian	60
3.11 Lokasi dan Waktu Penelitian	62

BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	63
4.1.1 Karakteristik Klien Stroke.....	64
4.1.2 Pengetahuan Klien Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan.....	65
4.1.3 Pengetahuan Klien Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan	65
4.1.4 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan	66

4.2 Pembahasan	
4.2.1 Pengetahuan Klien Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan.....	67
4.2.2 Pengetahuan Klien Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan	69
4.2.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan	70
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	72

BAB V : PENUTUP

5.1 Kesimpulan	73
5.2 Saran	73

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Kerangka Konseptual	41
Bagan 3.1 Rancangan Penelitian	42

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Diet Stroke	23
Tabel 3.1 Definisi Operasional	48
Tabel 4.1 Karakteristik Klien Stroke	64
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan	65
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan	66
Tabel 4.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Stroke	66

DAFTAR SINGKATAN

	Halaman
Singkatan 1 <i>Transient ischemic attack</i>	9
Singkatan 2 <i>Reversible Ischemic Neurologic Deficit</i>	9
Singkatan 3 Perdarahan Intra Serebral.....	10
Singkatan 4 Perdarahan Subaraknoid	10

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Pengantar Studi Pendahuluan KESBANGPOL Kab. Bandung

Lampiran 2 Surat Pengantar Studi Pendahuluan RSUD Soreang Kab. Bandung

Lampiran 3 Surat Studi Pendahuluan RSUD Soreang Kab. Bandung

Lampiran 4 Surat Permohonan Uji Content

Lampiran 5 Hasil Uji Content

Lampiran 6 Surat Pengantar Uji Validitas & Reabilitas RSUD Sumedang

Lampiran 7 Surat Uji Validitas & Reabilitas RSUD Sumedang

Lampiran 8 Surat Pengantar Ijin Penelitian KESBANGPOL Kab. Bandung

Lampiran 9 Surat Ijin Penelitian KESBANGPOL Kab. Bandung

Lampiran 10 Surat Pengantar Ijin Penelitian RSUD Soreang Kab. Bandung

Lampiran 11 Surat Ijin Penelitian RSUD Soreang Kab. Bandung

Lampiran 12 SAP

Lampiran 13 Materi Pendidikan Kesehatan

Lampiran 14 Leaflet

Lampiran 15 Informed Consent dan Instrumen Penelitian

Lampiran 16 Kisi-Kisi Instrumen Penelitian

Lampiran 17 Distribusi Uji Validitas

Lampiran 18 Hasil Uji Validitas

Lampiran 19 Hasil Uji Reabilitas

Lampiran 20 Distribusi Penelitian

Lampiran 21 Karakteristik Klien Stroke

Lampiran 22 Uji Normalitas Data

Lampiran 23 Hasil Uji Paired Sample T-test

Lampiran 24 Lembar Persyaratan Sidang Akhir

Lampiran 25 Lembar Oponen

Lampiran 26 Dokumentasi

Lampiran 27 Lembar Bimbingan

Lampiran 28 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO dalam Nona (2013), sehat adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental dan sosial yang merupakan satu kesatuan, bukan hanya terbebas dari penyakit maupun cacat. Sejalan dengan definisi sehat menurut WHO, menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial sehingga memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang dapat dilihat dari perilaku atau gaya hidup. Semakin buruk perilaku seseorang, dapat semakin buruk pula derajat kesehatan nya. Salah satu contoh gaya hidup yang dapat memperburuk derajat kesehatan yaitu mengkonsumsi makanan tinggi kolestrol yang dapat menyebabkan terjadinya hipertensi, bahkan juga dapat menyebabkan penyakit komplikasi seperti stroke.

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara tepat dan cepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. (Muttaqin, 2008). Stroke dibagi menjadi 2 jenis yaitu stroke iskemi dan hemoragi. Stroke iskemi disebabkan oleh tersumbatnya aliran darah ke otak

baik sebagian atau seluruhnya, sedangkan stroke hemoragi disebabkan pecahnya pembuluh darah otak.

Stroke masih merupakan suatu perhatian mayoritas dalam kesehatan masyarakat. Stroke memiliki tingkat mortalitas yang tinggi sebagai penyakit terbanyak ketiga yang menyebabkan kematian di dunia setelah penyakit jantung dan kanker. Data *International Classification of Disease* yang diambil dari *National Vital Statistics Reports* Amerika Serikat untuk tahun 2015 menunjukkan rata-rata kematian akibat stroke adalah 41,4% dari 100.000 penderita. Stroke juga merupakan salah satu penyakit penyebab utama kematian di Indonesia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1% per 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Stroke telah jadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen, bahkan tingkat prevalensi beberapa penyakit tidak menular seperti stroke di Jawa Barat mendekati angka lebih tinggi dibandingkan prevalensi Penyakit Tidak Menular nasional (Kemenkes, 2013). Kabupaten Bandung menempati posisi ke-4 dengan angka kematian tertinggi di Jawa Barat setelah Bogor, Sukabumi dan Cianjur (Kemenkes, 2013). Data dari dinas kesehatan Kabupaten Bandung, kematian paling banyak terjadi diakibatkan oleh stroke Perdarahan Intracerebral yang mencapai 21,55%.

Hasil dari wawancara dengan beberapa petugas kesehatan dari rumah sakit RSUD Soreang didapatkan bahwa kejadian stroke yang berulang membuat derajat keparahan penderita stroke menjadi lebih buruk dari

sebelumnya. Kejadian stroke ulang diakibatkan kurang atau tidak sesuainya waktu untuk pemberian informasi yang dibutuhkan klien saat akan meninggalkan rumah sakit sehingga pengetahuan klien maupun keluarga menjadi terbatas.

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan dapat diperoleh melalui dua cara yaitu tradisional atau non-ilmiah dan cara modern atau ilmiah. (Notoatmodjo, 2012).

Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinannya tersebut. Menurut Notoatmodjo (2012) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu faktor internal yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan dan eksternal meliputi informasi, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman. Dalam hal ini, petugas kesehatan sangat berperan penting dalam pemberian informasi yang dibutuhkan klien, baik informasi yang dibutuhkan saat di Rumah Sakit maupun setelah perawatan dirumah. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan adalah dengan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah proses yang menyambungkan kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu

sehingga dapat membuat dirinya menjadi lebih sehat dan menghindari kebiasaan buruk dalam membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Dalam melakukan pendidikan kesehatan terdapat beberapa metode yang dibedakan menurut sasarannya yaitu seperti sasaran per-individu dapat dilakukan menggunakan metode bimbingan dan wawancara, untuk sasaran kelompok menggunakan metode ceramah, seminar, diskusi kelompok. Sedangkan untuk sarsaran dalam jumlah besar dapat dilakukan dengan cara ceramah umum, *talkshow*, maupun media *massa* (Notoatmodjo, 2010). Media yang digunakanpun berperan penting dalam keberhasilan pendidikan kesehatan. Beberapa media tersebut diantaranya seperti alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu stimulasi indra penglihatan, alat bantu dengar (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran dan alat bantu lihat dengar atau *audio-visual aids*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh “Elok Nuradita dan Mariyam” tahun 2015 dengan judul penelitian “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Tentang Bahaya Rokok Pada Remaja Di SMP Negeri 3 Kendal”. Didapatkan hasil bahwa penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang pengetahuan bahaya merokok pada remaja di SMP Negeri 3 Kendal.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 11 April 2018 di RSUD Soreang didapatkan data dari rekam medik bahwa penderita stroke yang menjalani perawatan pada tahun 2017 sebanyak 216 orang, kemudian

peneliti melakukan wawancara kepada perawat dan didapatkan hasil bahwa terdapat 3 ruangan tempat perawatan klien dengan stroke. Saat ini terdapat 5 klien yang dirawat dengan diagnosa stroke, 2 diantaranya merupakan stroke ulang, ruangan tersebut merupakan ruangan tempat perawatan klien stroke, yang sampai saat ini perawatnya masih digabung dengan penyakit lain.

Pada tanggal 24 April 2018 peneliti melakukan wawancara kepada perawat di 3 ruangan yang berbeda, yaitu ruangan Mawar, Flamboyan dan Kenanga. Didapatkan informasi bahwa ketiga ruangan tersebut memberikan pendidikan kesehatan dengan memberikan leaflet kepada klien dengan materi terkait kondisi klien. Kemudian peneliti melakukan wawancara terhadap 5 orang klien dan didapatkan hasil 3 dari 5 klien belum memahami isi dari leaflet yang diberikan.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Klien dengan Stroke di RSUD Soreang Kabupaten Bandung Tahun 2018”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan masalah pada penelitian ini yaitu apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan klien dengan stroke di RSUD Soreang Kabupaten Bandung Tahun 2018.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Klien Dengan Stroke Di RSUD Soreang Kabupaten Bandung Tahun 2018.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien dengan stroke sebelum diberikan pendidikan kesehatan.
- 2) Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien dengan stroke setelah diberikan pendidikan kesehatan.
- 3) Untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan klien dengan stroke.

1.4 Manfaat

1.4.1 Aspek Teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan dan menambah kajian ilmu, khususnya tentang pendidikan kesehatan.

1.4.2 Aspek Praktis

1) Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan menjadi pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan.

2) Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dijadikan tambahan informasi dan sebagai landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang pendidikan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficite neurologis) akibat terhamatnya aliran darah ke otak (Junaidi, 2011). Menurut Ginsberg (2009) stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal atau global yang terjadi secara cepat dan mendadak (dalam menit atau pun detik) yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Sroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus di tangani secara tepat dan cepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. (Muttaqin, 2008).

2.1.2 Klasifikasi

1) Iskemik

Stroke Iskemik Stroke Iskemik (non hemoragic) adalah penurunan aliran darah ke bagian otak yang disebabkan karena vasokonstriksi akibat penyumbatan pada pembuluh darah arteri sehingga suplai darah ke otak mengalami penurunan (Mardjono &

Sidharta, 2010). Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkaian perubahan dalam otak yang terserang, apabila tidak ditangani akan segera berakhir dengan kematian di bagian otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh trombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang paling sering menyerang seseorang sekitar 80% dari semua stroke (Junaidi, 2011). Berdasarkan Jauch dkk (2013) yaitu:

- (1) TIA¹ (*transient ischemic attack*) atau serangan stroke sementara: gejala defisit neurologis hanya berlangsung kurang dari 24 jam. TIA menyebabkan penurunan jangka pendek dalam aliran darah ke suatu bagian dari otak. TIA biasanya berlangsung selama 10-30 menit.
- (2) RIND² (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit*): gejala defisit neurologi yang akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi gejala akan menghilang tidak lebih dari 7 hari.
- (3) Stroke evaluasi (*Progressing Stroke*): kelainan atau defisit neurologi yang berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai yang berat sehingga makin lama makin berat.
- (4) Stroke komplit (*Completed Stroke*): kelainan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh karena adanya perdarahan suatu arteri serebralis yang menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi saraf. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk kedalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma (Junaidi, 2011). Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik di kelompokkan sebagai berikut:

(1) PIS³ (Perdarahan intraserebral)

Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan penurunan aliran darah otak dan berujung pada kematian sel sehingga mengakibatkan defisit neurologi (Smeltzer & Bare, 2009). Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia.

(Pizon & Asanti, 2010).

(2) PSA⁴ (Pendarahan subarakhnoid)

Pendarahan subarakhnoid merupakan masuknya darah ke ruang subarakhnoid baik dari tempat lain (pendarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subarakhnoid itu sendiri (pendarahan subarakhnoid) (Junaidi, 2011). Perdarahan subarakhnoidal (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi masuknya darah ke dalam ruangan subarakhnoid (Pizon & Asanti, 2010).

2.1.3 Patofisiologi

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai edem otak sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. Stroke itu sendiri disebabkan oleh adanya arterosklerosis (Junaidi, 2011). Arterosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Arterosklerosis juga dapat menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidakefektifan

perfusi jaringan otak (Amin & Hardhi, 2013). Arteriosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau trombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arteriosklerosis bagian trombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Wang, 2009).

2.1.4 Faktor Risiko Stroke

1) Faktor Risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Menurut Israr (2010) ada beberapa macam faktor resiko yang menyebabkan terjadinya stroke yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat dicegah terjadinya suatu penyakit dengan cara memberikan intervensi. Faktor risiko ini dipengaruhi oleh banyak hal terutama perilaku. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, stress, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, dan konsumsi alkohol. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat dirubah walaupun dilakukan intervensi karena termasuk karakteristik seseorang mulai dari awal kehidupannya. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia dan jenis kelamin.

(1) Usia

Stroke dapat terjadi pada semua orang dan pada semua usia, termasuk anak-anak. Kejadian penderita stroke iskemik biasanya berusia lanjut (60 tahun keatas) dan resiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ-organ dalam tubuh (Amin & Hardhi, 2013). Sedangkan menurut Pinzon dan Asanti (2009) stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 70% stroke terjadi pada usia di atas 65 tahun. Perubahan struktur pembuluh darah karena penuaan dapat menjadi salah satu faktor terjadi serangan stroke (Masood dkk, 2010). Riset Kesehatan Dasar Daerah Istimewa Yogyakarta (2014) mengemukakan berdasarkan diagnosa dokter dan tenaga kesehatan atau gejala pengelompokan stroke menurut usia, pada usia >15- 24 tahun sebanyak 1,7%. Usia 25-34 tahun sebanyak 3,3% sedangkan, usia 35-44 tahun sebanyak 8,1% pada usia seseorang 45-54 tahun sebanyak 16,4%. Usia sekitar 55-64 tahun sebanyak 37,4%, untuk usia 65-74 tahun sebanyak 59,5% sedangkan pada usia >75 tahun sebanyak 70,3%. Menurut Potter dan Perry (2009) berdasarkan klasifikasi usia bahwa pada usia 20-40 tahun memasuki usia dewasa awal, pada usia 41-60 tahun memasuki usia dewasa tengah dan ketika pada usia >60 tahun memasuki kategori usia lanjut.

(2) Jenis Kelamin

Pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke pada usia dewasa awal dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 2:1. Insiden stroke lebih tinggi terjadi pada lakilaki daripada perempuan dengan rata-rata 25%-30%. Walaupun para pria lebih rawan daripada wanita pada usia yang lebih muda, tetapi para wanita akan menyusul setelah usia mereka mencapai menopause. Hal ini, hormon merupakan yang berperan dapat melindungi wanita sampai mereka melewati masa-masa melahirkan anak (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012). Usia dewasa awal (18-40 Tahun) perempuan memiliki peluang yang sama juga dengan laki-laki untuk terserang stroke. Hal ini membuktikan bahwa resiko laki-laki dan perempuan untuk terserang stroke pada usia dewasa awal adalah sama. Pria memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intra sereberal lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita. Namun, wanita memiliki resiko perdarahan subaraknoid sekitar 50%. Sehingga baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk terkena stroke pada usia dewasa awal 18-40 Tahun (Handayani, 2013).

2) Faktor Risiko yang dapat dimodifikasi

(1) Stres

Pengaruh stres yang dapat ditimbulkan oleh faktor stres pada proses aterosklerosis melalui peningkatan pengeluaran hormon

seperti hormon kortisol, epinefrin, adrenaline dan ketokolamin. Dikeluarkannya hormon kortisol, hormon adrenaline atau hormon kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Sehingga bila terlalu sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya plak. Jika sudah terbentuk plak akan menghambat atau berhentinya peredaran darah ke bagian otak sehingga menyebabkan suplai darah atau oksigen tidak adekuat (Junaidi, 2011).

(2) Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di atas normal dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan distolik diatas 90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak, sedangkan penyempitan pembuluh darah dapat mengurangi suplai darah otak dan menyebabkan kematian sel-sel otak. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses arteriosklerosis, melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pada pembuluh darah semakin cepat (Junaidi, 2011). Menurut Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012) mengemukakan hipertensi sering disebut sebagai penyebab utama

terjadinya stroke. Hal ini disebabkan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Hipertensi menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah karena adanya tekanan darah yang melebihi batas normal dan pelepasan kolagen. Endotel yang terkelupas menyebabkan membran basal bermuatan positif menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Selain itu, terdapat pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah yang stabil dan bila pembuluh darah tidak kuat lagi menahan tekanan darah yang tinggi akan berakibat fatal pecahnya pembuluh darah pada otak maka terjadilah stroke.

(3) Diabetes melitus

Diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar atau pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkannya pembentukan trombusis dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri (Wang, 2009). Diabetes melitus juga dapat menimbulkan perubahan pada sistem vaskular

(pembuluh darah dan jantung), diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis yang lebih berat, lebih tersebar sehingga risiko penderita stroke meninggal lebih besar. Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena riwayat diabetes melitus diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah dengan pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengonsumsi makanan yang manis dan makanan siap saji yang tidak diimbangi dengan berolahraga teratur atau cenderung malas bergerak (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

(4) Hiperkolestreolemia

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani, kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012). Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol semakin

besar kolestrol tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Hiperkolestrol akan meningkatkannya LDL (lemak jahat) yang akan mengakibatkan terbentuknya arterosklerosis yang kemudian diikuti dengan penurunan elastisitas pembuluh darah yang akan menghambat aliran darah (Junaidi, 2011).

(5) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya lesi aterosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstermitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah (Priyanto, 2009). Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis (Pizon & Asanti,

2010). Arteriosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi viskositas (kekentalan). Sehingga dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit. Merokok meningkatkan juga oksidasi lemak yang berperan pada perkembangan arteriosklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

(6) Alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk stroke iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan stroke hemoragik. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor resiko untuk terjadinya perdarahan subarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengkonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi (Priyanto, 2009).

2.1.5 Komplikasi

Menurut Junaidi (2011) komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke yaitu:

- 1) Dekubitus merupakan tidur yang terlalu lama karena kelumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat

berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.

- 2) Bekuan darah merupakan bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.
- 3) Kekuatan otot melemah merupakan terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan drop foot. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
- 4) Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
- 5) Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke s dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
- 6) Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab adalah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
- 7) Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (shoulder hand syndrome) terjadi pada 27% pasien stroke.

Stroke tidak hanya menyerang orang yang sakit saja tetapi juga dapat menyerang orang secara fisik yang sehat juga. Stroke datangnya secara tiba-

tiba dalam waktu sejenak, beberapa menit, jam atau setengah hari. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya stress yang tinggi (Smeltzer, Bare, 2009 & Junaidi, 2011). Stres dan depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering dikaitkan dengan stroke dan mengalami kehilangan kontrol pada diri sendiri, mengalami gangguan daya pikir, penurunan memori dan penampilan sangat turun sehingga menyebabkan timbul rasa sedih, marah dan tak berdaya terhadap hidupnya (Giaquinto, 2010). Menurut ESO *executive committe and ESO writing committe* (2009) dan Stroke National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transite ischemic attack (2014), daerah- daerah (domain) neurologis yang mengalami gangguan akibat stroke dapat dikelompokkan yaitu:

- 1) Motor: gangguan motorik adalah yang paling prevalen dari semua kelainan yang disebabkan oleh stroke dan pada umumnya meliputi muka, lengan, dan kaki maupun dalam bentuk gabungan atau seluruh tubuh. Biasanya manifestasi stroke seperti hemiplegia, hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh), hilang atau menurunnya refleks tendon. Hemiparesis adalah kekuatan otot yang berkurang pada sebagian tubuh dimana lengan dan tungkai sisi lumpuh sama beratnya ataupun dimana lengan sisi lebih lumpuh dari tungkai atau sebaliknya sedangkan hemiplegia adalah kekuatan otot yang hilang.
- 2) Sensori: defisit sensorik berkisar antara kehilangan sensasi primer sampai kehilangan persepsi yang sifatnya lebih kompleks. Penderita

mungkin menyatakannya sebagai perasaan kesemutan, rasa baal, atau gangguan sensitivitas.

- 3) Penglihatan: stroke dapat menyebabkan hilangnya visus secara monokuler, hemianopsia homonim, atau kebutaan kortikal.
- 4) Bicara dan bahasa: disfasia mungkin tampak sebagai gangguan komprehensi, lupa akan nama-nama, adanya repetisi, dan gangguan membaca dan menulis. Kira-kira 30% penderita stroke menunjukkan gangguan bicara. Kelainan bicara dan bahasa dapat mengganggu kemampuan penderita untuk kembali ke kehidupan mandiri seperti sebelum sakit.
- 5) Kognitif: kelainan ini berupa adanya gangguan memori, atensi, orientasi, dan hilangnya kemampuan menghitung. Sekitar 15-25% penderita stroke menunjukkan gangguan kognitif yang nyata setelah mengalami serangan akut iskemik.
- 6) Afek: gangguan afeksi berupa depresi adalah yang paling sering menyertai stroke. Depresi cenderung terjadi beberapa bulan setelah serangan dan jarang pada saat akut.

2.1.6 Diet pada stroke

Menurut Sunita Almatsier (2009) tujuan umum penatalaksanaan diet pada stroke adalah:

- 1) Memberikan makanan secukupnya untuk memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit.

- 2) Memperbaiki keadaan stroke, seperti disfagia, pneumonia, kelainan ginjal dan dekubitus.
- 3) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Bahan makanan yang diperbolehkan dan yang tidak diperbolehkan menurut Sunita Almatsier (2009)

Tabel 2.1: Diet stroke

Bahan Makanan	Dianjurkan	Tidak Dianjurkan
Karbohidrat	Beras, kentang, ubi, singkong, terigu, tapioka, sagu, gula, madu serta produk olahan yang dibuat tanpa garam dapur atau baking soda/powder.	Produk olahan yang dibuat dengan garam dapur atau baking soda/powder, kue yang terlalu manis atau gurih.
Sumber protein nabati	Kacang-kacangan dan produk olahan yang dibuat dengan garam dapur dalam jumlah terbatas.	Kacang-kacangan yang diawetkan menggunakan garam atau digoreng.
Sumber protein hewani	Daging sapi atau ayam yang tidak berlemak, ikan, telur ayam, susu skim.	Daging yang berlemak, jeroan, otak, hati, ikan banyak duri, keju, es krim dan produk olahan protein hewani yang diawetkan seperti daging asap, ham, dendeng, kornet.
Sayuran	Sayuran berserat sedang dimasak, seperti bayam, kangkung, kacang panjang, labu, tomat, toge dan wortel.	Sayuran yang menimbulkan gas seperti sawi, kol, kembang kol dan lobak. Sayuran yang berserat tinggi seperti daun singkong dan katuk, pare, sayuran mentah.
Buah	Buah segar, dibuat jus atau disetup. Seperti pisang, pepaya, jeruk, mangga, nanas, jambu biji (tanpa bahan pengawet).	Buah yang menimbulkan gas seperti nangka, durian. Buah yang diawetkan dengan natrium seperti asinan.
Lemak	Minyak jagung dan kedelai. Margarin dan mentega tanpa garam yang digunakan untuk menumis, santan encer.	Minyak kelapa atau kelapa sawit. Margarin atau mentega biasa, santan kental, krim, produk gorengan.
Minuman	Teh, kopi, coklat dalam jumlah terbatas dan encer.	Cokelat, kopi dan teh kental.
Bumbu-bumbu	Bumbu yang tidak tajam, seperti garam (terbatas), gula, bawang, jahe, asem.	Bumbu yang tajam, seperti cabe, merica, dan cuka. Bumbu yang mengandung pengawet seperti kecap, terasi, petis, vetsin.

Sumber: Sunita Almatsier (2009)

2.1.7 Kontrol Rutin dalam proses Rehabilitasi

Hal yang paling penting bagi seorang klien adalah bukan kesanggupannya minum obat terus menerus tetapi justru ketaatan kontrol untuk pemantauan penyakit yang diderita. Bisa membeli obat sendiri tanpa pengawasan sungguh berbahaya bagi kesehatan ginjal, jantung dan hati. Penggunaan obat yang tidak rasional secara terus menerus berpotensi merusak organ - organ tubuh yang seharusnya tidak perlu mendapat komplikasi obat. Kesimpulannya, bahwa kontrol sangat penting untuk setiap pengobatan pasien, dan tujuan kontrol antara lain untuk menentukan :

- 1) Kapan waktu menurunkan dan menaikkan dosis, memberi jeda konsumsi obat, mengganti jenis obat, memantau efek dan daya kerja terapi yang diberikan, dan menghentikan pengobatan.
- 2) Menentukan apakah pengobatan masih efektif dilanjutkan atau harus dihentikan dan perlu tindakan operasi dan tindakan medis lainnya.
- 3) Mengajukan rencana konsultasi ke spesialis terkait
- 4) Melakukan pemantau keberhasilan terapi dengan pemeriksaan diagnostik misalkan laboratorium darah maupun rontgen, USG dan sebagainya.

Oleh karena itu kontrol rutin sangat penting sekali dalam proses rehabilitasi klien stroke agar dapat mempercepat proses penyembuhan.

2.1.8 Aktifitas yang dianjurkan bagi klien stroke.

- 1) Mengatur posisi. Hal ini bertujuan untuk memastikan keadaan tubuh ada diposisi yang benar. Klien disarankan mengubah posisi agar tulang sendi dan ototnya tidak menjadi kaku.
- 2) Penguatan dan pengawasan otot. Ini dilakukan dengan cara melakukan berbagai gerakan kecil biasanya dipandu oleh ahli. Seiring bertambah kuatnya otot gerakan akan bertambag sulit.
- 3) Beraktifitas lebih aktif seperti duduk, berdiri, berjalan, dan makan.
- 4) Melakukan aktifitas keseimbangan.
- 5) Melakukan terapi menelan.
- 6) Berolahraga sesuai kemampuan. Olahraga yang dapat dilakukan oleh klien stroke diantaranya seperti, berjalan kaki, menggerakkan tangan, senam dan yoga.

2.2 Pendidikan Kesehatan

2.2.1 Definisi

Pendidikan kesehatan adalah proses yang menyambungkan kesenjangan antara informasi kesehatan dan praktek kesehatan, yang memotivasi seseorang untuk memperoleh informasi dan berbuat sesuatu sehingga dapat membuat dirinya menjadi lebih sehat dan menghindari kebiasaan buruk dalam membentuk kebiasaan yang menguntungkan kesehatan (Notoatmodjo, 2010)

Menurut Craven dan Himie (1996 dalam Mubarak 2009) pendidikan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui teknik praktek belajar atau intruksi dengan tujuan untuk meningkatkan fakta/kondisi nyata, dengan cara memberi dorongan terhadap pengarahannya diri, dan aktif memberikan informasi-informasi.

2.2.2 Faktor Keberhasilan dalam Pendidikan Kesehatan

Faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap sasaran dalam keberhasilan pendidikan kesehatan menurut Wawan (2010), adalah:

1) **Tingkat Pendidikan**

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya, maka semakin tinggi pendidikan akan semakin mudah dalam menerima informasi.

2) **Tingkat Sosial Ekonomi**

Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang semakin tinggi pula dalam upaya menerima informasi.

3) **Adat Istiadat**

Pengaruh dari adat istiadat dalam memperoleh informasi baru merupakan hal yang tidak dapat diabaikan, karena masyarakat kita masih sangat menghargai adat istiadat.

4) Kepercayaan Masyarakat

Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang yang mereka kenal karena sudah timbul kepercayaan pada penyampai informasi.

5) Media dalam Penyuluhan

Harus di sesuaikan dengan tujuan pendidikan yang dilakukan.

6) Ketersediaan waktu

Waktu dalam penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas untuk menjamin terlaksananya pendidikan kesehatan.

2.2.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2010) metode pendidikan kesehatan dibedakan menjadi 2 jenis, yaitu:

1) Individu

(1) Bimbingan

Berisi penyampaian informasi yang berkenaan dengan masalah pendidikan, pekerjaan, pribadi dan masalah sosial yang disajikan dalam bentuk pelajaran. Informasi dalam bimbingan adalah memperbaiki dan mengembangkan pemahaman diri dan orang lain, sedangkan perubahan sikap merupakan tujuan tidak langsung.

(2) Wawancara

Cara ini merupakan bagian dari bimbingan dan konseling. Wawancara petugas dengan klien dilakukan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, apakah terkait atau tidak terhadap perubahan dan untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau belum adopsi memiliki dasar pengertian kesadaran yang kuat.

2) Kelompok

(1) Ceramah

Ceramah adalah suatu cara dalam menerangkan dan menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan pada sekelompok sasaran disertai tanya jawab sehingga memperoleh informasi kesehatan.

(2) Seminar

Seminar adalah penyajian (persentasi) dari suatu atau beberapa ahli tentang suatu objek yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat. Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas.

(3) Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok adalah percakapan yang direncanakan atau dipersiapkan diantara 5-15 orang tentang topik tertentu dan dipimpin oleh pemimpin diskusi.

(4) **Curah Pendapat**

Curah pendapat adalah sejenis pemecahan masalah ketika setiap anggota mengusulkan dengan cepat semua kemungkinan pemecahan yang dipikirkan. Kritik evaluasi atas semua pendapat tadi dilakukan setelah semua anggota kelompok mencurahkan pendapatnya. Metode ini tidak cocok untuk membangkitkan pikiran yang kreatif, merangsang partisipasi, mencari kemungkinan pemecahan masalah melalui metode lainnya, mencari pendapat-pendapat baru dan menciptakan suasana yang menyenangkan dalam kelompok.

(5) *Snowball*

Metode ini dilakukan dengan membagi sasaran berpasangan (satu pasang dua orang). Setelah pasangan terbentuk, dilontarkan satu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit setiap dua pasang bergabung menjadi satu. Mereka mendiskusikan masalah yang sama dan mencari kesimpulannya. Selanjutnya, setiap dua pasang yang sudah beranggotakan empat orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya, demikian seterusnya, akhirnya terjadi diskusi seluruh kelas.

(6) *Buzz Group*

Metode ini dilakukan dengan membagi kelompok sasaran yang lebih besar menjadi kelompok-kelompok kecil yang kemungkinan membahas suatu tugas tertentu tiap-tiap kelompok kecil setelah

melakukan suatu tugas melaporkan hasilnya kepada kelompok besar.

(7) Simulasi

Simulasi adalah suatu cara peniruan karakteristik-karakteristik atau perilaku-prilaku tertentu dari dunia nyata sehingga para peserta latihan dapat bereaksi seperti pada keadaan sebenarnya. Dengan demikian, jika peserta latihan kembali ke tempat karakternya telah biasa melakukan pekerjaan yang telah disimulasikan. Metode ini merupakan gambaran antara bermain peran dan diskusi kelompok.

3) Metode Massa

- (1) Ceramah umum, metode ini dilakukan dengan memberikan pidato dihadapan massa dengan sasaran yang sangat besar, misalnya pejabat berpidato dihadapan rakyat.
- (2) Berbincang-bincang (*talkshow*) tentang kesehatan melalui media elektronik, seperti TV maupun radio pada hakekatnya merupakan bentuk pendidikan massa.
- (3) Tulisan dimajalah atau koran baik dalam artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan dan penyakit juga merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan.
- (4) *Billboard* yang dipasang dipinggir jalan, spanduk, poster dan sejenisnya juga merupakan bentuk pendidikan kesehatan massa.

2.2.4 Media Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Pada dasarnya hanya ada tiga macam alat bantu (peraga), media dalam pendidikan kesehatan, yaitu:

- 1) Alat bantu lihat (*visual aids*) yang berguna dalam membantu stimulasi indra penglihatan pada waktu terjadinya proses penerimaan pesan. Alat ini dibagi menjadi dua bentuk, yaitu:
 - (1) Alat yang diproyeksikan misalnya, slide, film, film strip dan sebagainya.
 - (2) Alat yang tidak diproyeksikan, yaitu bentuk dua dimensi (gambar peta, bagan), dan tiga dimensi (bola dunia, boneka).
- 2) Alat bantu dengan (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengaran pada saat proses penyampaian bahan pendidikan atau pengajaran. Misalnya piringan hitam, radio, pita suara.
- 3) Alat bantu lihat dengar, seperti televisi, *video cassette*, DVD. Alat bantu ini dikenai dengan istilah *audio-visual aids*.

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi

Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni

indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

2.3.2 Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain Kognitif

Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1) Tahu (*Know*)/C1

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang telah dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “Tahu” ini merupakan tingkatan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang “Tahu” tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)/C2

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

3) Aplikasi (*application*)/C3

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi atau situasi sebenarnya (real). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip pemecahan masalah (*problem solving cycle*) di dalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

4) Analisis (*analysis*)/C4

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi, dan masih kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)/C5

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, menyusun, merencanakan, meringkaskan, menyesuaikan

dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)/C6

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

2.3.3 Cara Memperoleh Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua (Notoatmodjo, 2012), yakni: tradisional atau non-ilmiah dan cara modern atau ilmiah.

1) Cara Memperoleh Kebenaran Non-Ilmiah

Cara kuno atau tradisional ini digunakan seseorang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis dengan cara non-ilmiah tanpa melalui penelitian. Cara-cara penemuan pengetahuan ini antara lain:

(1) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah digunakan sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam

memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Metode ini masih digunakan sampai sekarang terutama oleh mereka yang belum tahu atau tidak mengetahui suatu cara tertentu dalam memecahkan masalah yang dihadapi.

(2) Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

(3) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Prinsip ini adalah orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dulu menguji atau membuktikan kebenarannya. Baik berdasarkan fakta empiris atau berdasarkan penalaran sendiri.

(4) Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, maksudnya ialah bahwa pengalaman itu sumber pengetahuan dan pengalaman, itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

(5) Cara Akal Sehat (*common sense*)

Akal sehat atau *common sense* kadang-kadang dapat menemukan teori atau kebenaran.

(6) Kebenaran Melalui Wahyu

Ajaran dan agama adalah suatu kebenaran yang diwahyukan dari Tuhan melalui para Nabi. Kebenaran ini harus diterima dan

diyakini oleh pengikut-pengikut agama yang bersangkutan, terlepas dari apakah kebenaran tersebut rasional atau tidak. Sebab kebenaran ini diterima oleh para Nabi adalah sebagai wahyu dan bukan karena hasil penalaran atau penyelidikan manusia.

(7) Kebenaran Secara Intuitif

Kebenaran intuitif diperoleh manusia secara cepat sekali melalui proses diluar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir. Kebenaran yang diperoleh melalui intuitif sukar dipercaya karena kebenaran ini tidak menggunakan cara-cara yang rasional dan sistematis. Kebenaran ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati saja.

(8) Melalui Jalan Pikiran

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Apabila proses pembuatan kesimpulan melalui pernyataan-pernyataan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan-pernyataan umum kepada yang khusus.

2) Cara Ilmiah

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian (*research methodology*).

2.3.4. Metode Dalam Meningkatkan Pengetahuan

Wawan 2010 menyatakan ada 3 metode yang dapat digunakan dalam untuk meningkatkan pengetahuan yaitu:

1) Metode komunikasi kesehatan

Komunikasi kesehatan adalah aktifitas yang dimaksud untuk menyampaikan pesan kunci kepada audiens, melalui lingkungan dan saluran yang dipilih. Kekurangan metode komunikasi kesehatan meliputi masukan audiens yang terbatas dan kurangnya umpan balik dari audiens.

2) Konseling

Konseling adalah interaksi yang terjadi antara 2 orang, satu orang disebut dengan konselor dan satu orang lagi disebut sebagai klien. Kekurangan dari metode ini adalah latar belakang pendidikan dan kualifikasi sesuai keprofesionalnya.

3) Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh menguntungkan terhadap kebiasaan, sikap, pengetahuan, terkait dengan kesehatan individu, masyarakat dan negara.

2.3.5. Jenis-jenis pengetahuan

Pengetahuan merupakan bagian dari perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan diantaranya sebagai berikut (Budiman, 2013):

1) Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif dan prinsip. Pengetahuan seseorang biasanya sulit untuk di transfer ke orang lain baik secara tertulis maupun lisan. Pengetahuan implisit seringkali menjadi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari.

2) Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.

2.3.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinannya tersebut. Menurut Notoatmodjo (2012) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

1) Faktor Internal

(1) Umur

Semakin tua umur seseorang maka proses perkembangan mentalnya bertambah baik. Akan tetapi, pada usia tertentu bertambahnya proses perkembangan mental ini tidak secepat ketika berusia belasan tahun. Dari uraian diatas, peneliti dapat

menyimpulkan bahwa dengan bertambahnya usia seseorang makin bertambah pula pengetahuan yang diperolehnya. Akan tetapi, saat menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang.

(2) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Jadi, pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

(3) Pekerjaan

Dengan terbukanya kesempatan bekerja dan tuntutan untuk bekerja membantu ekonomi keluarga maka pengetahuan yang dimilikipun dapat bertambah.

2) Faktor Eksternal

(1) Informasi

Informasi akan memberikan pengaruh terhadap pengetahuan seseorang meskipun orang tersebut mempunyai pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media seperti TV, radio, surat kabar. Hal ini akan meningkatkan pengetahuan seseorang.

(2) Lingkungan

Lingkungan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang memberikan pengaruh sosial terutama bagi seseorang dimana ia dapat mempelajari hal-hal yang baik dan hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya.

(3) Sosial Budaya

Sosial budaya merupakan salah satu yang mempunyai pengaruh terhadap pengetahuan seseorang. Seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungan dengan orang lain, karena hubungan iniia mengalami proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan.

(4) Pengalaman

Pengalaman adalah sumber pengetahuan, suatu cara untuk kebenaran pengetahuan. Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang telah diperoleh dengan memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu.

2.3.7 Tingkat pengetahuan

Menurut Arikunto (2010), tingkat pengetahuan dibagi menjadi 3, yaitu:

1) Tingkat pengetahuan baik

Tingkat pengetahuan baik adalah tingkat pengetahuan dimana seseorang mampu mengetahui, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi. Tingkat pengetahuan baik jika seseorang mempunyai $\geq 76-100\%$ pengetahuan.

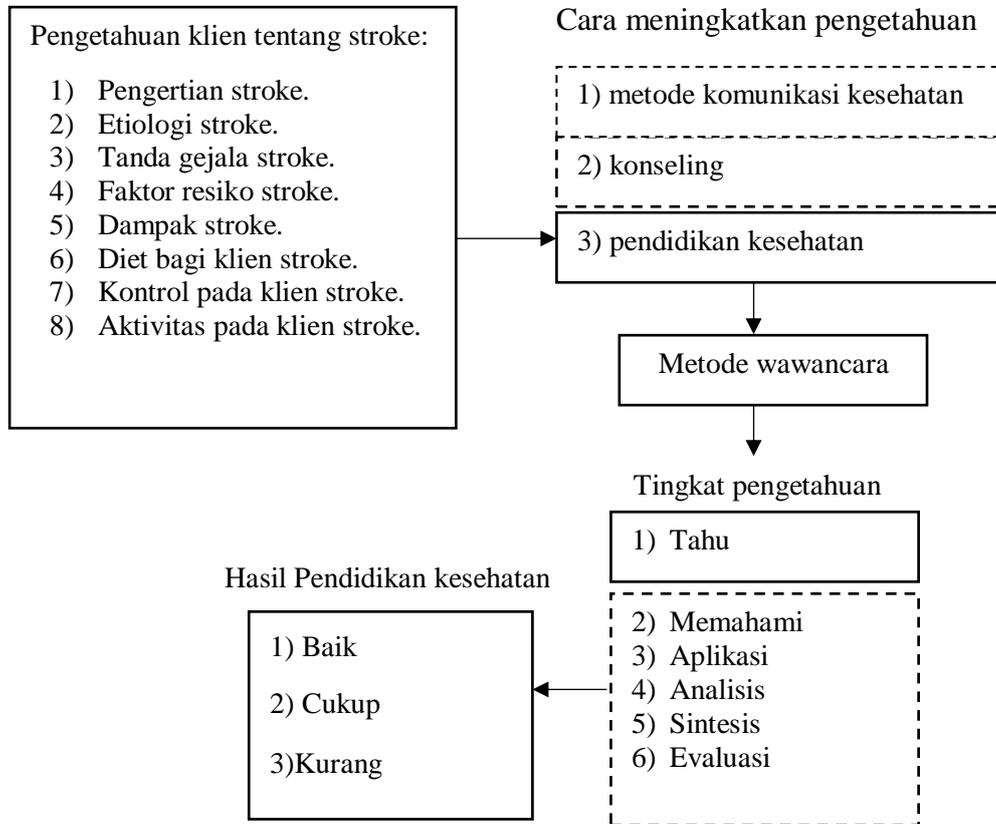
2) Tingkat pengetahuan cukup

Tingkat pengetahuan cukup adalah tingkat pengetahuan dimana seseorang mengetahui, memahami tetapi kurang mengaplikasi, menganalisa, mensintesis dan mengevaluasi. Tingkat pengetahuan dikatakan cukup apabila seseorang mempunyai 56-75% pengetahuan.

3) Tingkat pengetahuan kurang

Tingkat pengetahuan kurang adalah tingkat pengetahuan dimana seseorang kurang mampu dalam mengetahui, memahami, mengaplikasi, menganalisis, mensintesis dan mengevaluasi. Tingkat pengetahuan dikatakan kurang apabila seseorang mempunyai <56% pengetahuan.

Bagan 2.1: Kerangka Konseptual



Keterangan:



= Subyek yang diteliti



= Subyek yang tidak diteliti

Sumber: Kerangka Konsep ini berdasarkan modifikasi dari Notoatmodjo 2012, Arikunto 2010, Proverawati & Misaroh 2009, Wawan 2010)