

**NASKAH PUBLIKASI**

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG STROKE  
DENGAN PERAWATAN ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA  
STROKE DI DESA SENDANG MULYO MINGGIR SLEMAN  
YOGYAKARTA TAHUN 2022**

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana  
Keperawatan



Disusun :

Martince Sedik

KP. 17.01.194

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (S1) DAN NERS**

**STIKES WIRA HUSADA YOGYAKARTA**

**2022**



## NASKAH PUBLIKASI

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG STROKE  
DENGAN PERAWATAN ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA STROKE  
DI DESA SENDANG MULYO MINGGIR SLEMAN YOGYAKARTA

**Disusun Oleh:**

Martince Sedik

KP.17.01.194

**Telah Diseminarkan di depan Dewan Penguji  
Pada tanggal**

**Susunan Dewan Penguji**

**Penguji I**

Patria Asda, S.Kep.,Ns.,M.P.H

**Penguji II**

Drs. Sunaryo, M.Pd

**Penguji III**

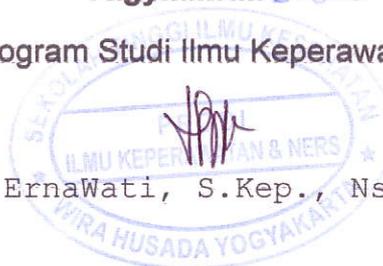
Antok NurWidi Antara, S.,Kep.,Ns.,M.Kep

**Naskah Publikasi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
untuk memperoleh gelar sarjana Keperawatan**

**Yogyakarta. 23.02.2022**

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners**

**Yuli ErnaWati, S.Kep.,Ns., M.Kep**





## PERNYATAAN

**Nama :** Martince Sedik

**Judul :** Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke Dengan Perawatan Anggota Keluarga Yang Menderita Stroke Di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta.

**Dengan ini saya setuju naskah ringkasan penelitian yang telah disusun dipublikasikan dengan/tanpa mencantumkan nama pembimbing sebagai *co-author*.**

**Demikian harap maklum.**

**Yogyakarta,**

**Pembimbing Utama,**

**Patria Asda, S.Kep.,Ns.,M.P.H**

**Pembimbing Pendamping,**

**Drs.Sunaryo, M.Pd**



## **Abstrak**

# **HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG STROKE DENGAN PERAWATAN ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA STROKE DI DESA SENDANG MULYO MINGGIR SLEMAN YOGYAKARTA**

**Martince Sedik<sup>1</sup>, Patria Asda<sup>2</sup>, Drs. Sunaryo<sup>3</sup>**

## **Intisari**

**Latar belakang** : Stroke adalah suatu penyakit cerebrovascular dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardhani & Santi, 2015). Stroke terjadi karena terganggunya suplai darah ke otak yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau karena tersumbatnya pembuluh darah.

Data statistik stroke dunia menyatakan sekitar 15 juta orang di dunia mengalami stroke tiap tahunnya dan 1 dari 6 orang diseluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidup mereka (Stroke Association, 2013). Kejadian stroke di dunia pada tahun 2010 menurut American Heart Association (AHA) (2015) yaitu sebanyak 33 juta, dengan 16,9 juta orang yang terkena serangan stroke pertama.

**Tujuan penelitian** : mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di 11 padukuhan yang berada di desa sendang mulyo minggir sleman Yogyakarta.

**Metode penelitian :** Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *Cross-section. Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah kepada setiap keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo yang berjumlah 47 orang. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh anggota keluarga yang merawat penderita pasca stroke di Kelurahan Sendang Mulyo yang berjumlah 47 orang.

**Hasil :** Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai p pada uji *spearman rank* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ) sehingga ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dan tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke.

**Kesimpulan :** Ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta.

**Kata kunci :** pengetahuan, Perawatan, Stroke

---

Mahasiswa Prodi Keperawatan (S1) STIKES Wira Husada Yogyakarta  
Dosen Prodi Keperawatan (S1) dan Ners STIKES Wira Husada  
Yogyakarta  
Dosen Kesehatan Masyarakat STIKES Wira Husada Yogyakarta

## PEDAHULUAN

Stroke adalah suatu penyakit cerebrovascular dimana terjadinya gangguan fungsi otak yang berhubungan dengan penyakit pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak (Wardhani & Santi, 2015). Stroke terjadi karena terganggunya suplai darah ke otak yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah atau karena tersumbatnya pembuluh darah.

Data statistik stroke dunia menyatakan sekitar 15 juta orang di dunia mengalami stroke tiap tahunnya dan 1 dari 6 orang diseluruh dunia akan mengalami stroke dalam hidup mereka (Stroke Association, 2013). Kejadian stroke di dunia pada tahun 2010 menurut American Heart Association (AHA) (2015) yaitu sebanyak 33 juta, dengan 16,9 juta orang yang terkena serangan stroke pertama.

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (riskesdas) tahun 2018. Kejadian stroke merupakan penyebab kejadian utama kematian. Dengan prevalensi 12,1% pada tahun 2013 dan 14,7% pada tahun 2018. Kejadian stroke tertinggi di Jawa Tengah di tempati daerah istimewa Yogyakarta (DIY) dengan hasil prevalensi 14,7% sementara di daerah lain di tempati oleh Kalimantan dengan hasil prevalensi sama yaitu 14,7% (Riskesdas,2018).

Stroke menjadi penyebab utama kecacatan pada orang dewasa. Kecacatan menetap terjadi karena penderita tidak diberi rehabilitasi dengan

baik, kecacatan terjadi mungkin disebabkan keluarga sering kali memanjakan penderita dengan membantu penderita secara berlebihan dan membiarkan penderita terbaring pasif menunggu kondisinya menjadi lebih baik (Sundah, dkk., 2014). Stroke survivors (pasien pasca stroke) yang mengalami kecacatan perlu untuk dilakukan rehabilitasi segera dan tujuan rehabilitasi tersebut yaitu untuk membantu pasien pasca stroke menjadi mandiri lagi dan dapat memperoleh kualitas hidup yang baik.

Rehabilitasi harus segera dimulai ketika seluruh kondisi pasien stroke sudah stabil, yaitu terkadang 24 hingga 48 jam setelah stroke (National Institutes of Health, 2014).

Proses rehabilitasi pada pasien stroke membutuhkan waktu yang lama. Lamanya proses terapi atau waktu dalam penyembuhan pada pasien stroke bisa menyebabkan munculnya rasa keputusasaan. Rasa putus asa ini bisa muncul karena disabilitas atau kecacatan yang dialami oleh pasien akibat dari stroke yang dialaminya. Kondisi ini dapat berlanjut pada terjadinya gangguan emosional maupun perilaku untuk mengakhiri hidup.

Pengalaman keputusasaan pasien stroke antara lain berupa adanya perubahan fisik sebagai akibat respon keputusasaan, terjadi respon kehilangan sebagai stresor keputusasaan, disfungsi proses keluarga, serta kehilangan makna hidup yang bahkan bisa menambah keinginan untuk mengakhiri hidup (Sawab, dkk., 2015).

Rasa putus asa karena disabilitas yang dialami pasien stroke akan menyebabkan mereka tidak dapat menjalani aktivitasnya sehari-hari secara optimal sehingga membuat mereka mengalami ketergantungan terhadap orang lain terutama pada keluarga.

Ketergantungan yang terjadi yaitu dalam hal membutuhkan bantuan perawatan secara terus-menerus dan juga untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien stroke (Sari, 2014). Pasien stroke memiliki kebutuhan yang perlu untuk dipenuhi yaitu kebutuhan yang bersifat fisik dan non fisik. Kebutuhan aspek fisik pasien stroke meliputi pemenuhan kebutuhan dari pengaturan nutrisi, bantuan eliminasi, pergerakan tubuh, dan perawatan diri. Kebutuhan aspek non fisik dari pasien stroke yaitu terdiri dari kebutuhan emosional, spiritual, dan lingkungan (Agustina, dkk., 2009). Pemenuhan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan pada pasien stroke, peran orang terdekat atau dukungan dari keluarga sangatlah dibutuhkan agar terpenuhinya semua kebutuhan pasien stroke. Dukungan keluarga yang kurang akan cenderung menyebabkan kualitas hidup pasien stroke menjadi kurang pula (Sunniati, 2014). Hayulita dan Desti (2014) juga menyatakan bahwa pada pasien pasca stroke yang memiliki dukungan keluarga yang tidak baik memiliki presentase tingkat depresi yang tinggi (79,4%).

Kurangnya dukungan keluarga pada pasien stroke akan membuat kualitas hidup pasien stroke menjadi rendah dan juga dapat mengakibatkan pasien stroke menjadi depresi. Dukungan keluarga sendiri

merupakan segala bentuk perilaku dan sikap positif yang diberikan keluarga kepada salah satu anggota yang sakit (Tumenggung, 2013).

Bentuk dukungan keluarga yang bisa diberikan keluarga yaitu terdiri dari dukungan informatif, dukungan penilaian atau penghargaan, dukungan emosional, dan dukungan instrumental atau tambahan .

Tingginya prevalensi tingkat penderita stroke di Indonesia serta proses penyembuhan yang membutuhkan jangka waktu yang cukup lama, membuat penderita stroke bergantung pada orang-orang disekitarnya dan dalam hal ini keluarga ataupun orang terdekat sangat dibutuhkan penderita stroke untuk membantu proses penyembuhannya salah satunya adalah dalam hal perawatan. Namun, tidak semua anggota keluarga ataupun orang yang merawat penderita paska stroke memiliki pengetahuan yang baik dan informasi yang cukup mengenai stroke juga bagaimana merawat penderita paska stroke dirumah, sedangkan perilaku yang didasari pengetahuan akan bertahan lebih lama dibandingkan yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman periode s.d Desember 2019 didapatkan data dari beberapa puskesmas di wilayah kabupaten sleman dengan jumlah penderita stroke.

## METODE PENELITIAN

### A. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian *deskriptif* analitik. Rancangan penelitian menggunakan *Cross sectional* (Natoatmojo,2012).

Metode penelitian merupakan strategi pembuktian atau pengujian atas variable dilingkup penelitian. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *Cross-section*. *Cross Sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan (sekali waktu) (Hidayat, 2008).

### B. Waktu Dan Tempat Penelitian

#### 1. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan juni 2021 – Januari 2022.

#### 2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta.

Tabel 3.1  
Nama –Nama Padukuhan

No	Nama – Nama Padukuhan
1	Padukuhan Prapak Kulon
2	Padukuhan Mergan
3	Padukuhan Sumber
4	Padukuhan Slarongan
5	Padukuhan Blimbingan
6	Padukuhan Dondongan
7	Padukuhan Klepu Lor
8	Padukuhan Prapak Wetan
9	Padukuhan Jetis
10	Padukuhan Sragan Banaran
11	Padukuhan Diro

### C. Populasi Dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dalam penelitian ini adalah kepada setiap keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo yang berjumlah 47 orang.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh anggota keluarga yang merawat penderita paska stroke di Kelurahan Sendang Mulyo yang berjumlah 47 orang.

## 3. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah suatu proses atau teknik pengambilan sampel. Adapun teknik sampel yang dipakai dalam penelitian ini menggunakan *total sampling* atau sampling jenuh, yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi dijadikan sampel dimana 47 anggota keluarga yang ada di beberapa padukuhan di Kelurahan Sendang Mulyo yang merawat penderita stroke akan dijadikan sampel.

Adapun kriteria sampel adalah sebagai berikut :

### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012).

yaitu:

- 1) Responden merupakan keluarga pasien yang merawat penderita stroke dengan kondisi ketergantungan total berat sedang dan ringan.

- 2) Bersedia untuk merawat anggota keluarga yang menderita stroke.
- 3) Merawat anggota keluarga yang menderita stroke.
- 4) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak dapat dimasukan atau tidak layak untuk diteliti, yaitu :

- 1) Penderita paska stroke yang tidak memiliki anggota keluarga
- 2) Penderita paska stroke yang dirawat bukan oleh anggota keluarga.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan variable yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variable terikat (Sugiyono, 2014). Variable bebas pada penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke.

2. Variabel Terikat

Terikat merupakan variable yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variable bebas (Sugiyono, 2011). Variable terikat dalam penelitian yaitu perawatan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

## E. Definisi Operasional

Tabel 3. 2  
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Skala	Kategori /%
1	Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke	Kemampuan keluarga menjawab pertanyaan seputar stroke yang meliputi: 1. Pengertian stroke 2. Jenis – jenis stroke 3. Penyebab 4. Manifestasi klinis 5. gejala 6. komplikasi	Kuesioner	Ordinal	Baik : (8-17)  Kurang : (0-7)
2	Perawatan anggota keluarga yang menderita stroke	Memberikan bantuan seperti: turun dari tempat tidur, mengenakan pakaian, Makan dan berjalan, latihan lidah dan bibir dll.	Kuesioner	Ordinal	Baik : (9-18)  Kurang : (0-8)

## F. Alat Penelitian

Penelitian ini menggunakan alat ukur berbentuk kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden guna mendapatkan data dan informasi tentang tingkat pengetahuan keluarga dan kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

Kuesioner ini terdiri dari 3 bagian, yaitu :

1. Kuesioner A digunakan untuk melengkapi tentang data demografi yang meliputi : umur, alamat, pendidikan, dan pekerjaan.
2. Kuesioner B lembar yang berisi pertanyaan-pernyataan yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan keluarga berupa *checklist* yang terdiri dari 17 pernyataan menggunakan skala pengukuran Guttman.

Dengan alternative jawaban untuk pertanyaan *favourable* yaitu 'benar' diberi nilai 1 dan 'salah' diberi nilai 0, untuk pertanyaan *Unfavoriable* 'benar' diberi nilai 0 dan 'salah' diberi nilai 1.

3. Kuesioner C digunakan untuk mengetahui kesiapan keluarga yang terdiri dari 19 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya dan tidak, dengan skor 1 dan 0. Dinilai 1 jika jawaban ya dan nilai 0 jika jawaban tidak.

Tabel 3.3  
Kisi-Kisi Kuesioner Pengetahuan Dan Perawatan Stroke

Indikator	Sub Indikator	Nomor Pertanyaan		Jumlah
		Favourable	Unfavourable	
Pengetahuan tentang Stroke	Pengertian	2,10	5	
	Penyebab	3,7	8,12	
	Manifestasi klinis	1,16,17		
	Gejala	6,11	13	
	komplikasi	4,9	14,15	
<b>Jumlah Total</b>				<b>17</b>
Perawatan	Perawatan kebersihan	1		
	Mencegah cedera dan jatuh	2		
	Penanganan masalah Emosional	3, 15		
	Perawatan kulit	4,19		
	Latihan fisik	6,7	17,18	
	Kebutuhan buang air Besar dan kecil	8	12	
	Kebutuhan nutrisi	10	11	
	Latihan berbicara	5	16	
	Kepatuhan program Pengobatan	9	13,14	
	<b>Jumlah Total</b>			

#### G. Uji Kesahihan Dan Keandalan

Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti melakukan uji coba kuesioner untuk mengetahui kesahihan dan keandalan kuesioner tersebut. Uji coba kuesioner dilakukan pada responden yang memiliki karakteristik sama tetapi tempat yang berbeda. Dalam penelitian ini peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas di Dusun Rejodani 1 Desa Sariharjo Ngaglik Sleman Yogyakarta dengan jumlah responden 30 orang yang berumur 40-60 tahun dan memiliki faktor resiko stroke.

## 1. Menguji Kesahihan atau Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu *instrument*. Suatu intrumen.

(Arikunto, 2014). Uji validitas dilakukan dengan menggunakan komputersasi, dengan rumus korelasi *product momenn*.

(Sugiyono, 2011) adalah :

Rumus:

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

$r_{xy}$  = Angka *product moment* (Sugiono 2011)

$\sum x$  = Skor tiap-tiap pertanyaan yang dijawab responden

$\sum y$  = Skor total (item)

$\sum XY$  = Jumlah hasil kali skor item dengan skor total

$N$  = jumlah responden

Berdasarkan rumus *product moment* dengan menggunakan jumlah responden sebanyak 30 orang, item pertanyaan dapat dikatakan valid, apabila nilai  $r$  hitung  $< r$  tabel. Apabila ada item pernyataan yang tidak valid maka digugurkan dari jumlah pernyataan yang ada.

Tabel 3.4  
 Hasil Uji Validitas Pengetahuan tentang Stroke

Item N= 22	rtabel= 0,361 $\alpha$ = 0,05; df= n-2	Scale Variance if Item Deleted	r hitung	Keterangan
Pengetahuan_1	0,361	8,833	0,625	Valid
Pengetahuan_2	0,361	8,833	0,625	Valid
Pengetahuan_3	0,361	8,902	0,577	Valid
Pengetahuan_4	0,361	8,395	0,764	Valid
Pengetahuan_5	0,361	8,395	0,764	Valid
Pengetahuan_6	0,361	8,833	0,625	Valid
Pengetahuan_7	0,361	9,338	0,420	Valid
Pengetahuan_8	0,361	9,407	0,357	Tidak Valid
Pengetahuan_9	0,361	9,407	0,357	Tidak Valid
Pengetahuan_10	0,361	9,338	0,420	Valid
Pengetahuan_11	0,361	8,395	0,764	Valid
Pengetahuan_12	0,361	9,471	0,037	Tidak Valid
Pengetahuan_13	0,361	8,902	0,577	Valid
Pengetahuan_14	0,361	8,395	0,764	Valid
Pengetahuan_15	0,361	9,338	0,420	Valid
Pengetahuan_16	0,361	8,833	0,625	Valid
Pengetahuan_17	0,361	9,338	0,420	Valid
Pengetahuan_18	0,361	8,833	0,625	Valid
Pengetahuan_19	0,361	9,338	0,420	Valid
Pengetahuan_20	0,361	8,700	0,295	Tidak Valid
Pengetahuan_21	0,361	10,976	-0,714	Tidak Valid
Pengetahuan_22	0,361	8,326	0,807	Valid

Uji validitas dengan menggunakan komputer, pada kuesioner pertama tentang pengetahuan tentang stroke diperoleh dari 22 item pertanyaan, 17 item valid dan 5 item gugur.

Tabel 3.5  
Hasil Uji Validitas Perawatan

Item N= 19	r <sub>tabel</sub> = 0,444 $\alpha$ = 0,05; df= n-2	<i>Scale Variance if Item Deleted</i>	r hitung	Keterangan
Perawatan_1	0,444	26,947	0,568	Valid
Perawatan_2	0,444	26,537	0,518	Valid
Perawatan_3	0,444	25,734	0,800	Valid
Perawatan_4	0,444	26,842	0,594	Valid
Perawatan_5	0,444	25,674	0,764	Valid
Perawatan_6	0,444	26,155	0,701	Valid
Perawatan_7	0,444	26,484	0,541	Valid
Perawatan_8	0,444	25,629	0,825	Valid
Perawatan_9	0,444	26,421	0,699	Valid
Perawatan_10	0,444	27,779	0,513	Valid
Perawatan_11	0,444	26,274	0,584	Valid
Perawatan_12	0,444	26,421	0,699	Valid
Perawatan_13	0,444	28,555	0,216	Tidak Valid
Perawatan_14	0,444	26,892	0,661	Valid
Perawatan_15	0,444	26,105	0,778	Valid
Perawatan_16	0,444	27,103	0,603	Valid
Perawatan_17	0,444	26,200	0,647	Valid
Perawatan_18	0,444	26,211	0,752	Valid
Perawatan_19	0,444	27,568	0,580	Valid

Uji validitas dengan menggunakan komputer, pada kuesioner kedua tentang perawatan diperoleh dari 19 item pertanyaan, 18 item valid dan 1 item gugur.

## 2. Uji Reliabilitas/keandalan

Dalam penelitian ini, uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan rumus *Alfa Cronbach* :

Rumus:

$$r_i = \frac{k}{(k - 1)} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right\}$$

Keterangan:

$r_i$  = reliabilitas instrument

$k$  = banyaknya butir pertanyaan

$\sum s_i^2$  = mean kuadrat kesalahan

$s_t^2$  = varian total dan didapatkan hasil > 0,60

Berdasarkan rumus *Alfa Cronbach*, item pertanyaan dikatakan reliabel apabila nilai *Alfa Cronbach* > 0,60 Uji keandalan yang dimodifikasi oleh peneliti dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Joni Herianus Lapaibel pada bulan Januari 2017 di Dusun Rejodani 1 dengan jumlah responden 30 orang yang mempunyai karakteristik yang sama dengan responden penelitian yang akan diteliti. Uji keandalan dengan menggunakan komputer, pada kuesioner pertama

tentang pengetahuan tentang stroke didapatkan 17 item pernyataan yang dinyatakan andal dengan nilai *alfa cronbach* = 0,864.

Sedangkan untuk kuesioner kedua tentang perawatan anggota keluarga yang menderita stroke akan dilakukan uji keandalannya pada bulan Mei 2021 di Kelurahan Sendang Rejo dengan jumlah responden 20 orang. Uji keandalan dengan menggunakan komputer, pada kuesioner kedua tentang perawatan didapatkan 18 item pernyataan yang dinyatakan andal dengan nilai *alfa cronbach* = 0,938.

## 1. Metode Pengolahan Dan Analisa Data

### 1. Metode Pengolahan Data

Menurut Nursalam (2001), setelah diukur kuesioner di sini oleh responden maka data diolah melalui tahapan:

#### a. *Editing*

Peneliti akan meneliti kuesioner yang akan dilakukan di tempat pengumpulan data sehingga apabila ada kekurangan data segera di lengkapi.

#### b. *Coding*

Penelitian ini mengklasifikasi jawaban-jawaban yang ada menurut macamnya, klasifikasi dilakukan dengan jalan menandai masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, kemudian dimasukkan ke dalam tabel sehingga

mempermudah membaca. Angka yang digunakan dalam penelitian ini yaitu pada tingkat pengetahuan adalah 0 dan 1, angka 1 untuk jawaban yang sesuai dengan ketentuan (benar) dengan angka 0 untuk jawaban yang tidak memenuhi ketentuan (salah). Pada perilaku pencegahan stroke dengan skor 1 yaitu skor 1 tidak pernah, 2 kadang-kadang, 3 sering, 4 selalu.

c. *Tabulating*

Peneliti ini telah memasukan data-data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai kriteria.

d. *Entry data*

*Entry data* merupakan suatu proses memasukan data ke dalam computer dengan pengolahan data *statistic program for social sciene* (spps)

2. Analisa data dilakukan untuk memudahkan interpretasi dan menguji hipotesis penelitian. Analisa dalam penelitian ini meliputi analisa univariat dan bivariate.

a. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah menganalisis variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi untuk mengetahui presentasi dari setiap variabel yang diteliti (Natoadmadjo, 2012). Data yang ditampilkan dalam analisis

univariate penelitian ini berupa karakteristik demografi seperti: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan.

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat merupakan statistik yang dapat digunakan oleh peneliti untuk menerangkan kerataan hubungan antara dua variabel.

Analisis ini dilakukan dengan menggunakan uji *sperman-rank* untuk menguji hubungan antara dua variabel yang berskala ordinal, jika rho hitung lebih besar dari pada rho tabel berarti terdapat kesesuaian yang nyata atau/signifikan (Natoadmodjo, 2010).

2. Jalanya Penelitian

1. Tahap persiapan

- a. Mengajukan judul
- b. Menyerahkan surat kepada pembimbing dan konsultasi
- c. Mengurus surat perijinan untuk melakukan studi pendahuluan
- d. Melakukan studi pendahuluan
- e. Penelusuran pustaka dan penyusun usulan penelitian kemudian dilanjutkan dengan alat penelitian.
- f. Menyusun usulan penelitian dan konsultasi dengan dosen pembimbing.
- g. Mengadakan seminar usulan penelitian.

- h. Sebelum penelitian dilaksanakan peneliti terlebih dahulu mengurus etik penelitian.
- i. Setelah melakukan pengurusan etik penelitian peneliti melakukan uji coba instrumen (kuesioner) .

## 2. Tahap Pelaksanaan

- a. Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang dibantu oleh 1 asisten dan keluarga.
- b. Peneliti memilih 1 orang asisten sesuai dengan kriteria asisten yaitu harus sama-sama mengambil program studi S1 Ilmu Keperawatan semester VIII dan telah lulus mata kuliah keperawatan komunitas.
- c. Peneliti melakukan apersepsi kepada 1 orang asisten seperti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, memberikan surat persetujuan menjadi asisten dan menandatangani surat persetujuan tersebut jika setuju, menjelaskan cara pengisian kuesioner, asisten tidak boleh membantu responden dalam mengisi kuesioner nya, dan asisten hanya bisa membantu menjelaskan isi pertanyaan kuesioner tersebut.
- d. Setelah dilakukan apersepsi kepada asisten penelitian kemudian melakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti langsung dan asisten langsung mendatangi tempat tinggal responden dengan melalui langkah-langkah sebagai berikut :

- 1) Penulis terlebih dahulu telah memperkenalkan diri kepada responden yaitu keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke di 11 Padukuhan yang berada Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta.
- 2) Peneliti menunjukkan surat ijin penelitian dari STIKES Wira Husada Yogyakarta dan Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta serta surat Swab Nasopharyng.
- 3) Peneliti meminta persetujuan dari responden yang akan diteliti dan memberikan surat persetujuan untuk di isi dan ditanda tangani (surat terlampir).
- 4) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan bila bersedia menjadi responden.
- 5) Peneliti membagikan kuesioner hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke .
- 6) Peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner, untuk kuesioner tingkat pengetahuan dengan memberikan centang"√" pada pilihan jawaban jika ingin dirubah

diberikan tanda “=” kuesioner pengetahuan tentang stroke dengan memberikan “√” pada pilihan jawaban jika ingin dirubah diberikan tanda “=” dan untuk kuesioner perawatan anggota keluarga yang menderita stroke dengan memberikan “√” pada pilihan jawaban jika ingin dirubah diberikan tanda “=” . Pengambilan data dilakukan sekali pada saat penelitian.

### 3. Tahap Akhir

- a. Penyusunan laporan hasil penelitian
- b. Melakukan pengolahan data dan analisa data
- c. Konsultasi hasil penelitian kepada dosen pembimbing 1 dan pembimbing 2
- d. Seminar penelitian
- e. Mengkonsultasi revisi hasil penelitian kepada penguji 1, penguji 2, dan penguji 3 yang telah di seminarkan.
- f. Mengumpulkan hasil penelitian

## HASIL PENELITIAN

### A. Gambaran Umum

#### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Sendangmulyo adalah sebuah desa yang terletak di wilayah Kecamatan Minggir bagian paling selatan, yang mana pada awalnya terbentuknya Desa Sendangmulyo atas penggabungan dari 3 (tiga) wilayah Kelurahan lama yaitu Kelurahan Prapak, Kelurahan Tiban Jonggrangan, Kelurahan Kwayuhan. Berdasarkan Maklumat Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta yang diterbitkan tahun 1946, tiga kelurahan tersebut digabung menjadi satu dengan nama Kelurahan Sendangmulyo. Desa Sendangmulyo memiliki batas-batas wilayah diantaranya:

Sebelah utara : Desa Sendang Agung dan Desa Sendang Arum,

Sebelah selatan : Desa Sumber Arum Kecamatan Moyudan,

Sebelah timur : Desa Sendang Arum

Sebelah barat : Kabupaten Kulon Progo.

Wilayah Desa Sendangmulyo terdiri dari dataran rendah yang sebagian besar terdiri lahan persawahan. Desa Sendangmulyo termasuk dalam katagori dataran rendah yang memiliki ketinggian tanah 245 meter dari permukaan laut dengan

curah hujan 2000-3000 mm per tahun dengan suhu rata-rata 30°-60°.

Bahwa dengan dibangunnya Bandara Internasional yang berlokasi di wilayah Temon Kulonprogo saat ini sudah sangat terasa imbas/dampaknya dirasakan oleh masyarakat Desa Sendangmulyo baik dalam bidang ekonomi, sosial atau transportasi dan pembangunan yang cukup pesat. Terkait dalam bidang pertanian apabila pihak pemerintah tidak cepat mengambil langkah kebijakan, tentu lambat laun dan lahan-lahan persawahan akan tergusur adanya pembangunan infrastruktur yang secara otomatis akan mengurangi persediaan pangan daerah, dimana Sleman Barat sudah ditetapkan sebagai lumbung pangan penyangga hasil produksi beras di Sleman

## 2. Karakteristik Responden

Penelitian ini di lakukan di 11 padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta dengan jumlah responden sebanyak 47 keluarga pasien stroke. Karakteristik responden di wilayah tersebut dapat dilihat dari usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan diuraikan sebagai berikut.

Tabel 4.1

Karakteristik Anggota Keluarga yang Merawat Penderita Paska Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis kelamin	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
1	Laki-laki	17	36,2
2	Perempuan	30	63,8
Jumlah		47	100,0

Sumber: Data primer diolah, 2021

Anggota keluarga yang merawat penderita paska stroke di Kelurahan Sendang Mulyo sebagian besar adalah perempuan (63,8%).

Tabel 4.2

Karakteristik Anggota Keluarga yang Merawat Penderita Paska Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo Berdasarkan Umur

No	Umur (tahun)	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
1	20 – 30	8	17,0
2	31 – 40	17	36,2
3	41 – 50	16	34,0
4	51- 60	6	12,8
Jumlah		47	100,0

Sumber: Data primer diolah, 2021

Anggota keluarga yang merawat penderita paska stroke di Kelurahan Sendang Mulyo sebagian besar berusia 31 sampai 40 tahun (36,2%).

Tabel 4.3

Karakteristik Anggota Keluarga yang Merawat Penderita Paska Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo Berdasarkan Pendidikan

No	Pendidikan	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
1	SD	7	14,9
2	SMP	13	27,7
3	SMA	21	44,7
4	Akademik/PT	6	12,8
Jumlah		47	100,0

Sumber: Data primer diolah, 2021

Anggota keluarga yang merawat penderita paska stroke di Kelurahan Sendang Mulyo sebagian besar berpendidikan terakhir SMA (44,7%).

Tabel 4.4

Karakteristik Anggota Keluarga yang Merawat Penderita Paska Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo Berdasarkan Pekerjaan

No	Pekerjaan	Frekuensi (F)	Prosentase (%)
1	PNS/ABRI	3	6,4
2	Petani	10	21,3
3	Pedagang	8	17,0
4	Wiraswasta	11	23,4
5	Ibu Rumah Tangga	15	31,9
Jumlah		47	100,0

Sumber: Data primer diolah, 2021

Anggota keluarga yang merawat penderita paska stroke di Kelurahan Sendang Mulyo sebagian besar mempunyai pekerjaan sebagai ibu rumah tangga (31,9%).

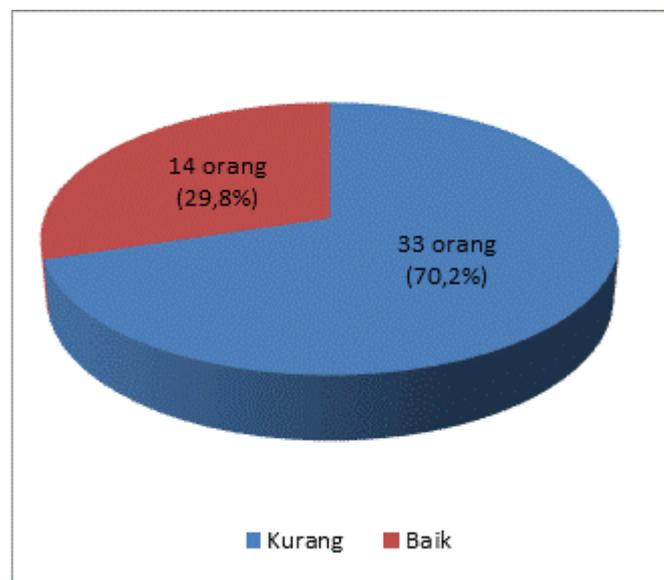
## B. Analisa Data

### 1. Univariat

Gambaran masing-masing variabel dalam penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan keluarga dan perawatan anggota keluarga adalah sebagai berikut:

#### a. Tingkat pengetahuan keluarga

Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dapat digolongkan menjadi dua kategori yaitu baik dan kurang. Adapun deskripsi tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dapat digambarkan pada diagram berikut:



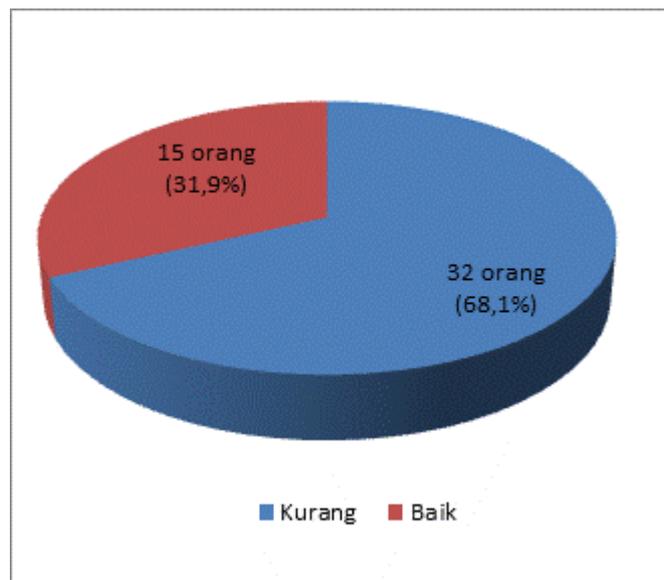
Gambar 4.1

#### Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo

Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke kategori kurang (70,2%) lebih banyak dibandingkan daripada kategori baik (29,8%).

b. Tingkat perawatan anggota keluarga

Tingkat perawatan anggota keluarga tentang stroke dapat digolongkan menjadi dua kategori yaitu baik dan kurang. Adapun deskripsi tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke dapat digambarkan pada diagram berikut:



Gambar 4.2  
Tingkat Perawatan Anggota Keluarga yang Menderita Stroke di  
Kelurahan Sendang Mulyo

Tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke kategori kurang (68,1%) lebih banyak dibandingkan daripada kategori baik (31,9%).

2. Bivariat

Analisis bivariate digunakan untuk melihat hubungan tingkat pengetahuan keluarga dan tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke, dilakukan uji korelasi *spearman-rank* dengan derajat kemaknaan  $p < 0,05$  atau tingkat kepercayaan 95%. Hubungan antara

tingkat pengetahuan keluarga dan tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di Kelurahan Sendang Mulyo dapat dideskripsikan dalam tabel silang berikut ini:

Tabel 4.5

Tingkat Pengetahuan Keluarga dan Tingkat Perawatan Anggota Keluarga yang Menderita Stroke di Kelurahan Sendang Mulyo

Pengetahuan	Perawatan				Jumlah		r xy	p
	Kurang		Baik		F	%		
	F	%	F	%				
Kurang	22	57,4	6	12,8	33	70,2	0,452	0,001
Baik	5	10,6	9	19,1	14	29,8		
Jumlah	32	68,1	15	31,9	47	100,0		

Sumber: Data primer diolah, 2021

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa nilai p pada uji *spearman rank* sebesar 0,001 ( $p < 0,05$ ) sehingga ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dan tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke.

## PEMBAHASAN

Setelah dilakukan penelitian yang hasilnya disajikan dalam bentuk tabel dan narasi di atas kemudian akan dilakukan pembahasan pada masing-masing variabel dan hubungan antar variabel.

### 1. Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke

Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke kategori kurang (70,2%) lebih banyak dibandingkan daripada kategori baik (29,8%) di Kelurahan Sendang Mulyo. Hal ini

menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke di Kelurahan Sendang Mulyo termasuk dalam kategori kurang. Hasil penelitian ini sejalan dengan studi pendahuluan yang peneliti lakukan 6 Januari 2021 di Desa Sendang Mulyo peneliti melakukan wawancara terhadap 5 keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita stroke. Hasil wawancara diketahui bahwa hanya ada 1 keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang stroke.

Penelitian di atas juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Parwati (2010) dengan judul hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca stroke di Kecamatan Temangun. Jenis penelitian menggunakan deskriptif korelasi dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar pengetahuan keluarga adalah baik yaitu 66,3% dan tindakan perawatan sebagian besar adalah baik yaitu 50,6%. Hasil uji chi square di dapat nilai di dapat nilai 8,562 nilai P sebesar 0,014 ( $p < 0,05$ ).

Persamaan dengan penelitian ini adalah variable bebas yaitu hubungan tingkat pengetahuan keluarga, metode penelitian deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Perbedaanya terletak pada teknik pengambilan sampel, dan penelitian dan uji statistik. Teknik pengambilan sampel

menggunakan consecutive sampling sedangkan parwati menggunakan proposional random sampling, tempat penelitian dilakukan di PKU Muhammadiyah Bantul, Parwati di Kecamatan Temanggung.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra pengelihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan rasa. Pengetahuan atau kognitif merupakan hal penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Sebelum seseorang melakukan tindakan perawatan stroke ia harus terlebih dahulu mengetahui apa arti atau manfaat perawatan stroke bagi dirinya atau keluarganya.

## 2. Perawatan anggota keluarga menderita stroke

Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat perawatan anggotakeluarga yang menderita stroke kategori kurang (68,1%) lebih banyak dibandingkan daripada kategori baik (31,9%) di Kelurahan Sendang Mulyo. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di Kelurahan Sendang Mulyo termasuk dalam kategori kurang. Hasil penelitian ini sejalan dengan studi pendahuluan yang dilakukan oleh Erythrina Julianti (2013) dengan judul pengalaman caregiver dalam merawat pasien pasca stroke di rumah pada wilayah kerja Puskesmas Benda Baru Kota Tangerang Selatan. Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan

desain deskriptif fenomenologi. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien paska stroke di rumah sebagian besar dilakukan oleh pasangan dari pasien. Perawatan yang dilakukan di rumah oleh *caregiver* meliputi: bantuan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, bantuan latihan aktivitas, pemenuhan spiritual, mengatur program pengobatan, dan membantu dalam sosialisasi dengan lingkungan. Sampel yang digunakan adalah keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami paska stroke dan sudah menjalani perawatan di rumah (rehabilitasi) di wilayah kerja Puskesmas Benda Baru; informan dipilih dengan metode *non-probability sampling* dan teknik *purposive sampling*. Teknik analisis data yang digunakan yaitu teknik *Burns & Grove*.

Keluarga dituntut untuk mengetahui bagaimana merawat penderita paska stroke, sehingga setelah kembali kerumah perawatan dapat dilakukan oleh keluarga pasien maupun pasien itu sendiri secara terus menerus sampai optimal dan mencapai keadaan fisik maksimal. Adapun kebutuhan penderita pasca rawat dapat meliputi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual (Valery dalam Agustina, 2009).

Beberapa perawatan penderita paska stroke antara lain:

a. Posisi ditempat tidur dan terapi fisik

Penderita pasca stroke yang mengalami imobilisasi perlu diposisikan dan direposisi dengan benar di tempat tidur karena hal ini dapat membantu mencegah komplikasi seperti pembentukan bekuan darah, dekubitus, pneumonia, kontraktur sendi, dan nyeribahu. Selain itu, penderita pasca stroke yang mengalami imobilisasi juga perlu dibalik dan diposisikan secara reguler, bahkan pada malam hari. Posisi tidur yang benar ada 3 macam yaitu tidur pada posisi terlentang, tidur pada posisi tubuh yang mengalami kelumpuhan dan tidur pada posisi tubuh yang tidak mengalami kelumpuhan, sebaiknya ubah posisi tidur setiap 2-3 jam sekali.

Penderita pasca stroke juga membutuhkan latihan fisik seperti ROM (*Range of motion*) untuk mencegah kekakuan sendi dan membantu melatih otot yang kaku. Otot-otot kaki dan tangan yang mengalami kelumpuhan bila dibiarkan saja lama-kelamaan akan menjadi kaku dan kemudian terjadi kontraktur dalam keadaan menekuk (fleksi). Latihan pergerakan otot kaki dan tangan sebaiknya dilakukan terus-menerus, sehari sekali dengan pengulangan minimal 10 kali (Sofwan, 2010).

b. Berdiri dan berjalan

Berdiri dan berjalan merupakan suatu kesulitan tersendiri bagi penderita pasca stroke. Bila serangan stroke sangat berat

dan kerusakan yang terjadi di otak luas, akan semakin sulit untuk dapat berdiri dan berjalan. Pada umumnya penderita paska stroke akan memulai latihan secara berurutan, mulai dari duduk dengan benar, lalu kemudian berdiri dengan benar, dan akhirnya berjalan dengan sikap yang benar. Penggunaan alat bantu seperti tongkat dengan kaki 3 terkadang dibutuhkan (Sofwan, 2010).

c. Perawatan kulit

Perawatan kulit yang cermat sangat penting untuk mencegah dekubitus (luka karena tekanan) dan infeksi kulit; adanya hal-hal ini menunjukkan bahwa perawatan pasien kurang optimal. Adanya dekubitus dan infeksi luka menunjukkan bahwa perawatan penderita stroke kurang optimal. Keduanya sebaiknya dicegah karena dekubitus dapat menimbulkan nyeri dan memiliki proses penyembuhan luka yang lama dan jika terinfeksi, luka ini dapat mengancam nyawa. Penderita stroke dapat mengalami dekubitus karena berkurangnya sensasi dan mobilitas. Inkontinensia, malnutrisi, dan dehidrasi juga meningkatkan risiko timbulnya dekubitus dan menghambat proses penyembuhan luka.

Penderita paska stroke yang tidak dapat bergerak harus sering di putar dan tereposisi, dan seprai mereka harus terpasang kencang. Bagi penderita paska stroke yang hanya

dapat berbaring atau duduk di kursi roda, bagian-bagian tubuh yang paling berisiko antara lain adalah punggung bawah (sakrum), pantat, paha, tumit, siku, bahu, dan tulang belikat (skapula). Sekali sehari, gunakan spons kering untuk membatasi titik-titik tekanan ini agar mencegah tertekanya saraf dan terbentuknya dekubitus. Ketika melakukan hal ini, periksalah ada tidaknya abrasi, lepuh, dan kemerahan kulit yang tidak hilang ketika ditekan karena hal-hal ini menunjukkan awal dekubitus. Kulit pasien harus di jaga agar tetap bersih, kering dan diberi bedak.

#### d. Perawatan kebersihan

Penderita stroke juga memerlukan bantuan keluarga dalam memenuhi perawatan diri. Kemunduran fisik akibat stroke menyebabkan kemunduran gerak fungsional baik kemampuan mobilisasi atau perawatan diri. Keluarga harus selalu menjaga kebersihan diri penderita pasca stroke dengan cara memandikan dan memperhatikan kebersihan pakaian dan tempat tidur. Sebaiknya penderita pasca-stroke diberikan baju dengan bahan katun yang longgar, dan bila memungkinkan dalam bentuk seperti kemeja agar lebih mudah memakainya (Sofwan, 2010).

e. Kebutuhan nutrisi

Penderita stroke memerlukan makanan yang memadai, lezat, dan seimbang dengan cukup serat, cairan (2 liter atau lebih sehari). Jika nafsu makan penderita berkurang maka penderita stroke dapat diberi makanan ringan tinggi-kalori yang lezat dalam jumlah terbatas setiap 2-3 jam, bersama dengan minuman suplemen nutrisi (Lotta, 2006). Penderita pasca stroke dianjurkan untuk mengonsumsi banyak sayur dan buah karena dapat menurunkan resiko stroke berulang hingga 30 %. Konsumsi porsi buah dan sayuran setiap hari. Pilihlah protein rendah lemak. Kurangi konsumsi daging merah, sebaliknya konsumsi ikan, ayam (tanpa kulit), karena kebanyakan daging merah mengandung lemak jenuh yang menyebabkan timbunan lemak pada pembuluh darah arteri. Kurangi konsumsi garam karena konsumsi garam berlebih dapat meningkatkan tekanan darah, selain itu hindari konsumsi makanan ringan yang mengandung banyak garam. Konsumsi makanan yang kaya serat karena makanan kaya serat membantu dalam mengontrol kadar lemak dalam darah. Konsumsi sereal gandum, beras merah, dan roti. Hindari konsumsi makanan dan minuman tinggi gula.

Hal ini mengurangi resiko Diabetes Mellitus yang merupakan salah satu faktor resiko terserang stroke berulang.

Batasi jumlah lemak dalam makanan yang kita konsumsi. Kita membutuhkan lemak dalam nutrisi, namun konsumsi yang terlalu banyak dapat menyebabkan plak dalam arteri dan menjadi masalah pada berat badan. Penderita stroke juga harus makan dalam posisi duduk, bukan berbaring, untuk mencegah tersedak dan pneumonia aspirasi. Keluarga dapat melakukan modifikasi dalam penggunaan alat makan penderita stroke, seperti meletakkan antiselip pada alas piring atau menggunakan piring yang cekung sehingga makanan tidak mudah tumpah. Keluarga dapat juga menyediakan alat bantu untuk penderita stroke yang makan dengan satu tangan, seperti mangkuk telur yang dapat ditempelkan pada meja.

f. Mengatasi masalah berbicara

Pasien stroke dengan masalah bicara dan menulis mudah mengalami depresi atau frustrasi akibat kesulitan mereka. Karena itu, sangatlah penting untuk mendorong pasien berkomunikasi menerima semua bentuk komunikasi (tulisan, tanda, bahasa tubuh, gambar, upaya berbicara) dan kemajuan, bahkan yang kecil sekalipun, untuk semakin mendorong pasien. Pasien jangan sering dikritik dan jangan memaksa bahwa setiap kata yang dihasilkan harus tepat. Pasien stroke yang dapat membaca, menulis, dan memahami perkataan orang lain, tetapi kesulitan untuk mengutarakan kata-kata dengan jelas (pasien

dengan disartria) dapat memperoleh manfaat dari melakukan latihan lidah dan bibir dua kali sehari. Latihan bibir dapat dilakukan dengan cara membentuk bibir menjadi huruf O dan bergantian menjadi huruf E atau seperti orang tersenyum, sedangkan latihan lidah dapat dilakukan dengan cara menggerakkan lidah ke arah kiri dan kanan (Irfan 2010).

g. Kepatuhan program pengobatan

Dukungan keluarga diketahui sangat penting dalam kepatuhan terhadap program pengobatan jangka panjang. Keluarga bertanggung jawab terhadap semua prosedur dan pengobatan anggota keluarga yang sakit, seperti obat menggunakan alat-alat khusus, dan menjalankan.

h. Mengatasi masalah emosional

Pada sebagian besar kasus, masalah emosional mereda seiring waktu, tetapi ketika terjadi, masalah itu dapat menyebabkan penderita paska stroke menolak terapi atau kehilangan motivasi untuk menjalani proses rehabilitasi, yang dapat memengaruhi pemulihan penderita. Masalah emosional reaktif ini sering dapat dikurangi secara substansial dengan mendorong penderita stroke membicarakan ketakutan dan kemarahan mereka. Penderita stroke harus merasa bahwa mereka adalah anggota keluarga yang berharga.

Penting bagi keluarga untuk mempertahankan lingkungan rumah yang suportif, yang mendorong timbulnya perhatian orang lain dan aktivitas waktu luang, misalnya membaca, memasak, berjalan-jalan, berbelanja, bermain, dan berbicara. Penderita stroke yang keluarganya atau orang yang merawatnya tidak suportif dan yang memiliki kehidupan keluarga yang tidak berfungsi cenderung memiliki prognosis lebih buruk dibandingkan dengan penderita lainnya. Sebagian penderita paska stroke mungkin merasa nyaman jika mereka berbagi pengalaman mereka dengan penderita paska stroke lain.

i. Mencegah cedera dan jatuh

Faktor risiko yang mempermudah pasien jatuh antara lain masalah ayunan langkah dan keseimbangan, obat-obat sedatif, kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, inaktivitas, inkontinensia, gangguan penglihatan, dan berkurangnya kekuatan tungkai bawah. Indikasi terbaik bahwa penderita stroke siap bergerak ke tingkat mobilitas yang lebih tinggi adalah kemampuan menoleransi tingkat mobilitas yang telah mereka capai.

Demi alasan keamanan, sebaiknya ada satu atau dua orang asisten berdiri di samping penderita stroke dan membantu penderita, terutama pada tahap awal.

j. Kebutuhan buang air kecil dan besar

Beberapa penderita stroke yang mengalami kelumpuhan dan inkontinensia urin sangat bergantung pada keluarga. Saat mereposisi penderita, pembalut inkontinensia yang basah atau tercemar kotoran harus diganti. Sebagian pria dapat dijaga kering dengan menggunakan botol (pispot) urine secara teratur. Namun, pada sebagian kasus, mungkin perlu dipasang kateter (selang) ke dalam kandung kemih, dan selang ini akan secara otomatis mengeluarkan urine. Sebagian wanita yang mengalami inkontinensia dapat dijaga tetap kering dengan menggunakan pembalut inkontinensia, tetapi jika tidak dimungkinkan atau kurang efektif, kateter dapat dimasukkan ke dalam kandung kemih. Orang yang merawat perlu diajari mengenai cara membersihkan kateter, tetapi yang memasangnya haruslah seorang perawat.

Bagi beberapa penderita stroke yang sudah memiliki kondisi yang cukup bagus dapat langsung di antar ke kamar mandi oleh anggota keluarga namun harus tetap dijaga dengan ketat, sebaiknya kamar mandi untuk penderita stroke disediakan pegangan di sepanjang dinding untuk mencegah cedera atau jatuh. Sembelit adalah masalah yang umum dijumpai pada orang berusia lanjut dan pada orang yang mengalami stroke. Cara terbaik untuk mengatur buang air besar adalah makanan

yang memadai dan seimbang serta banyak cairan (paling tidak dua liter sehari) dan serat (buah dan sayuran), serta aktivitas fisik yang cukup. Pelunakinja (laksatif, pencahar), supositoria, dan enemadapat digunakan untuk sembelit yang terjadi sekali-sekali.

Dari penjelasan di atas maka dapat di atas maka peneliti berpendapat bahwa perawatan anggota keluarga yang menderita stroke sangatlah penting maka setiap keluarga yang memiliki anggota keluarga dan menderita stroke dapat memperhatikan hal-hal yang di sebutkan di atas dengan baik.

### 3. Hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dan merawat anggota keluarga menderita stroke

Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dan merawat anggota keluarga yang menderita stroke mempunyai nilai koefisien *spearman rank* sebesar 0,452 dan nilai signifikansi 0,001 ( $p < 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga dan perawatan anggota keluarga yang menderita stroke. Hasil penelitian ini sejalan dengan Parwati (2010) yang menyatakan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tindakan keperawatan pada pasien pasca stroke di Kecamatan Temangun.

Keluarga dalam merawat pasien stroke di rumah yaitu sebaiknya anggota keluarga belajar banyak bagaimana cara melakukan perawatan dirumah sakit ataupun di pelayanan

kesehatan lainnya. Beberapa pasien stroke mengalami stroke berulang karena keluarga tidak mengetahui cara yang tepat untuk merawat pasien stroke sehingga tidak terjadi komplikasi atau stroke berulang. Keluarga untuk dapat memiliki pengetahuan baik dalam merawat pasien stroke di rumah sebaiknya selalu berdiskusi ketika mendapat pendidikan kesehatan dalam merawat keluarga yang terkena stroke dan mengaplikasikan semua perawatan dengan baik juga. Hal ini sejalan dengan Notoadmojo (2007), yang berpendapat bahwa pengetahuan seseorang didapat melalui pengalamannya sendiri maupun orang lain, pengalaman yang sudah dapat memperluas pengetahuan seseorang dan pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang, dimana seseorang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan seseorang yang berpendidikan rendah, keyakinan ini biasanya diperoleh secara turun menurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

Dari hasil di atas maka peneliti dapat menyampaikan bahwa pengetahuan adalah salah satu pendorong seseorang untuk merubah perilaku atau mengadopsi perilaku baru. Anggota keluarga yang memiliki pengetahuan yang memadai tentang perawatan pasien stroke di harapkan dapat melaksanakan tugas merawat pasien stroke.

#### D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini, keterbatasan penelitian ini terdapat pada ruang lingkup penelitian yang digambarkan sebagai berikut:

1. Area penelitian yang jauh dan situasi pandemi covid 19 yang membuat peneliti kesulitan untuk bertemu dengan responden.
2. Responden yang sering tidak ada di rumah membuat peneliti harus menjanjikan waktu berikutnya untuk pengambilan data.
3. Terdapat kesulitan dalam berkomunikasi dengan responden yang tidak bisa berbahasa indonesia namun peneliti di bantu oleh kader setempat.

#### KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang Stroke dengan Perawatan Anggota Keluarga yang Menderita Stroke di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta” adalah sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta termasuk kategori kurang (70,2%).
2. Perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di 11 Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta termasuk kategori kurang (68,1%).
3. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan perawatan anggota keluarga yang menderita stroke di 11

Padukuhan yang berada di Desa Sendang Mulyo Minggir Sleman Yogyakarta dengan nilai koefisien *spearman rank* 0,452 dan tingkat signifikansi 0,001 ( $p < 0,05$ ).

## SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh maka disarankan beberapa hal sebagai berikut:

1. Bagi Stikes Wira Husada Yogyakarta

Hasil penelitian ini hendaknya digunakan sebagai bahan bacaan di perpustakaan bagi mahasiswa dan dosen guna menambah informasi tentang adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang stroke dengan perawatan anggota keluarga yang menderita stroke.

2. Bagi Tempat Penelitian

Dengan adanya penelitian ini di harapkan agar dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang stroke dan bagaimana cara perawatan anggota keluarga yang menderita stroke.

3. Bagi Keluarga Pasien

Keluarga hendaknya terus meningkatkan pengetahuan tentang stroke melalui berbagai sumber informasi seperti majalah-majalah kesehatan, media cetak dan elektronik maupun dengan mengikuti penyuluhan-penyuluhan oleh petugas kesehatan, agar dapat

menambah ketrampilan yang lebih baik dalam merawat anggota keluarga yang menderita stroke.

#### 4. Bagi Peneliti Lain

Peneliti yang akan datang hendaknya menyempurnakan hasil penelitian ini dengan melakukan pengontrolan terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi perawatan anggota keluarga di rumah, seperti pengalaman sebelumnya dan persepsi terhadap penyakit dan tempat pengambilan sampel saat melakukan penelitian cari tempat yang kondusif untuk pengambilan data.

## UCAPAN TERIMA KASIH

1. Dr. Dra. Ning Rintiswati, M.Kes selaku ketua STIKES Wira Husada Yogyakarta.
2. Yuli Ernawati, S.Kep., Ns.M.Kep selaku ketua Prodi STIKES Wira Husada Yogyakarta.
3. Patria Asda, S.Kep., Ns., M.P.H selaku pembimbing pertama yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan serta meluangkan waktu untuk berdiskusi hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Drs. Sunaryo, M.Pd selaku pembimbing ke dua yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan serta meluangkan waktu untuk berdiskusi hingga skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Antok Nurwidi Antara, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang telah dengan sabar memberikan bimbingan, pengarahan dan saran serta kemudahan yang diberikan kepada penulis dalam menyusun skripsi ini.
6. Kepala Puskesmas Minggir yang telah membantu selama studi penelitian.
7. Bapak dan mama yang selalu membantu dan memberi motivasi, menasehati dan mendoakan selama proses dari awal sampai selesai.
8. Seperangkat desa Sendang Mulyo yang telah membantu selama studi pendahuluan.

9. Ibu-ibu kader yang berada di 11 Padukuhan di Desa Sendang Mulyo yang sudah membantu jalannya penelitian.

10. Semua teman-teman angkatan 2017 kelas A yang selalu support dalam proses penyusunan skripsi.

Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat dan berguna bagi para pembaca.

Yogyakarta November 2022

Martince Sedik

## DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu Henny. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga; Bagi Mahasiswa Keperawatan dan Praktisi Perawat Perkesmas*. Jakarta: Agung Seto.
- Agustina. 2009. *Kajian Kebutuhan Perawatan di Rumah bagi Klien dengan Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur*. Diakses pada tanggal 2 februari 2012. Dari <http://pustaka.unpad.ac.id>.
- Barbara & Mary. 2010. *Rethinking Intervention Strategies in Stroke tingkat pengetahuan keluarga*. Diakses pada tanggal 5 februari 2021 dari [www.rehabnurse.org](http://www.rehabnurse.org).
- Brunner & Suddarth. 2020. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Vol II*. EGC: Jakarta.2002
- Cress JC. 2011. *Handbook of geriatric care managemen*. Diakses pada tanggal 21 april 2012 melalui <http://books.google.co.id>
- Chiung-man Wu.2009. *Learning to be a tingkat pengetahuan keluarga for severely debilitated stroke survivors during the first year in Taiwan*. Diakses pada tanggal 20 april 2012 dari <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent>.
- Edmund Horisson. 2007. *Stroke Strategy And Stroke Rehabilitation*. Diakses pada tanggal 2 januari 2012 melalui <http://www.heartandstroke.ca>.
- Family Caregiver Aliance. 2011. *Exploring the Complexities of Family Caregiving*. Diakses pada tanggal 21 April melalui <http://caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs>
- Given Barbara, et all. 2008. *What Knowledge and Skills Do Caregivers Need?*. Diakses pada tanggal 5 april 2012 pukul 13.00 dari <http://www.nursingcenter.com>
- Hafsteinsdo' ttir, Vergunst, et all.2010. *Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature*. Diakses pada 5 april 2012 pukul 20.00 dari <http://journals.ohiolink.edu/ejc/search>.
- Irfan M. 2010. *Fisioterapi bagi insan stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Lenni FS. 2010. *Gambaran perilaku keluarga terhadap penderita pasca stroke dalam upaya rehabilitasi di Rs St. Elisabeth Medan*. diakses pada tanggal 3 januari 2013 melalui <http://repository.usu.ac.id>.
- Oupra R, et al. 2010. *Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand*. Diakses pada 21 maret 2012 dari <http://journals.ohiolink.edu/ejc/article>.
- Oliveira, et al. 2011. *Exploring the family caregiving phenomenon in nursing documentation*. Di akses pada tanggal 20 april 2012 dari <http://ojni.org/issues/?p=137>
- Parwati Sri. 2010. *Hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga dengan tindakan perawatan pada pasien pasca stroke di Kec. Jumo Temanggung*. Di akses pada tanggal 2 Januari 2012 dari : <http://digilib.unimus.ac.id>
- World Stroke Organization. *World stroke day*. 2010. Diakses pada tanggal 15 Desember 2011 dari <http://www.worldstrokecampaign.org>
- Yayasan Stroke Indonesia. *Indonesia tempati urutan pertama didunia dalam jumlah terbanyak penderita stroke*. 2009. Diakses pada tanggal 5 November 2011 dari <http://www.yastroki.or.id>
- Yayasan Stroke Indonesia. *Angka Kejadian Stroke Meningkat Tajam*. 2009. Diakses pada tanggal 16 Noveber 2011 dari <http://www.yastroki.or.id>
- Yayasan Stroke Indonesia. *Pengetahuan sekilas tentang stroke*. 2012. Diakses pada tanggal 31 Maret 2013 dari dari <http://www.yastroki.or.id>
- Joni Herianus Lapaibel 2017. *Hubungan Pengetahuan Tentang Stroke Dengan Perilaku Pencegahan Pada Masyarakat Dusun Donolayan Donoharjo Sleman Yogyakarta*. Skripsi Prodi Keperawatan S1.
- Adila, S. T. A., & Handayani, F. (2020). *Gambaran Tingkat Pengetahuan Mengenai Stroke pada Keluarga Pasien Pasca Stroke dengan Serangan Terakhir Kurang*

dari Satu Tahun: Literature Review. *Holistic Nursing and Health Science*,

3(2), 38–49. <https://doi.org/10.14710/hnhs.3.2.2020.38-49>

Allo, O. A. (2015). Hubungan pengetahuan keluarga tentang penyakit stroke dengan dukungan keluarga dalam merawat pasien stroke di ruang rawat interna RSUD Lakipadada tahun 2015. *Jurnal AgroSainT*, VI(3), 156–163. Alyaa MF, F., Hi MY, Khairina I, N., Aisyah A, N. S., Tan CE, & Firzah AA, A. (2017). The Level of Caregiving Knowledge and Self-Efficacy Among Caregivers of Stroke Patient. *Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC)Centre (UKMMC)*, 47.

American Heart Association. (2020). Type Of Stroke. Retrieved February 4, 2021, from American Stroke Association website:<https://www.stroke.org/en/aboutstroke/types-of-stroke/ischemic-stroke-clots>

Amritha. (2009). Knowledge Assessment of Caregivers of Stroke Patients About Their Caring Role. Trivandrum: Sree Chitra Tirunal Institute For Medical Sciences And Tecnology Trivandrum.

Ayuni, R. (2017). Gambaran Tingkat Pengetahuan Tentang stroke Pada Masyarakat Kecamatan Medan Selayang Kelurahan Tanjung Sari Lingkungan XIV Tahun 2016. Skripsi. Medan: Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.

Bakri, A., Irwandy, F., & Linggi, E. B. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan

Tentang Perawatan Pasien Stroke Di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 372–378.

<https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.299>

Bhalla, A., Tallis, R. C., & Pomeroy, V. M. (2014). The effects of positioning after stroke on physiological homeostasis: A review [6]. *Age and Ageing*, 34(4), 401–406. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi106>

Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah manajemen*

*Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan* (8th ed.; A. Suslia, F. Ganiajri, P. P.

Lestari, & R. W. Sari, Eds.). Elsevier Pte Ltd.

Blessing, M., & Oluwagbemiga, O. (2017). Effectiveness of Social Support in

Coping with Stroke by Medically Ill Patient in Ibadan. *International Journal of Neurorehabilitation*, 04(04).

<https://doi.org/10.4172/2376-0281.1000281>

Buana, R. D. (2020). *Analisis Perilaku Masyarakat Indonesia dalam Menghadapi*

*Budiman, & Riyanto, A. (2013). Kapita Selekta Kuisisioner: Pengetahuan dan Sikap*