

SKRIPSI

**PENGARUH PEMBERIAN VIDEO EDUKASI TERHADAP
PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MERAWAT
PASIEN *STROKE* DI RSUD dr. SOEDONO
PROVINSI JAWA TIMUR**



**Oleh:
ALDI DEWANTO
NIM: 202102003**

**PROGAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2025**

SKRIPSI

PENGARUH PEMBERIAN VIDEO EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MERAWAT PASIEN *STROKE* DI RSUD dr. SOEDONO PROVINSI JAWA TIMUR

Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh:
ALDI DEWANTO
NIM: 202102003

**PROGAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi Oleh :

Nama : Aldi Dewanto

NIM : 202102003

Program Studi : Keperawatan

Judul : PENGARUH PEMBERIAN VIDEO EDUKASI TERHADAP
PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MERAWAT
PASIEN *STROKE* DI RSUD dr. SOEDONO JAWA TIMUR

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Skripsi pada
tanggal 21 Maret 2025

Oleh:

Pembimbing I



Sudarmi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDK. 8921440022

Pembimbing II



Adhin Al Kasanah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 8921440022

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan



Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 8921440022

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi oleh:

Nama : Aldi Dewanto
NIM : 202102003
Program Studi : Keperawatan
Judul : PENGARUH PEMBERIAN VIDEO EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MERAWAT PASIEN *STROKE* DI RSUD dr. SOEDONO JAWA TIMUR

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Skripsi dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)

Pada Tanggal: 26 Maret 2026

Dewan Penguji

Ketua : Asrina Pitayanti, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN. 0712098107



Penguji I : Sudarmi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDK. 8921440022



Penguji II : Adhin Al Khasanah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 0714039102



Mengesahkan
Stikes PGILM Husada Mulia Madiun



Dr. Retno Widiarini, S.KM., M.Kes
NIDN. 0728058103

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aldi Dewanto

NIM : 202102003

Dengan ini menyatakan bahwa proposal skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan dalam memperoleh gelar Sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan baik yang sudah maupun yang belum/tidak dipublikasikan, sebelumnya dijelaskan dalam tulisan daftar pustaka.

Madiun, 26 Oktober 2024



Aldi Dewanto
NIM. 202102003

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Aldi Dewanto

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat dan Tanggal Lahir : Madiun, 9 September 2002

Agama : Islam

Alamat : Jl. Koptu Kastur No.8, Kec. Taman, Kel. Kejuron,
Kota Madiun, Jawa Timur

No. HP : 0899-3505-935

Email : aldidewanto5@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 02 Mojorejo : 2009 – 2015
2. SMPN 04 Madiun : 2015 – 2018
3. SMKN 03 Madiun : 2018 – 2021

Riwayat Pekerjaan : -

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono Jawa Timur”. Tersusunnya skripsi ini tentu tidak lepas dari bimbingan, saran, motivasi kepada penulis. Untuk itu, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Retno Widiarini, S.KM., M.Kes selaku Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
2. Ibu Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua program studi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
3. Ibu Sudarmi, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing 1 yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan bimbingan dalam penyelesaian skripsi ini dengan sabar dan teliti.
4. Ibu Adhin Al Kasanah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah merelakan waktunya dan sabar untuk membimbing penulis, sehingga penulis bisa menyelesaikan skripsi ini.
5. Ibu Asrina Pitayanti, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dewan penguji yang telah bersedia meluangkan waktu dan pikirannya untuk menguji skripsi yang telah dibuat oleh penulis.
6. Kepada Direktur Rumah Sakit RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan izin dan dukungan yang sangat berarti dalam kelancaran proses penelitian ini.

7. Kepada Kepala Ruang Unit *Stroke* Rumah Sakit dr. Soedono Jawa Timur yang telah memberikan bimbingan, dukungan, serta fasilitas yang diberikan selama melakukan penelitian di unit tersebut.
8. Teruntuk Orang Tua saya terimakasih atas segala kasih sayang yang diberikan dalam membesarkan dan membimbing penulis selama ini sehingga penulis dapat terus berjuang dalam meraih mimpi dan cita-cita. Kesuksesan dan segala hal baik yang kedepannya akan penulis dapatkan adalah karena dan untuk kalian berdua.

Akhir kata penulis sampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan skripsi ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah SWT senantiasa meridhai segala usaha kita. Aamiin Wassalamualaikum Wr. Wb

Madiun, 26 Oktober 2024

Aldi Dewanto
NIM. 202102003

ABSTRAK

PENGARUH PEMBERIAN VIDEO EDUKASI TERHADAP PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MERAWAT PASIEN STROKE DI RSUD dr. SOEDONO PROVINSI JAWA TIMUR

Aldi Dewanto

Latar Belakang: Stroke merupakan gangguan fungsi otak akibat hambatan suplai darah yang dapat menyebabkan kecacatan hingga kematian. Peran keluarga dalam perawatan pasien stroke sangat penting, tetapi masih banyak yang kurang memiliki pemahaman memadai. Video edukasi dapat menjadi metode pembelajaran yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh pemberian video edukasi terhadap pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *stroke* di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain *Pra-Eksperimental* dengan pendekatan *One Group Pretest-Posttest*. Teknik sampling yang digunakan *Purposive Sampling* dengan sampel 45 responden. Uji yang digunakan menggunakan *Uji Wilcoxon*.

Hasil: Hasil penelitian dengan *Uji Wilcoxon* bahwa nilai pre test 0,008 dan post test 0,000 menunjukkan adanya peningkatan signifikan dalam pengetahuan keluarga setelah diberikan video edukasi dengan nilai $p < 0,05$. Hal ini bahwa ada pengaruh metode video edukasi efektif dalam meningkatkan pemahaman keluarga mengenai perawatan pasien stroke.

Diskusi: Video edukasi memberikan kemudahan dalam memahami informasi dibandingkan metode edukasi konvensional. Dengan penyajian visual dan auditori, keluarga lebih mudah memahami langkah-langkah perawatan yang tepat. Oleh karena itu, penggunaan video edukasi direkomendasikan sebagai bagian dari program edukasi rumah sakit untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien stroke di rumah.

Kata Kunci: Video Edukasi, Pengetahuan Keluarga, Perawatan *Stroke*, RSUD dr. Soedono

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATIONAL VIDEO PROVISION ON FAMILY KNOWLEDGE REGARDING STROKE PATIENT CARE AT dr. SOEDONO REGIONAL GENERAL HOSPITAL, EAST JAVA PROVINCE JAWA TIMUR

Aldi Dewanto

Background: *Stroke is a brain function disorder caused by a blockage in blood supply, which can lead to disability or death. The role of the family in stroke patient care is very important, but many still lack adequate understanding. Educational videos can be an effective learning method to improve family knowledge in caring for stroke patients. The aim of this study is to determine the effect of educational video provision on family knowledge about stroke patient care at RSUD dr. Soedono, East Java.*

Methods: *This study uses a pre-experimental design with a One Group Pretest-Posttest approach. The sampling technique used was purposive sampling, with 45 respondents as the sample. The test used was the Wilcoxon test.*

Results: *The results of the Wilcoxon test show a pretest value of 0.008 and a posttest value of 0.000, indicating a significant increase in family knowledge after receiving the educational video, with a p-value < 0.05. This indicates that the educational video method is effective in improving family understanding of stroke patient care.*

Discussion: *Educational videos make it easier to understand information compared to conventional educational methods. Through visual and auditory presentation, families can more easily understand the correct care steps. Therefore, the use of educational videos is recommended as part of a hospital education program to improve the quality of stroke patient care at home.*

Keywords: *Educational Video, Family Knowledge, Stroke Care, dr. Soedono Regional General Hospital*

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Video Edukasi	6
2.1.1 Definisi Video Edukasi.....	6
2.1.2 Karakteristik	6
2.1.3 Tujuan dan Fungsi.....	7
2.1.4 Manfaat Video Edukasi.....	9
2.1.5 Kelebihan dan Kekurangan Video Edukasi.....	10
2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Video Edukasi	11
2.2 Konsep Pengetahuan	12
2.2.1 Definisi Pengetahuan	12

2.2.2	Klasifikasi Pengetahuan.....	12
2.2.3	Faktor Pengetahuan.....	14
2.3	Konsep Keluarga.....	14
2.3.1	Pengertian Keluarga.....	14
2.3.2	Tugas dan Peran Keluarga.....	15
2.3.3	Keluarga Inti.....	16
2.3.4	Faktor Pengetahuan Keluarga yang Mempengaruhi	17
2.4	Tinjauan Mengenai Penyakit Stroke	18
2.4.1	Definisi Stroke.....	18
2.4.2	Etiologi Faktor Resiko	19
2.4.3	Komplikasi Stroke	25
2.4.4	Pencegahan Stroke	27
2.5	Merawat Pasien <i>Stroke</i>	29
2.5.1	Teori Merawat Pasien <i>Stroke</i>	29
2.5.2	Perawatan di Rumah Sakit.....	30
2.5.3	Perawatan di Rumah.....	31
2.5.4	Rehabilitasi	33
2.6	Konten Video Edukasi	34
2.6.1	Pembukaan	34
2.6.2	Posisi Tidur yang Tepat	34
2.6.3	Pemberian Makan Pada Pasien <i>Stroke</i>	35
2.6.4	Latihan Gerakan (<i>Range of Motion Exercises</i>)	35
2.6.5	Menjaga Kebersihan (<i>Personal Hygiene</i>).....	35
2.6.6	Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan	36
2.6.7	Teknik Pemindahan yang Aman (<i>Transfer Teknik</i>).....	36
2.6.8	Penutupan.....	36
2.6.9	Profil RSUD dr. Soedono Jawa Timur.....	37
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HOPOTESIS PENELITIAN	38
3.1	Kerangka Konseptual	39
3.2	Hipotesis.....	40
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	41
4.1	Desain Penelitian	41
4.2	Populasi dan Sampel	42
4.2.1	Populasi.....	42
4.2.2	Sampel.....	42

4.2.3	Kriteria Sampel.....	43
4.2.4	Teknik Sampling	44
4.3	Kerangka Kerja.....	45
4.4	Identifikasi Variabel	46
4.4.1	Variabel Independent	46
4.4.2	Variabel Dependent.....	46
4.5	Definisi Operasional.....	47
4.6	Instrumen Penelitian.....	47
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
4.7.1	Lokasi Penelitian.....	49
4.7.2	Waktu Penelitian	49
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	49
4.9	Teknik Analisa Data.....	54
4.9.1	Pengolahan Data.....	54
4.10	Analisa Data	56
4.10.1	Analisa Univariat	56
4.10.2	Analisa Bivariat.....	56
4.1	Etika Penelitian.....	57
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	60
5.1	Hasil Penelitian	60
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	60
5.2	Data Umum.....	61
5.3.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	61
5.3.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	61
5.3.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	62
5.3.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir.....	62
5.3	Data Khusus	63
5.3.1	Karakteristik Pengetahuan Responden Sebelum Pemberian Video Edukasi	63
5.3.2	Karakteristik Pengetahuan Responden Sesudah Pemberian Video Edukasi	65
5.3.3	Analisis Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Di RSUD dr. Soedono Provinsi Tentang Merawat Pasien Stroke.....	67
5.4	Pembahasan	68

5.4.1	Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Stroke Sebelum Video Edukasi di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur.....	68
5.4.2	Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Stroke Sesudah Video Edukasi di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur	69
5.4.3	Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur.....	71
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		74
6.1	Kesimpulan.....	74
6.2	Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA.....		76
LAMPIRAN.....		78

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Skema Rancangan Penelitian <i>One Group Pre-Post Design</i>	41
Tabel 4.2 Definisi Operasional	47
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025	61
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Usia Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025	61
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025	62
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025	62
Tabel 5.5 Karakteristik Pengetahuan Responden Sebelum Pemberian Video Edukasi	63
Tabel 5.6 Kategori Jumlah Responden Berdasarkan Nilai Pre-Test.....	63
Tabel 5.7 Karakteristik Pengetahuan Responden Sesudah Pemberian Video Edukasi	65
Tabel 5.8 Kategori Nilai Responden Berdasarkan Nilai Post-Test	65
Tabel 5.9 Analisis Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Di RSUD dr. Soedono Provinsi Tentang Merawat Pasien Stroke	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien <i>Stroke</i> di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur.....	39
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien <i>Stroke</i> di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Izin Pengambilan Data Awal	79
Lampiran 2	Surat Keterangan Kelayakan Etik Penelitian	80
Lampiran 3	Jawaban Surat Izin Pengambilan Data Awal	81
Lampiran 4	Surat Keterangan Kelayakan Etik Penelitian RSUD dr. Soedono	82
Lampiran 5	Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	83
Lampiran 6	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	84
Lampiran 7	Standar Operasional Prosedur Pemberian Video Edukasi (SOP)	85
Lampiran 8	Lembar Kuisisioner	87
Lampiran 9	Output Data SPSS Data Umum dan Data Khusus	93
Lampiran 10	Jadwal Kegiatan Penelitian.....	95
Lampiran 11	Dokumentasi	96
Lampiran 12	Lembar Konsultasi	97
Lampiran 13	Surat Selesai Penelitian	98

DAFTAR ISTILAH

<i>Stroke</i>	:	Gangguan fungsi otak akibat gangguan suplai darah ke otak
<i>Video edukasi</i>	:	Media pembelajaran yang menggabungkan unsur suara dan gambar
<i>Trombosis</i>	:	Pembentukan gumpalan darah dalam pembuluh darah
<i>Embolisme</i>	:	Penyumbatan pembuluh darah oleh gumpalan yang terbawa aliran darah
<i>Hemoragik</i>	:	Berkaitan dengan pendarahan
<i>Aterosklerosis</i>	:	Penumpukan lemak dan plak di dinding pembuluh darah
<i>Dislipidemia</i>	:	Gangguan kadar lemak dalam darah
<i>Hipertensi</i>	:	Tekanan darah tinggi
<i>Diabetes Melitus</i>	:	Penyakit yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi
<i>Fibrilasi atrium</i>	:	Kelainan irama jantung
<i>Obesitas</i>	:	Kegemukan
<i>Sleep disordered breathing (SDB)</i>	:	Kompleks lemak dan protein dalam darah
<i>Lipoprotein</i>	:	Kompleks lemak dan protein dalam darah
<i>Ulkus decubitus</i>	:	Luka tekan akibat tekanan berkepanjangan pada kulit
<i>Rehabilitas</i>	:	Proses pemulihan fungsi tubuh pasca <i>Stroke</i>
<i>Mortalitas</i>	:	Angka kematian
<i>Inkontinensia</i>	:	Ketidakmampuan menahan air kencing atau feses
<i>Kerangka konsep</i>	:	Representasi visual dari hubungan antara variabel- variabel dalam penelitian

<i>Hipotesis</i>	:	Pernyataan sementara yang diajukan sebagai penjelasan atau dugaan mengenai suatu fenomena
<i>Pra Experimental</i>	:	Jenis desain penelitian eksperimental
<i>One Group Pre-Post Design</i>	:	Rancangan penelitian dengan satu kelompok yang diobservasi sebelum dan sesudah intervensi
<i>Pre-test</i>	:	Tes yang dilakukan sebelum
<i>Intervensi Post-Test</i>	:	Tes yang dilakukan setelah intervensi
<i>Populasi</i>	:	Seluruh subjek penelitian
<i>Sampel</i>	:	Bagian dari populasi yang diteliti
<i>Purposive Sampling</i>	:	Teknik pengambilan sampel dengan kriteria tertentu
<i>Variabel Independent</i>	:	Variabel yang mempengaruhi variabel lain
<i>Variabel Dependent</i>	:	Variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain
<i>Informed Consent</i>	:	Persetujuan yang diberikan oleh responden
<i>Tahu (know)</i>	:	Kemampuan untuk mengingat informasi yang telah diperoleh sebelumnya
<i>Memahami (Comprehension)</i>	:	Kemampuan untuk menginterpretasikan informasi dengan benar.
<i>Aplikasi (Application)</i>	:	Kemampuan menggunakan pengetahuan yang telah dipahami dalam situasi lain.
<i>Analisis (Analysis)</i>	:	Kemampuan untuk menjabarkan, memisahkan, dan mencari hubungan antara komponen-komponen dalam suatu masalah atau objek.
<i>Sintesis (Synthesis)</i>	:	Kemampuan untuk merangkum atau mengintegrasikan komponen-komponen pengetahuan yang ada menjadi satu kesatuan yang logis.
<i>Evaluasi (Evaluation)</i>	:	Kemampuan untuk menilai atau melakukan justifikasi terhadap suatu objek berdasarkan kriteria tertentu atau norma-norma yang berlaku.

- Keluarga Inti* : Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi, atau keduanya.
- Faktor Internal* : Faktor-faktor yang berasal dari dalam diri individu, seperti tingkat kecerdasan, minat terhadap suatu topik, dan kondisi fisik yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk memperoleh dan memproses informasi.
- Faktor Eksternal* : Faktor-faktor yang berasal dari lingkungan luar individu, seperti pengaruh keluarga, interaksi dengan masyarakat, serta ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung proses pembelajaran.
- Faktor Pendekatan Belajar* : Upaya yang dilakukan individu dalam mempelajari materi tertentu, termasuk strategi dan metode pembelajaran yang digunakan
- Modifikator Lingkungan* : Perawat yang dapat memodifikasi lingkungan rumah atau masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.
- Fasilitator* : Perawat yang memahami sistem layanan kesehatan dan dapat memberikan solusi bagi keluarga yang menghadapi kendala.
- Peneliti* : Perawat yang berperan sebagai pengidentifikasi kasus-kasus kesehatan dalam keluarga.
- Konsultan* : Perawat yang bersedia menjadi narasumber dan memberikan saran kepada keluarga pasien.
- Kolaborator* : Perawat yang berkolaborasi dengan keluarga pasien dan berjejaring dengan perawat lain atau pelayanan rumah sakit.
- Neuroplastisitas* : Kemampuan otak untuk beradaptasi dan membentuk koneksi baru setelah cedera.
- Iskemik* : Kondisi di mana suplai darah ke otak berkurang karena penyumbatan pembuluh darah.

<i>Hiperkoagulabilitas</i>	:	Kondisi di mana darah cenderung lebih mudah menggumpal, meningkatkan risiko stroke.
<i>Trombolisis</i>	:	Terapi untuk melarutkan gumpalan darah yang menyumbat arteri.
<i>Aneurisma</i>	:	Pelebaran abnormal pada pembuluh darah yang dapat pecah dan menyebabkan stroke hemoragik.
<i>Hemiparesis</i>	:	Kelemahan pada satu sisi tubuh akibat stroke
<i>Hemiplegia</i>	:	Kelumpuhan pada satu sisi tubuh akibat stroke
<i>Afasia</i>	:	Gangguan kemampuan berbicara dan memahami bahasa akibat stroke.
<i>Dysphagia</i>	:	Kesulitan menelan makanan atau cairan akibat gangguan saraf.
<i>Neurotransmitter</i>	:	Zat kimia di otak yang mengirimkan sinyal antar neuron.
<i>Rehabilitasi Neurologis</i>	:	Program terapi yang bertujuan untuk memulihkan fungsi saraf setelah stroke.
<i>Hipoksia</i>	:	Kekurangan oksigen dalam jaringan tubuh, termasuk otak.
<i>Vasodilatasi</i>	:	Pelebaran pembuluh darah untuk meningkatkan aliran darah.
<i>Hipoperfusi Serebral</i>	:	Penurunan aliran darah ke otak yang dapat menyebabkan stroke.
<i>Neurogenesis</i>	:	Proses pembentukan neuron baru di otak setelah cedera.

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
AHA/ASA	: American Heart Association/American <i>Stroke</i> Association
DM	: Diabetes Melitus
BMI	: Body Mass Index
LDL	: Low Density Lipoprotein
Lp(a)	: Lipoprotein(a)
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
MRS	: Modified Rankin Scale
IV	: Intravenous
HbA1C	: Hemoglobin A1C
EPA	: Eicosapentaenoic Acid
DHA	: Docosahexaenoic Acid
ROM	: Range of Motion
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
Ha	: Hipotesis alternatif
H0	: Hipotesis nol
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
CVA	: Cerebrovascular Accident
CT Scan	: Computed Tomography Scan
TPA	: Tissue Plasminogen
ECG/EKG	: Electrocardiography
BP	: Blood Pressure
ICU	: Intensive Care
NPO	: Nil Per Os
OT	: Occupational Therapy
PT	: Physical Therapy
ADL	: Activities of Daily Living
FAST	: Face, Arm, Speech, Time
TIA	: Transient Ischemic Attack
GCS	: Glasgow Coma Scale
CSF	: Cerebrospinal Fluid

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan pada sistem saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah di otak, baik karena pecahnya pembuluh darah atau penyumbatan pada pembuluh darah di otak (Gumelar et al., 2023). Biasanya, *Stroke* menyebabkan berbagai jenis cacat seperti kelumpuhan pada bagian tubuh, gangguan bicara, kesulitan dalam proses berpikir, masalah pada daya ingat, dan beragam bentuk cacat lainnya akibat gangguan fungsi otak (Gumelar et al., 2023). Walaupun demikian *Stroke* merupakan penyakit serius sering kali keluarga pasien kekurangan informasi merawat pasien *Stroke*, dibutuhkan pemahaman yang lebih baik tentang cara merawat pasien *Stroke*. Dengan memberikan video edukasi, diharapkan keluarga pasien dapat memahami dengan lebih baik cara merawat pasien *Stroke*, sehingga dapat memberikan perawatan yang tepat dan mendukung proses pemulihan pasien secara optimal (Bakri et al., 2020).

Secara global, 15 juta orang terserang *Stroke* setiap tahunnya, satu pertiga diantaranya meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen. Data dari WHO (World Health Organization) menyebutkan setiap tahunnya ada sekitar 5,8 juta orang yang meninggal karena *Stroke* dan duasepertiga dari semua kematian akibat *Stroke* terjadi di negaranegara berkembang. Lalu pada tahun 2017 di Amerika Serikat terdapat 281.350 penderita dengan angka mortalitas 863,8 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2019). Di Indonesia berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menunjukkan prevalensi *Stroke* 10,9 permil. Di Provinsi Jawa Timur, *Stroke* menempati posisi nomor 8 tertinggi dengan tingkat prevalensi 12,4% per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2018). Meskipun *Stroke* memiliki banyak dampak yang

cukup signifikan, diperkirakan sekitar 60% keluarga pasien *Stroke* di Indonesia belum mendapatkan pendidikan video tentang merawat pasien *Stroke* di rumah sakit maupun di rumah (Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia). Meskipun demikian, kesadaran dan pendidikan mengenai perawatan *Stroke* masih menjadi kebutuhan yang belum terpenuhi, terutama di Indonesia. Upaya edukasi dan pencegahan perlu terus ditingkatkan untuk mengurangi beban *Stroke* baik secara lokal maupun global.

Penulis melakukan studi pendahuluan pada tanggal 29 Oktober 2024 mengenai keluarga pasien stroke di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keluarga pasien belum sepenuhnya memahami cara merawat pasien dan belum mendapatkan video edukasi terkait perawatan yang sesuai. Hal ini menyebabkan keluarga kurang mengetahui tentang cara merawat pasien stroke dengan benar.

Stroke merupakan salah satu penyebab utama kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak. Proses pemulihan bagi penderita *Stroke* membutuhkan waktu yang lama, seringkali mencapai 6 hingga 12 bulan pertama setelah timbulnya gejala *Stroke* (Smeltzer, 2015). Pemulihan ini tidak sepenuhnya dapat dilakukan di rumah sakit karena waktu perawatan yang terbatas dan biaya yang tinggi. Oleh karena itu, peran keluarga dalam merawat pasien *Stroke* di rumah menjadi sangat penting. Keluarga merupakan unit terdekat dengan pasien dan memiliki peran utama dalam perawatan pasien *Stroke*. Mereka berperan dalam menentukan jenis perawatan yang diperlukan pasien di rumah (Setiowati, 2021). Meskipun demikian, seringkali keluarga tidak mendapatkan informasi yang memadai terkait perawatan *Stroke* saat pasien keluar dari rumah sakit. Penelitian menunjukkan bahwa kurangnya

informasi menjadi faktor kunci yang membuat banyak keluarga tidak dapat merawat pasien dengan baik di rumah (Setiowati, 2021). Hal ini dapat berpotensi menyebabkan komplikasi seperti luka tekan, kelemahan otot atau sendi, inkontinensia, dan lainnya. Oleh karena itu, penting bagi keluarga dan pengasuh pasien untuk mendapatkan informasi yang lengkap terkait *Stroke* dan perawatannya (Setiowati, 2021). Pentingnya edukasi bagi keluarga dalam merawat pasien *Stroke* di rumah diatur oleh Undang-Undang keperawatan pasal 29 ayat 1b, yang menegaskan bahwa perawat bertugas sebagai penyuluh dan konselor bagi klien (Setiowati, 2021). Meskipun demikian, banyak rumah sakit, pelaksanaan edukasi terhadap keluarga seringkali hanya sebatas penyuluhan. Informasi yang diberikan kepada keluarga saat pasien pulang dari rumah sakit cenderung terbatas pada resume medis dan tanpa penjelasan yang memadai terkait kondisi pasien dan manajemen perawatannya di rumah

Pemilihan media edukasi yang tepat, dapat mengoptimalkan penyebaran informasi. Semakin berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi juga berpengaruh terhadap media yang dapat membantu perawat untuk memberikan penjelasan kepada keluarga tentang bagaimana perawatan pasien *Stroke* setelah pulang di rumah. Menurut (Setiowati, 2021) media pembelajaran yang efektif dapat difasilitasi dengan metode pemberian video edukasi. Kelebihan menggunakan media video edukasi seseorang dapat dengan mudah memahami informasi yang didapatkan karena sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui mata dan telinga.

Berdasarkan penjelasan diatas menunjukkan bahwa kurangnya informasi merupakan faktor kunci yang membuat banyak keluarga tidak dapat merawat pasien *Stroke* (Setiowati, 2021). Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui pengaruh

pemberian video edukasi terhadap pengetahuan keluarga tentang merawat pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Madiun.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Adakah Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUD dr. Soedono Provinsi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian video edukasi terhadap pengetahuan keluarga tentang merawat pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang merawat pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi sebelum diberikan video edukasi pada keluarga pasien.
2. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang merawat pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi setelah diberikan video edukasi pada keluarga pasien.
3. Menganalisa pengaruh pemberian video edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi tentang merawat pasien Stroke

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan pengetahuan dalam pengembangan teori penggunaan video edukasi tentang pengetahuan keluarga dalam merawat pasien *Stroke*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien dan keluarga meningkatkan pengetahuan bagi keluarga pasien dalam merawat pasien *Stroke* agar perawatan pasien berjalan baik.
2. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data dasar dalam pengembangan penelitian.
3. Bagi rumah sakit hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu keluarga untuk mendapatkan informasi mengenai perawatan pada pasien *Stroke* di rumah.
4. Bagi insitusi pendidikan sebagai masukan informasi yang dapat bermakna bagi

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Video Edukasi

2.1.1 Definisi Video Edukasi

Video edukasi merupakan cara menghasilkan atau menyampaikan materi dengan menggunakan mesinmesin mekanis dan elektronik, untuk menyampaikan pesanpesan video edukasi (Karsidi, 2018:52). Video edukasi merupakan salah satu media yang menggabungkan unsur suara dan gambar. Kombinasi kedua unsur ini memberikan kemampuan yang lebih baik dalam menyampaikan informasi. Video edukasi terdiri dari media auditif (pendengaran) dan visual (penglihatan). Alat ini digunakan sebagai bantuan dalam pembelajaran untuk mendukung tulisan dan katakata yang diucapkan dalam menyampaikan pengetahuan, sikap, dan ide dalam materi pembelajaran (Wati, 2019:43).

2.1.2 Karakteristik

Karakteristik media berbasis video edukasi menurut Wati (2019) adalah sebagai berikut:

1. Bersifat linier.

Media video edukasi umumnya memiliki sifat linier dan menyajikan visualisasi yang dinamis.

2. Sesuai petunjuk penggunaan.

Media video edukasi ini biasanya digunakan sesuai dengan instruksi yang telah ditentukan sebelumnya oleh desainer atau pembuatnya.

3. Merupakan representasi fisik.

Media video edukasi ini berfungsi sebagai representasi fisik dari gagasan nyata atau abstrak yang disampaikan dalam materi pembelajaran. Pengembangan

video edukasi ini didasarkan pada prinsip-prinsip psikologis behaviorisme dan kognitif.

4. Variatif.

Media video edukasi merupakan media pembelajaran yang menarik dengan variasi yang beragam dalam setiap penyajiannya. Variasi kecepatan dalam penyampaian materi pembelajaran akan diikuti oleh perubahan tampilan video edukasi yang berbedabeda.

2.1.3 Tujuan dan Fungsi

Menurut Sanaky (Karsidi, 2018:8) tujuan media sebagai alat bantu pembelajaran adalah untuk:

1. Mempermudah proses penyebaran informasi
2. Meningkatkan efisiensi dalam proses penyebaran informasi
3. Menjaga relevansi antara materi dengan tujuan

Media pembelajaran berbasis video edukasi berfungsi sebagai perantara atau penyampai pesan pembelajaran yang menggabungkan elemen visual dan suara. Karena memanfaatkan lebih dari satu indera, media ini sering dimasukkan dalam kategori multimedia. Dalam konteks komunikasi, media video edukasi memiliki beberapa fungsi penting yang meliputi fungsi edukatif, sosial, ekonomis, dan budaya:

4. Fungsi Edukatif

Media ini memberikan dampak pendidikan yang signifikan, seperti mendorong mahasiswa keperawatan untuk berpikir kritis, memberikan pengalaman belajar yang bermakna, serta memperluas dan mengembangkan cakrawala berpikir mereka.

5. Fungsi Sosial

Media video edukasi menyediakan informasi autentik dalam berbagai bidang kehidupan dan menyampaikan konsep yang seragam kepada semua orang. Hal ini membantu memperluas jaringan sosial, meningkatkan pemahaman tentang orang lain, cara berinteraksi, serta adat dan budaya yang berlaku.

6. Fungsi Ekonomis

Media ini meningkatkan efisiensi dalam mencapai tujuan pembelajaran dengan mengurangi biaya, tenaga, dan waktu yang diperlukan, tanpa mengurangi efektivitas pencapaian tujuan tersebut.

7. Fungsi Budaya

Media video edukasi berperan dalam mempengaruhi perubahan dalam kehidupan manusia, serta mewariskan dan melestarikan unsurunsur budaya dan seni yang ada dalam masyarakat. Selain fungsifungsi tersebut, terdapat beberapa fungsi tambahan dari media pembelajaran video edukasi yang juga perlu diperhatikan:

a. Lebih Efektif

Media ini berfungsi sebagai sarana belajar untuk menciptakan situasi yang lebih efektif bagi pelihat.

b. Sebagai Bagian Integral Pembelajaran

Media video edukasi dapat menjadi bagian integral dari keseluruhan proses pembelajaran.

c. Sebagai Hiburan

Dalam proses belajar mengajar, media video edukasi juga dapat berfungsi sebagai hiburan, sekaligus menarik perhatian dan merangsang minat belajar mereka.

d. Mempercepat Proses Belajar

Media pembelajaran video edukasi dapat berfungsi sebagai alat untuk mempermudah dan mempercepat proses belajar dalam menangkap materi yang diberikan atau ditampilkan.

e. Meningkatkan Kualitas Belajar

Media video edukasi juga dapat berfungsi sebagai salah satu sarana yang dapat meningkatkan kualitas proses belajar mengajar.

2.1.4 Manfaat Video Edukasi

Dalam Encyclopedia of Educational Research yang dikutip oleh Hamalike (Karsidi, 2018:14), manfaat video edukasi dijelaskan sebagai berikut:

1. Menyediakan dasar yang konkret untuk berpikir dan mengurangi penggunaan katakata yang berlebihan.
2. Menarik perhatian pelihat.
3. Menyediakan dasar penting untuk perkembangan belajar
4. Memberikan pengalaman nyata dan mendorong pelihat untuk belajar secara mandiri.
5. Mengembangkan pemikiran yang teratur dan berkelanjutan, terutama yang berkaitan dengan kehidupan sehari-hari.
6. Membantu dalam perkembangan kemampuan berbahasa.

7. Menambah variasi dalam kegiatan pembelajaran. Pendapat ini sejalan dengan Sudjana dan Rivai (1991), yang menyatakan bahwa video edukasi berguna untuk membuat pengajaran lebih menarik sehingga dapat meningkatkan motivasi belajar pelajar, memperjelas makna materi pembelajaran agar lebih mudah dipahami sehingga tujuan pengajaran dapat tercapai dengan lebih baik, serta membuat metode pembelajaran lebih bervariasi. Dengan menggabungkan komunikasi verbal dengan media lain, pelajar tidak mudah bosan dan lebih banyak terlibat dalam kegiatan belajar, tidak hanya mendengarkan tetapi juga melakukan berbagai aktivitas seperti mengamati, mendemonstrasikan, atau presentasi.

2.1.5 Kelebihan dan Kekurangan Video Edukasi

Menurut Arsyad (Karsidi 2018:53), pengajaran melalui video edukasi ditandai dengan penggunaan perangkat keras selama proses belajar, seperti proyektor, tape recorder, dan proyektor visual yang lebar. Pembelajaran dengan media video edukasi melibatkan produksi dan penggunaan materi yang disampaikan melalui pandangan dan pendengaran, serta tidak sepenuhnya bergantung pada pemahaman kata atau simbol-simbol.

1. Kelebihan Media Berbasis Video edukasi
 - a. Efektivitas Pembelajaran: Media ini lebih efektif dalam menyampaikan materi karena dapat melayani gaya belajar siswa yang bersifat auditorial maupun visual.
 - b. Pengalaman Nyata: Media video edukasi mampu memberikan pengalaman yang lebih nyata dibandingkan media audio atau visual saja.

- c. Pemahaman yang Lebih Cepat: Siswa dapat lebih cepat mengerti materi karena mendengarkan sambil melihat langsung, sehingga tidak hanya membayangkan.
 - d. Daya Tarik: Penggunaan media video edukasi lebih menarik dan menyenangkan bagi siswa.
2. Kekurangan Media Berbasis Video edukasi
- a. Waktu Pembuatan: Pembuatan media video edukasi memerlukan waktu yang lama karena harus memadukan elemen audio dan visual.
 - b. Keterampilan dan Ketelitian: Membuat media ini membutuhkan keterampilan dan ketelitian yang tinggi.
 - c. Biaya: Biaya pembuatan media video edukasi cukup mahal.
 - d. Ketersediaan Perangkat: Pembuatan media ini sulit dilakukan jika perangkat pembuatnya tidak tersedia.

2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Video Edukasi

Faktor-faktor yang mempengaruhi edukasi Menurut Paradela (2022) didalam edukasi terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi diantaranya:

1. Faktor Materi

Dalam hal ini seperti halnya yang dapat menentukan proses belajar dan hasil belajar, contohnya pengetahuan yang berubah akan menentukan perbedaan dalam proses belajar.

2. Faktor Lingkungan

Dalam hal ini dibagi menjadi dua kategori, yaitu lingkungan fisik dengan meliputi suhu, kelembaban dan kondisi daerah penelitian. Kemudian

lingkungan sosial yaitu manusia dan segala interaksinya serta manifestasinya, seperti keramaian atau kebisingan.

3. Faktor Instrumen

Dalam edukasi meliputi hardware, software, kurikulum dalam pendidikan formal, fasilitator, serta ketepatan metode pemberian edukas.

4. Faktor individu masingmasing sebagai subjek belajar.

2.2 Konsep Pengetahuan

2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari proses pengindraan manusia, atau hasil pemahaman seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Proses pengindraan yang menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran (telinga) dan indra penglihatan (Notoatmodjo, 2020:27).

2.2.2 Klasifikasi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2020:27) pengetahuan seseorang terhadap suatu objek memiliki intensitas atau tingkatan yang berbedabeda. Secara garis besar, tingkat pengetahuan tersebut dibagi menjadi enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (know):

Tahu diartikan sebagai kemampuan untuk mengingat (recall) informasi yang telah diperoleh sebelumnya.

2. Memahami (*Comprehension*):

Memahami suatu objek berarti lebih dari sekadar mengetahui; ini melibatkan kemampuan untuk menginterpretasikan informasi tersebut dengan benar.

3. Aplikasi (*Application*):

Aplikasi berarti kemampuan menggunakan pengetahuan yang telah dipahami dalam situasi lain. Contohnya, seseorang yang memahami proses perencanaan dapat membuat rencana program kesehatan di tempat kerjanya, atau seseorang yang paham metodologi penelitian dapat dengan mudah menyusun proposal penelitian.

4. Analisis (*Analysis*):

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan, memisahkan, dan mencari hubungan antara komponen-komponen dalam suatu masalah atau objek. Pengetahuan pada tingkat ini ditunjukkan dengan kemampuan membedakan atau mengelompokkan informasi, serta membuat diagram atau bagan.

5. Sintesis (*Synthesis*):

Sintesis adalah kemampuan untuk merangkum atau mengintegrasikan komponen-komponen pengetahuan yang ada menjadi satu kesatuan yang logis. Ini mencakup kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi yang sudah ada. Misalnya, meringkas informasi yang telah dibaca atau didengar dengan kata-kata sendiri, atau membuat kesimpulan dari sebuah artikel yang telah dibaca.

6. Evaluasi (*Evaluation*):

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk menilai atau melakukan justifikasi terhadap suatu objek berdasarkan kriteria tertentu atau norma-norma yang berlaku.

2.2.3 Faktor Pengetahuan

Purwoastuti (2015,:21) memaparkan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dapat dibagi menjadi tiga kategori:

1. Faktor Internal: Merujuk pada faktor-faktor yang berasal dari dalam diri individu, seperti tingkat kecerdasan, minat terhadap suatu topik, dan kondisi fisik yang memengaruhi kemampuan seseorang untuk memperoleh dan memproses informasi.
2. Faktor Eksternal: Menyiratkan faktor-faktor yang berasal dari lingkungan luar individu, seperti pengaruh keluarga, interaksi dengan masyarakat, serta ketersediaan sarana dan prasarana yang mendukung proses pembelajaran.
3. Faktor Pendekatan Belajar: Merujuk pada upaya yang dilakukan individu dalam mempelajari materi tertentu, termasuk strategi dan metode pembelajaran yang digunakan, seperti cara mengorganisir informasi, memanfaatkan sumber daya, dan mengelola waktu belajar.

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga, menurut penelitian Bentler et al. (mengutip dalam buku Bakri, 2022:11), merupakan sebuah kelompok sosial yang unik, yang terikat oleh hubungan darah atau ikatan keluarga, serta hubungan emosional yang kuat. Keluarga memberikan perhatian dan asuhan yang penting untuk perkembangan anggotanya, dengan tujuan orientasi kepentingan bersama. Pandangan serupa diungkapkan oleh Johnson (mengutip dalam buku Bakri, 2022:11), yang mendefinisikan keluarga sebagai kumpulan dua orang atau lebih, terikat oleh hubungan darah atau tidak, yang hidup bersama dalam satu rumah dan memiliki

ikatan emosional yang erat, serta saling bertanggung jawab satu sama lain. Lancaster dan Stanhope (mengutip dalam buku Bakri, 2022:11) menambahkan bahwa keluarga terdiri dari dua individu atau lebih, yang mungkin berasal dari kelompok keluarga yang sama atau berbeda, yang terlibat dalam kehidupan yang terusmenerus, tinggal dalam satu rumah, memiliki ikatan emosional, dan membagi tugastugas antara satu sama lain.

2.3.2 Tugas dan Peran Keluarga

Menurut Bakri (2022:93) perawat keluarga memiliki peran yang vital dalam perawatan keluarga, yang meliputi berbagai fungsi sebagai berikut:

1. Pendidik: Perawat bertugas menyampaikan informasi tentang kesehatan kepada keluarga, serta memberikan pembelajaran agar keluarga mampu melakukan asuhan kesehatan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan keluarga.
2. Koordinator: Sebagai koordinator, perawat mengatur program kegiatan atau terapi untuk mencegah tumpang tindih dan memudahkan jalannya perawatan bagi pasien.
3. Pelaksana: Perawat memberikan perawatan langsung kepada pasien, baik di rumah, klinik, maupun rumah sakit, serta memberikan demonstrasi tentang asuhan keperawatan kepada keluarga.
4. Pengawas Kesehatan: Melalui home visit atau kunjungan ke rumah secara teratur, perawat mengontrol kondisi pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga, dan memberikan informasi kepada keluarga terkait kondisi anggota keluarga yang sakit.

5. **Konsultan:** Perawat bersedia menjadi narasumber dan memberikan saran kepada keluarga pasien terkait masalah kesehatan, menjalin hubungan yang baik dengan keluarga pasien, dan memberikan nomor kontak pribadi jika diperlukan.
6. **Kolaborator:** Perawat berkolaborasi dengan keluarga pasien, serta berjejaring dengan perawat lain atau pelayanan rumah sakit untuk mengantisipasi kejadian yang tidak diharapkan dan mendapatkan pertolongan jika diperlukan.
7. **Fasilitator:** Perawat memahami sistem layanan kesehatan dan dapat memberikan solusi bagi keluarga yang menghadapi kendala, seperti keterbatasan pendanaan atau kebutuhan rujukan.
8. **Peneliti:** Perawat berperan sebagai pengidentifikasi kasus-kasus kesehatan dalam keluarga, menyadari perbedaan karakteristik setiap keluarga, dan dapat menjadi sumber temuan baru untuk kesehatan masyarakat.
9. **Modifikator Lingkungan:** Selain memberikan informasi kesehatan, perawat juga dapat memodifikasi lingkungan rumah atau masyarakat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan.

2.3.3 Keluarga Inti

Menurut Singarimbun & Tarigan (2023:3) Pembagian tipe keluarga bergantung pada konteks keilmuan dan siapa yang melakukan pengelompokan. Secara tradisional, keluarga dikelompokkan menjadi dua tipe, yaitu:

1. **Keluarga inti (nuclear family):** Keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak-anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi, atau keduanya.

2. Keluarga besar (extended family): Keluarga inti ditambah dengan anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah, seperti kakeknenek, paman, dan bibi.

2.3.4 Faktor Pengetahuan Keluarga yang Mempengaruhi

Perawatan Pasien Perkembangan sosial turut memengaruhi keperawatan kesehatan keluarga. Ketika gaya hidup dan perilaku individu dalam keluarga berkembang, di saat itu pula perawatan kesehatan keluarga mengalami perkembangan. Mencermati perkembangan belakangan ini, Zaidin Ali (Bakri, 2022:91) merumuskan beberapa perkembangan perawatan keluarga sebagai berikut:

1. Kebanyakan orang mulai menyadari tentang perlunya peningkatan kesehatan dan perawatan kesehatan secara menyeluruh kepada setiap anggota keluarga. Hal ini secara tidak langsung juga memberikan pengakuan kepada keperawatan.
2. Peningkatan populasi lanjut usia dan berkembangnya berbagai penyakit kronis menambah kesadaran masyarakat akan arti penting perawatan keluarga.
3. Penelitian tentang keperawatan keluarga juga berbanding lurus dengan perkembangan tersebut. Perkembangan riset dalam bidang ini menunjukkan peningkatan yang pesat.
4. Dengan penelitian tersebut, maka tampak bahwa sebenarnya banyak keluarga yang bermasalah dalam masyarakat kita.
5. Keperawatan keluarga menjadi kebutuhan umum sehingga banyak kajian yang tersebar luas. Kajian tersebut berkisar pada pembahasan teori umum tentang keluarga, teori kedekatan, dan teori sistem umum.

2.4 Tinjauan Mengenai Penyakit Stroke

2.4.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang timbul secara tiba-tiba dan berlangsung lebih dari 24 jam akibat gangguan suplai darah ke otak. Kondisi ini memicu serangkaian reaksi biokimia dalam jaringan otak yang dapat merusak atau bahkan mengakibatkan kematian sel-sel otak. Kematian jaringan otak ini dapat menyebabkan kehilangan kontrol atas fungsifungsi yang diatur oleh jaringan tersebut. Sebagaimana kita ketahui, otak berperan sebagai pusat sistem saraf dalam tubuh manusia, mengendalikan tidak hanya gerakan tubuh tetapi juga proses-proses kognitif seperti pemikiran, ingatan, emosi, suasana hati, dan bahkan dorongan seksual. Aliran darah yang lancar ke otak sangat penting karena otak memerlukan oksigen dan nutrisi yang cukup untuk menjaga fungsifungsinya. Gangguan aliran darah ke otak dapat mengganggu pasokan oksigen, yang jika terhenti selama beberapa detik saja dapat mengakibatkan kerusakan permanen pada sel-sel otak. Meskipun mungkin ada anggapan bahwa *Stroke* hanya menyerang orang lanjut usia, fakta menunjukkan bahwa *Stroke* juga dapat terjadi pada usia muda. Di Amerika Serikat, misalnya, ribuan orang usia 30–44 tahun mengalami *Stroke* setiap tahunnya. *Stroke* juga merupakan penyebab kematian utama di banyak negara industri. Meskipun pengobatan untuk *Stroke* belum bisa menyembuhkan sepenuhnya, upaya penyelamatan dapat mengurangi dampaknya. Namun, penderita *Stroke* sering mengalami gangguan seperti lumpuh, hilangnya ingatan, atau kesulitan berbicara sebagai akibat dari kondisi ini. (Wiwit S, 2016:13).

2.4.2 Etiologi dan Faktor Resiko

Black & Hawks, Price & Wilson menjelaskan Beberapa faktor yang bisa menyebabkan *Stroke* antara lain (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6):

1. *Trombosis*

Trombosis adalah pembentukan gumpalan darah yang dimulai dengan kerusakan pada dinding endotel pembuluh darah, seringkali akibat *Aterosklerosis*. *Aterosklerosis* mengakibatkan penumpukan lemak dan pembentukan plak di dinding pembuluh darah. Penumpukan plak yang berkelanjutan dapat menyebabkan penyumbatan di pembuluh darah otak atau pembuluh darah lainnya. Pada trombus di pembuluh distal, gumpalan ini bisa terlepas dan beredar melalui arteri otak sebagai embolus (Black & Hawks, 2009).

2. *Embolisme*

Menurut Price & Wilson Embolus yang terlepas ke dalam sirkulasi darah dapat menyumbat arteri serebral dan menyebabkan *Stroke* embolik, yang lebih sering terjadi pada *Fibrilasi atrium* kronis (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). Black & Hawks juga menjelaskan Emboli dapat berasal dari berbagai sumber seperti tumor, lemak, bakteri, udara, atau akibat endokarditis bakterial maupun nonbakterial (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6), serta dari *Fibrilasi atrium* dan infark miokard baru (Ginsberg, mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

3. *Hemoragik*

Menurut Black & Hawks Sebagian besar pendarahan intraserebral disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah akibat arteriosklerosis. Pendarahan

intraserebral lebih umum terjadi pada individu berusia di atas 50 tahun dan biasanya diakibatkan oleh hipertensi. Penyebab lain termasuk aneurisma, yang meskipun biasanya berukuran kecil (26 mm), dapat pecah dan diperkirakan menyumbang 6% dari semua kasus *Stroke* (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). Hickey juga menjelaskan tingkat kematian akibat pendarahan intraserebral dalam 30 hari pertama adalah antara 35-50%, dengan lebih dari setengah kematian terjadi dalam dua hari pertama setelah serangan, dan 6% pasien meninggal sebelum mencapai rumah sakit (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

4. *Faktor* risiko adalah kondisi atau kelainan yang meningkatkan kerentanan seseorang terhadap serangan *Stroke*. Penggolongan faktor risiko *Stroke* didasarkan pada apakah risiko tersebut dapat diubah atau tidak.

a. Menurut AHA/ASA, Price & Wilson Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah antara lain (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6):

1) Umur:

Risiko *Stroke* meningkat seiring bertambahnya usia karena penurunan fungsi sistem pembuluh darah. Statistik menunjukkan bahwa risiko ini meningkat dua kali lipat setelah usia ≥ 55 tahun.

2) Jenis Kelamin:

Pria lebih banyak mengalami *Stroke* dibandingkan wanita, kecuali pada rentang usia 35-44 tahun dan di atas 85 tahun, dimana wanita lebih banyak terkena. Ini mungkin karena penggunaan kontrasepsi oral dan usia harapan hidup wanita yang lebih tinggi. Wanita di

Indonesia memiliki usia harapan hidup 34 tahun lebih tinggi dibandingkan pria.

3) Ras:

Menurut Yastroki penduduk AfrikaAmerika dan HispanicAmerika memiliki risiko *Stroke* lebih tinggi dibandingkan EropaAmerika. Studi arterosklerosis menunjukkan bahwa orang kulit hitam mengalami *Stroke* 38% lebih sering dibandingkan kulit putih. Di Indonesia, sekitar 500.000 orang terkena *Stroke* setiap tahun, dengan 25% atau 125.000 di antaranya meninggal dan sisanya mengalami cacat ringan atau berat (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). Pdpersi menjelaskan pada tahun 1990, *Stroke* menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab kematian setelah penyakit jantung dan kanker, namun pada tahun 2010 menjadi penyebab kematian nomor satu di Indonesia (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

4) Faktor Keturunan:

Riwayat *Stroke* pada orang tua meningkatkan risiko *Stroke* pada keturunannya, melalui mekanisme seperti faktor genetik, budaya atau lingkungan, dan interaksi antara genetik dan lingkungan.

b. Faktor Risiko yang dapat Diubah:

Menurut Hudak & Gallo *Stroke* dapat dicegah. Penelitian menunjukkan bahwa 50% kematian akibat *Stroke* pada pasien di bawah usia 70 tahun bisa dicegah dengan menerapkan pengetahuan yang ada (mengutip

dalam buku Amila et al., 2020:6). Faktor risiko yang dapat diubah meliputi:

1) Hipertensi

Tilong menjelaskan hipertensi merupakan faktor risiko utama *Stroke*, menyebabkan pengerasan dan penyumbatan arteri. Penderita hipertensi memiliki risiko *Stroke* empat hingga enam kali lebih besar dibandingkan mereka yang tidak hipertensi, dan sekitar 40-90% pasien *Stroke* memiliki riwayat hipertensi sebelumnya (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). Menurut Black & Hawks mengendalikan hipertensi dapat mengurangi insiden *Stroke* hingga 38% (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

2) Merokok:

AHA/ASA menuturkan bahwa merokok merupakan masalah kesehatan utama yang meningkatkan risiko *Stroke*, terutama jika dikombinasikan dengan faktor risiko lain seperti penggunaan kontrasepsi oral. Merokok meningkatkan kejadian trombus karena arterosklerosis dan berkontribusi terhadap 12-14% kematian akibat *Stroke* (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). WHO memperkirakan kematian akibat tembakau akan meningkat dari 5,4 juta pada 2005 menjadi 8,3 juta pada 2030.

3) Diabetes Melitus (DM):

Menurut AHA/ASA diabetes melitus merupakan faktor risiko *Stroke* karena penderita DM cenderung mengalami arterosklerosis, hipertensi, kegemukan, dan kadar kolesterol tinggi. Kombinasi

hipertensi dan diabetes meningkatkan risiko komplikasi termasuk *Stroke*. DM tipe 2 seringkali terkait dengan perilaku makan (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6). Gula darah normal berkisar antara 70-99 mg/dL saat puasa, dan kurang dari 140 mg/dL dua jam setelah makan. Sedangkan gula darah yang tidak normal, atau tinggi, biasanya di atas 126 mg/dL saat puasa, dan di atas 200 mg/dL dua jam setelah makan.

4) Kelainan Jantung:

AHA/ASA menurukan kelainan jantung *Fibrilasi atrium* merupakan sumber emboli yang dapat menyebabkan *Stroke*. Sekitar 4% pasien *Fibrilasi atrium* mengalami *Stroke* setiap tahun (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

5) *Dislipidemia*:

Menurut AHA/ASA kolesterol total dan LDL yang tinggi berkaitan erat dengan *Aterosklerosis* dan meningkatkan risiko *Stroke* iskemik. Setiap kenaikan kadar kolesterol total 38,7 mg/dL meningkatkan risiko *Stroke* sebanyak 25% (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

6) Latihan Fisik:

AHA/ASA menjelaskan latihan fisik secara teratur disarankan 37 hari per minggu selama 2060 menit per hari untuk mengurangi risiko *Stroke*. Latihan fisik membantu mengurangi risiko penyakit jantung dan *Stroke* (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

7) Kegemukan:

Menurut Tilong kegemukan berhubungan dengan pola makan, DM tipe 2, kolesterol tinggi, dan hipertensi. BMI digunakan untuk mengukur kegemukan. Penderita obesitas memiliki risiko *Stroke* lebih tinggi terutama pada usia 35-94 tahun. Obesitas sentral sangat berkaitan dengan *Aterosklerosis* (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

8) Pola Makan:

Intake sodium yang tinggi dan nutrisi tinggi lemak meningkatkan risiko *Stroke* melalui peningkatan tekanan darah.

9) Penggunaan Alkohol:

Bazzama mengatakan konsumsi alkohol berlebihan merupakan faktor risiko utama hipertensi dan penyakit terkait hipertensi. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan alkohol berlebihan meningkatkan insiden *Stroke* dan risiko kematian (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

10) Penggunaan Obat-obatan:

Obat-obatan seperti kokain, amfetamin, dan heroin meningkatkan risiko *Stroke* dengan mempengaruhi tekanan darah.

11) Pemakaian Obat Kontrasepsi Oral:

Hershey, Black & Hawks menjelaskan penggunaan kontrasepsi oral dosis tinggi meningkatkan risiko *Stroke*, terutama jika dikombinasikan dengan faktor risiko lain seperti usia di atas 35

tahun, merokok hipertensi, dan diabetes (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

12) Gangguan Pola Tidur:

AHA/ASA menjelaskan gangguan pola tidur seperti *sleep disordered breathing (SDB)* meningkatkan risiko *Stroke* dan gangguan jantung. SDB lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

13) Kenaikan Lipoprotein

a) Lp (a):

Menurut AHA/ASA lipid protein kompleks yang meningkat meningkatkan risiko penyakit jantung dan *Stroke*. Lp (a) adalah partikel dari LDL yang menghambat plasminogen activator dan meningkatkan risiko *Trombosis* (mengutip dalam buku Amila et al., 2020:6).

2.4.3 Komplikasi *Stroke*

Komplikasi yang sering terjadi setelah serangan *Stroke* adalah:

1. Komplikasi imobilitas

Kontraktur dan nyeri bahu, *shoulder hand syndrome* terjadi pada 27% pasien *Stroke*. Ulkus dekubitus, merupakan komplikasi yang dapat dihindari dengan prosedur rehabilitasi yang baik; penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*; 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.

Selain itu dapat juga terjadi inkontinensia alvi dan konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah imobilitas, kurang cairan serta pemberian obat.

2. Komplikasi Nutrisi/GIT

Ulkus, perdarahan lambung, konstipasi, dehidrasi, gangguan elektrolit, malnutrisi, hiperglikemia

3. Komplikasi Traktus Urinarius

Inkontinensia, infeksi.

4. Komplikasi muskuloskeletal

Spastisitas dan kontraktur, umumnya sesuai pola hemiplegi nyeri bahu, umumnya di sisi yang lemah, jatuh dan fraktur.

5. Komplikasi neurologik

Kejang, umumnya lebih sering pada fase awal pada pasien dengan *Stroke Hemoragik*, nyeri kepala, walaupun hebat, umumnya tidak menetap. Penatalaksanaan membutuhkan analgetik. Kejang pada pasien pasca *Stroke* sekitar 48%

6. Komplikasi kardiovaskular

Miokard infark, aritmia, dekompensasio kordis, hipertensi, DVT, emboli paru.

7. Komplikasi pendamping

Keterbatasan pasien sering menyebabkan pasien sangat tergantung pada pendamping (keluarga). Keadaan ini sering menyebabkan beban emosi dan fisik yang besar pada pendamping (keluarga).

2.4.4 Pencegahan *Stroke*

Menurut Purwani (2023:37) cara mencegah faktor risiko *Stroke* antara lain sebagai berikut:

1. Pengendalian kadar kolesterol dalam darah

Pengendalian kadar kolesterol, terutama bagi penderita *Dislipidemia*, dapat dilakukan melalui diet dan obat penurun kadar lemak. Target kadar kolesterol LDL adalah <100 mg/dL, namun bagi penderita dengan risiko *Stroke* tinggi, target kolesterol LDL sebaiknya <70 mg/dL. Beberapa makanan yang dapat membantu menurunkan kadar kolesterol termasuk beras merah, jagung, gandum, oat, dan kacang kedelai.

2. Perhatikan tekanan darah

Jika tidak ada faktor risiko lain, tekanan darah harus benar-benar dikendalikan agar tidak melebihi 140/90 mmHg. Sementara itu, untuk penderita diabetes mellitus atau penyakit ginjal kronis, target tekanan darah adalah 130/80 mmHg. Terus lanjutkan terapi antihipertensi yang diberikan oleh dokter dan lakukan pengukuran tekanan darah secara mandiri di rumah.

3. Kendalikan gula darah

Diabetes merupakan salah satu faktor risiko *Stroke*, sehingga pengendalian gula darah sangat penting. Pemeriksaan glukosa darah harus dipantau secara teratur. Target pada penderita diabetes mellitus adalah kadar HbA1C <7%.

Gula darah normal berkisar antara 70-99 mg/dL saat puasa, dan kurang dari 140 mg/dL dua jam setelah makan. Gula darah yang tidak normal, atau tinggi, biasanya di atas 126 mg/dL saat puasa, dan di atas 200 mg/dL dua jam setelah makan.

4. Berhenti merokok

Jika Anda perokok, segera hentikan kebiasaan tersebut. Merokok dapat meningkatkan risiko *Stroke* dua kali lipat karena pembuluh darah mengeras dan dapat menyebabkan pembekuan darah. Carilah dukungan dari lingkungan sekitar untuk berhenti merokok. Selain berhenti menjadi perokok aktif, Anda juga harus menghindari paparan menjadi perokok pasif.

5. Lakukan olahraga secara rutin

Olahraga secara rutin dapat mengurangi risiko terkena penyakit *Stroke*. Anda dapat melakukan jenis olahraga ringan, seperti jogging, berenang, dan sebagainya.

6. Kurangi konsumsi garam berlebihan

Garam merupakan penyebab utama tekanan darah tinggi, sehingga asupannya harus dibatasi tidak melebihi 6 gram per hari. Periksa kandungan garam di makanan pada labelnya serta mulai kurangi jumlah garam pada masakan sehari-hari.

7. Hentikan terapi hormon

Wanita yang mengonsumsi pil KB untuk mengendalikan kelahiran harus mempertimbangkan untuk menghentikan terapi ini. Gantilah kontrasepsi dengan yang nonhormonal, tentunya setelah berkonsultasi dengan dokter.

8. Kurangi stres dan istirahat yang cukup

Stres berkepanjangan dan kurang istirahat dapat meningkatkan tekanan darah. Waktu istirahat yang cukup dan teratur idealnya antara 68 jam sehari. Pengendalian stres menurut WHO dapat dilakukan dengan selalu berpikir

positif, menyelesaikan pekerjaan satu per satu, bersikap ramah, lebih mendekatkan diri pada Tuhan, serta mensyukuri hidup.

9. Memperbanyak konsumsi makanan sehat

Beberapa makanan yang dapat menurunkan risiko *Stroke* adalah:

- a. Asam folat, vitamin B6, B12, dan riboflavin untuk mencegah peningkatan homosistein.
- b. Susu yang mengandung protein, kalsium, seng (Zn), dan vitamin B12 yang memiliki efek proteksi terhadap *Stroke*.
- c. Ikan tuna dan salmon yang mengandung omega3, EPA, dan DHA untuk melindungi jantung, mencegah risiko kematian mendadak, aritmia, dan menurunkan kadar trigliserida. Makanan ini idealnya dikonsumsi dua kali seminggu.
- d. Buah dan sayur yang kaya vitamin serta antioksidan.
- e. Kebiasaan diet kaya buah dan sayur sebaiknya dibuat bervariasi, minimal 5 porsi setiap hari.
- f. Mengonsumsi teh hitam dan teh hijau yang mengandung antioksidan tinggi.

2.5 Merawat Pasien *Stroke*

2.5.1 Teori Merawat Pasien *Stroke*

Dalam kerangka teori keperawatan selfcare Orem, pasien *Stroke* diposisikan sebagai pihak yang mengalami peningkatan kebutuhan perawatan diri. Agen keperawatan memiliki peran penting dalam membantu pasien *Stroke* memenuhi kebutuhan tersebut. Bentuk bantuan yang diberikan oleh perawat mencakup bantuan perawatan diri secara total, parsial, dan sistem edukatif suportif. Alligood &

Tomey menjelaskan selama pasien berada di rumah sakit, perawat dapat berperan sebagai agen perawatan diri untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien secara parsial atau total. Namun, ketika pasien direncanakan untuk pulang, perawat harus memberikan dukungan edukatif kepada keluarga, yang nantinya akan menjadi agen perawatan bagi pasien di rumah. Dukungan edukatif ini efektif dilakukan oleh perawat, seperti yang dibuktikan oleh penelitian Folden, yang menyatakan bahwa intervensi keperawatan dalam bentuk edukatif suportif dapat meningkatkan kemampuan perawatan diri pada keluarga dan pasien *Stroke*. (Muhsinin et al., 2020)

2.5.2 Perawatan di Rumah Sakit

Menurut (Wahab, 2021) perawatan pasien di rumah sakit adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan MRI pada beberapa pasien dapat dipertimbangkan untuk mendapatkan informasi tambahan guna memastikan diagnosis dan merencanakan perawatan lanjutan.
2. Pencitraan noninvasif rutin dilakukan dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rumah sakit, terutama untuk pasien dengan Modified Rankin Scale (MRS) 02.
3. Pemantauan jantung harus dilakukan setidaknya selama 24 jam pertama.
4. Pemeriksaan diabetes mellitus dilakukan dengan pengujian glukosa plasma darah, hemoglobin A1c, atau tes toleransi glukosa oral.
5. Pengukuran kadar kolesterol darah dilakukan pada pasien yang telah menerima terapi statin.
6. Penilaian troponin awal dapat diberikan, namun tidak boleh menunda pemberian alteplase IV atau trombektomi.

7. Pemberian antikoagulasi pada pasien dengan hasil tes koagulasi abnormal setelah *Stroke* iskemik
8. Pemberian antitrombotik pada pasien *Stroke* iskemik akut nonkardioembolik, dimana pemilihan antiplatelet dapat mengurangi risiko *Stroke* berulang dan kejadian kardiovaskular lainnya.
9. Pemberian terapi statin pada pasien selama periode akut.
10. Revaskularisasi karotid dapat dilakukan sebagai pencegahan sekunder pada pasien *Stroke* dengan Modified Rankin Scale (MRS) 02, jika tidak ada kontraindikasi.
11. Inisiasi intervensi di rumah sakit dengan menggabungkan farmakoterapi dan dukungan terapi perilaku pada pasien *Stroke* yang memiliki kebiasaan merokok, serta melakukan konseling rutin untuk membantu pasien berhenti merokok.
12. Memberikan edukasi tentang *Stroke*. Pasien harus diberi informasi, saran, dan kesempatan untuk berdiskusi mengenai dampak *Stroke* dalam kehidupan sehari-hari mereka.

2.5.3 Perawatan di Rumah

Menurut Amila et al. (2020:34) sebagian besar pasien *Stroke* akan kembali ke rumah masing-masing. *Stroke* memerlukan perawatan jangka panjang dan perawatan lanjutan di komunitas atau di rumah selama masa rehabilitasi dan pemulihan. Hanya sedikit pasien yang memerlukan perawatan permanen di rumah sakit, biasanya mereka adalah manula yang sangat tua atau individu yang sebelum mengalami *Stroke* sudah memiliki masalah fisik atau mental lainnya. Sebelum meninggalkan rumah sakit atau fasilitas rehabilitasi lainnya, pasien dan pengasuh

perlu menyadari semua tantangan dan tanggung jawab yang akan dihadapi. Walaupun sebagian besar pasien menunjukkan pemulihan yang signifikan sebelum dipulangkan, beberapa masih memerlukan bantuan untuk turun dari tempat tidur, mengenakan pakaian, makan, dan berjalan. Untuk mencapai perawatan yang optimal dan pemulihan yang paripurna, diperlukan kelanjutan perawatan di lingkungan pasien sendiri. Oleh karena itu, sistem perawatan di rumah yang baik sangat dibutuhkan, terutama untuk pasien *Stroke* dan keluarganya. Proses pemulihan di rumah memerlukan pemahaman keluarga tentang tindakan yang dapat dilakukan oleh keluarga dan pengasuh terkait masalah yang mungkin timbul akibat *Stroke* serta cara mengatasinya. Keluarga dan pasien juga dapat memanfaatkan sumber daya yang tersedia di masyarakat untuk membantu pasien pasca *Stroke* beradaptasi dengan kondisi mereka. Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat merawat pasien *Stroke* di rumah antara lain:

1. Selama perawatan di rumah, keluarga berperan penting dalam upaya meningkatkan kemandirian pasien, meningkatkan rasa percaya diri, meminimalkan kecacatan, serta mencegah terjadinya serangan ulang *Stroke*.
2. Memberikan dukungan dan perhatian untuk pemulihan kesehatan pasien, seperti mengantar pasien untuk kontrol dan mengingatkan waktu minum obat.
3. Mendampingi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memberikan bantuan jika diperlukan.
4. Mengontrol tekanan darah secara rutin, setidaknya seminggu sekali. Beberapa aspek terkait lingkungan rumah juga perlu diperhatikan, misalnya:
 - a. Kamar tidur dekat dengan kamar mandi agar mudah dijangkau.
 - b. Tersedianya pegangan di kamar mandi.

- c. Menyediakan alat bantu komunikasi jika diperlukan, seperti kertas dan pena di dekat pasien.
 - d. Menyediakan alat bantu berjalan atau berpindah tempat bagi pasien *Stroke* seperti kursi roda atau tongkat.
 - e. Menyediakan dan mendekatkan barang-barang yang sering digunakan seperti buku atau telepon.
 - f. Menyediakan alas kaki yang nyaman untuk memudahkan berjalan.
- Perawatan di rumah merupakan lingkungan yang ideal bagi pasien *Stroke*, karena anggota keluarga dapat aktif membuat keputusan dan melakukan Tindakan yang diperlukan. Para ahli percaya bahwa pasien *Stroke* perlu hidup mandiri untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Membangun kemandirian pasien juga penting, karena anggota keluarga tidak selalu dapat mendampingi setiap saat. Oleh karena itu, setiap anggota keluarga pasien sebaiknya mampu membimbing anggota keluarga yang terserang *Stroke*. Keluarga atau pengasuh dilibatkan secara langsung sejak pasien berada di rumah sakit, sehingga keterampilan mereka bertambah. Selama menangani pasien di rumah, keluarga harus tetap mendapatkan pendampingan dari para profesional dalam menghadapi berbagai masalah pasca *Stroke*, seperti masalah fisik, mental, emosional, lingkungan, pekerjaan, dan lainnya. Selain itu, keluarga juga perlu memahami bagaimana melatih kemandirian pasien.

2.5.4 Rehabilitasi

Rehabilitasi sejak dini dimulai ketika pasien dirawat di rumah sakit oleh berbagai keilmuan, seperti dokter, perawat, fisioterapis, psikolog, terapis wicara, terapis okupasi, dan pekerja sosial (Wahab, 2021). Namun, yang menjadi titik fokus

di sini adalah pasien dan keluarga yang tidak dapat dipisahkan karena dalam tahap pemulihan pasca *Stroke*, peranan keluarga dan pasien sangat penting. Dukungan keluarga dalam bentuk semangat, kepedulian, dan doa sangat membantu proses rehabilitasi pasien *Stroke*. Rehabilitasi disesuaikan dengan (Wahab, 2021):

1. Tingkat keparahan pasien: Jika *Stroke* semakin parah, gejala dan gangguan yang dialami pasien tentu semakin banyak, sehingga kasus ini harus dikaji di rumah sakit.
2. Status fungsional: Berdasarkan kognitif dan saraf motorik yang perlu dikaji di rumah sakit.
3. Dukungan sosial: Dukungan ini dapat berasal dari keluarga maupun masyarakat lainnya.
4. Dukungan psikologis: Dikaji oleh ahli psikologi atau psikiater.
5. Pemenuhan kebutuhan dasar: Kemampuan dalam pemenuhan aktivitas harian harus dicukupi secara total seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, berpindah, dan berjalan

2.6 Konten Video Edukasi

2.6.1 Pembukaan

Perawatan pasien stroke di rumah memerlukan perhatian khusus untuk memaksimalkan pemulihan dan menghindari komplikasi. Mari pelajari langkah-langkah penting dalam menjaga kenyamanan pasien stroke di rumah.

2.6.2 Posisi Tidur yang Tepat

Posisi tidur sangat penting untuk kenyamanan dan keselamatan pasien stroke. Angkat kepala pasien sekitar 30 derajat dengan bantal sebagai penyangga. Posisi kepala yang lebih tinggi membantu pernapasan dan mencegah tersedak.

Gunakan dua bantal di bawah kepala, dan pastikan punggung tetap lurus. Posisi tangan dan kaki harus didukung dengan bantal untuk mencegah kekakuan. Letakkan tangan yang lemah di atas bantal di dekat kepala. Posisi lutut dapat diganjal bantal saat tidur telentang, sedangkan kaki atas juga diganjal bantal saat tidur miring.

2.6.3 Pemberian Makan Pada Pasien *Stroke*

Memberikan makan pada pasien stroke harus dilakukan dengan hati-hati. Jika makan melalui selang, atur posisi setengah duduk ($>45^\circ$). Posisi duduk membantu makanan mengalir dengan lancar tanpa risiko tersedak. Biarkan pasien tetap duduk minimal 1030 menit setelah makan untuk pencernaan yang lebih baik. Jika makan melalui mulut, gunakan makanan yang mudah ditelan, seperti makanan lunak. Hindari makanan berpotongan besar, berikan makanan cair, atau cincang daging dan sayuran kecil-kecil. Berikan makanan yang sedikit hangat atau dingin untuk merangsang sensasi rasa di mulut pasien.

2.6.4 Latihan Gerakan (*Range of Motion Exercises*)

Latihan gerak sangat penting untuk menjaga fleksibilitas otot dan mencegah kekakuan sendi. Lakukan latihan rentang gerak pada tangan dan kaki yang lemah sebanyak 35 kali sehari. Latihan rutin mencegah komplikasi seperti foot drop atau kelumpuhan bagian kaki bawah. Mulai dengan gerakan sederhana, seperti menggerakkan jari tangan dan kaki atau menekuk lutut perlahan. Jika Anda merasa ragu, minta bimbingan dari terapis fisik untuk latihan yang lebih tepat.

2.6.5 Menjaga Kebersihan (*Personal Hygiene*)

Menjaga kebersihan pasien stroke adalah bagian penting dari perawatan. Ganti pakaian dari sisi yang lemah terlebih dahulu untuk menghindari cedera. Mulailah dari sisi tubuh yang lebih lemah untuk memudahkan proses mengganti

pakaian tanpa membuat pasien tegang. Bersihkan mulut pasien dengan kain kasa atau sikat gigi lembut, minimal 12 kali sehari. Jika pasien menggunakan diapers, gantilah setiap kali basah atau setelah BAB untuk menjaga kulit tetap sehat. Mandikan pasien setidaknya satu kali sehari agar tetap nyaman dan terhindar dari infeksi kulit.

2.6.6 Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan

Posisi tidur yang terlalu lama dapat menyebabkan luka tekan (bed sores). Ubah posisi tidur pasien setiap dua jam. Mengubah posisi membantu sirkulasi darah dan mencegah luka tekan pada area seperti punggung dan pinggul. Gunakan kasur khusus, seperti kasur angin, yang bisa membantu menjaga kenyamanan pasien. Posisikan bantal pada area tubuh yang mudah tertekan, seperti di antara lutut atau di bawah siku.

2.6.7 Teknik Pemindahan yang Aman (Transfer Teknik)

Pemindahan pasien dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya memerlukan teknik khusus. Gunakan teknik yang aman, seperti menempatkan lengan di bawah ketiak pasien saat membantu memindahkannya. Menggunakan teknik pemindahan yang benar akan melindungi pasien dan pengasuh dari risiko cedera. Pastikan menggunakan alat bantu seperti walker atau kursi transfer jika memungkinkan.

2.6.8 Penutupan

Merawat pasien stroke membutuhkan ketelitian, kesabaran, dan dukungan penuh dari keluarga. Dengan perawatan yang tepat, kualitas hidup pasien akan semakin baik dan pemulihan dapat berjalan optimal. Tetap semangat dan jangan ragu untuk meminta bantuan atau saran dari tenaga medis jika diperlukan.

2.6.9 Profil RSUD dr. Soedono Jawa Timur

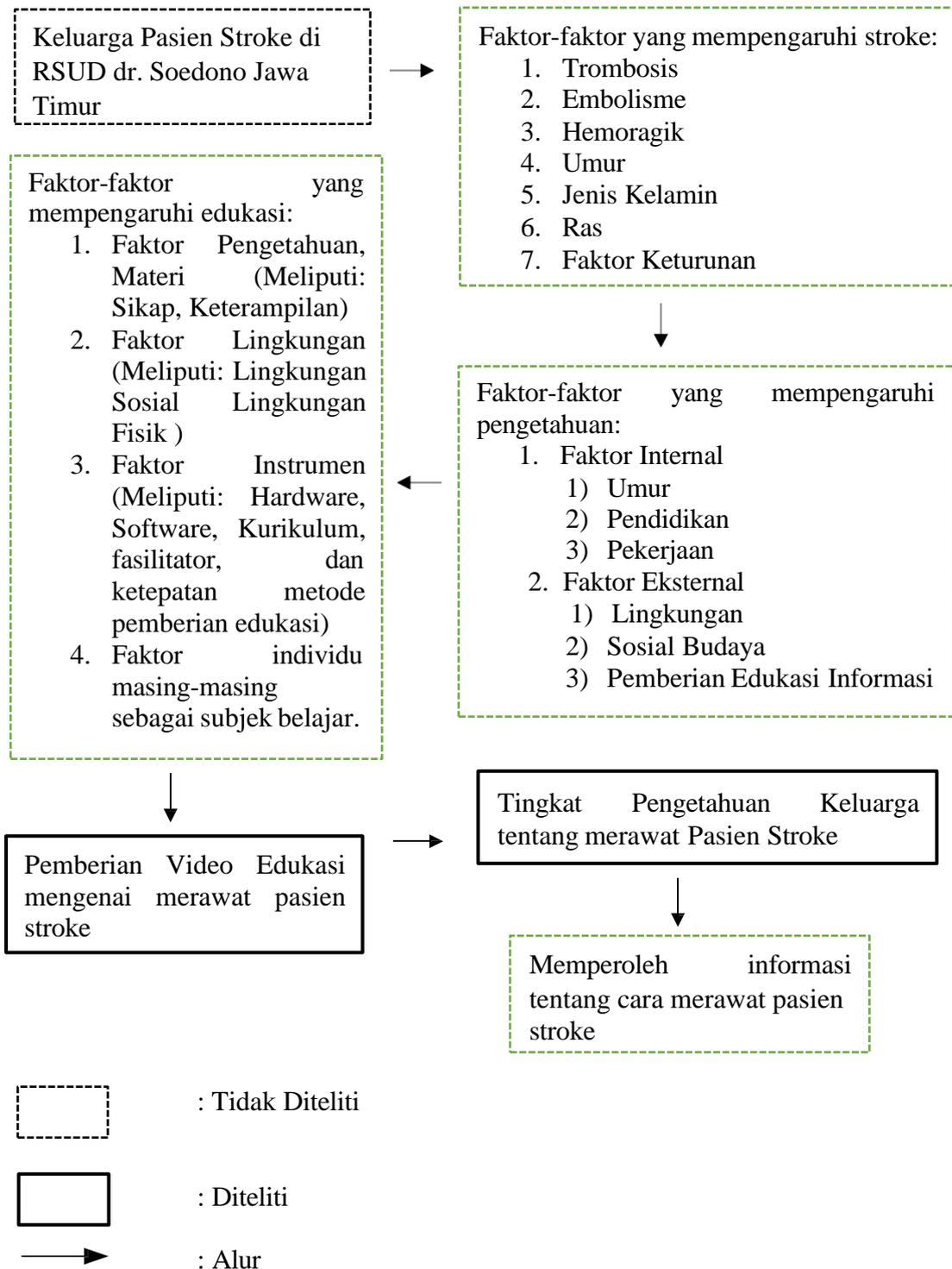
Unit *Stroke* di RSUD dr. Soedono Jawa Timur merupakan salah satu layanan utama yang disediakan oleh rumah sakit tersebut. Unit ini melayani pasien dengan jenis *Stroke Hemoragik* dan infark yang masih dalam kondisi akut, serta pasien *Stroke* dari rawat inap lain yang mengalami penurunan kesadaran. Unit *Stroke* RSUD dr. Soedono Jawa Timur didirikan dengan tim yang komprehensif, yang terdiri dari berbagai dokter spesialis seperti Dokter Ahli Penyakit Saraf sebagai Ketua Tim, dokterdokter ahli terkait seperti ahli jantung, paru-paru, penyakit dalam, gizi, ahli rehabilitasi medis, dan perawatperawat yang telah terlatih khusus dalam merawat pasien *Stroke*. Unit ini dilengkapi dengan 6 tempat tidur untuk perawatan pasien.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HOPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah representasi visual yang menunjukkan hubungan antarvariabel dalam suatu penelitian. Dibentuk berdasarkan telaah pustaka, kerangka konsep dikembangkan dari kerangka teori yang dirumuskan sebelumnya. Dalam kerangka ini, peneliti menentukan keterkaitan konsep-konsep yang akan diukur atau diamati, baik variabel yang teramati langsung maupun tidak. Kerangka konsep harus sesuai dengan tujuan penelitian dan menggambarkan hubungan variabel dengan jelas, sehingga membantu peneliti dalam memilih desain penelitian yang tepat (Anggreni, 2022:36).



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur

Keterangan: Pada gambar 3.1 kerangka konsep penelitian menjelaskan keluarga pasien *Stroke* akan diberikan video edukasi kemudian dilakukan evaluasi, setelah dilakukan evaluasi keluarga pasien akan memperoleh informasi tentang cara merawat pasien *Stroke*.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sementara yang diajukan sebagai penjelasan atau dugaan mengenai suatu fenomena atau hubungan antara dua atau lebih variabel yang dapat diuji melalui penelitian atau eksperimen. Hipotesis biasanya dibuat berdasarkan observasi awal, teori, atau pengetahuan yang ada, dan bertujuan untuk memberikan dasar bagi penelitian lebih lanjut untuk membuktikan atau menolak pernyataan tersebut. Berdasarkan kerangka konsep tersebut maka hipotesis yang dapat diajukan adalah:

Ha: Pemberian video edukasi secara signifikan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur.

H0: Tidak ada peningkatan signifikan dalam pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke* setelah pemberian video edukasi di RSUD dr. Soedono, Provinsi Jawa Timur

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan jenis penelitian experimental yaitu menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian berupa *Pra Experimental* dengan rancangan *One Group PrePost Design*. Yang melibatkan satu subjek. Satu subjek diobservasi sebelum diberikan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah diberikan intervensi. Suatu Hari sebelum diberi ke 1 tertentu diberi *pretest*, kemudian setelah ke 1 diberikan pengukuran lagi untuk mengetahui akibat dari ke 1 (Nursalam, 2016).

Berdasarkan desain penelitian yang dikemukakan diatas, hal ini akan melihat pengaruh pemberian video edukasi terhadap pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono Madiun, dengan membandingkan ratarata niali *pretest* dan *posttest*.

Tabel 4.1 Skema Rancangan Penelitian *One Group PrePost Design*

Subjek	Pre Test	Intervensi	Post Test
K	O1	X	O2

Keterangan :

- K : Hari eksperimen
- O1 : Pengetahuan sebelum pemberian video edukasi
- X : Pemberian video edukasi
- O2 : Pengetahuan sesudah Pemberian video edukasi

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini mencakup semua elemen yang akan digunakan sebagai wilayah generalisasi. Elemen populasi terdiri dari seluruh subjek yang akan diukur dan menjadi unit yang diteliti (Sugiyono, 2023:126). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien sebanyak 81 orang yang merawat pasien *Stroke* di RSUD Soedono Jawa Timur.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang memiliki jumlah dan karakteristik tertentu. Ketika populasi terlalu besar untuk diteliti secara menyeluruh karena keterbatasan dana, tenaga, dan waktu, peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi tersebut. Hasil penelitian pada sampel ini diharapkan dapat digeneralisasi untuk keseluruhan populasi. Oleh karena itu, sampel yang diambil harus benar-benar representatif dan mewakili populasi (Sugiyono, 2023:127). Sampel penelitian adalah sebagian dari populasi yang dipilih untuk mewakili seluruh populasi dalam penelitian ini.

Untuk menentukan besaran sampel, digunakan Rumus *Slovin* :

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

$$n = \frac{81}{1 + 81(0.1^2)}$$

$$n = \frac{81}{1 + 81(0.1)}$$

$$n = \frac{81}{1 + 0.81}$$

$$n = \frac{81}{1.81} = 44.79$$

Keterangan:

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

e : Ketidakteelitian sampel yang ditoleransi, diperkirakan 10% ($e = 0,1$).

Berdasarkan perhitungan diatas, maka jumlah sampel yang digunakan untuk penelitian adalah 44,79 responden maka dibulatkan menjadi 45.

4.2.3 Kriteria Sampel

Menentukan kriteria sampel sangat penting untuk membantu peneliti mengurangi bias hasil penelitian, terutama jika terdapat variabelvariabel yang dapat mempengaruhi variabel yang diteliti.

1. Kriteria inklusi:

- a. Keluarga pasien *Stroke* yang dirawat di Unit Stroke RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur
- b. Keluarga pasien yang dapat kooperatif.
- c. Sedang merawat pasien *Stroke*.

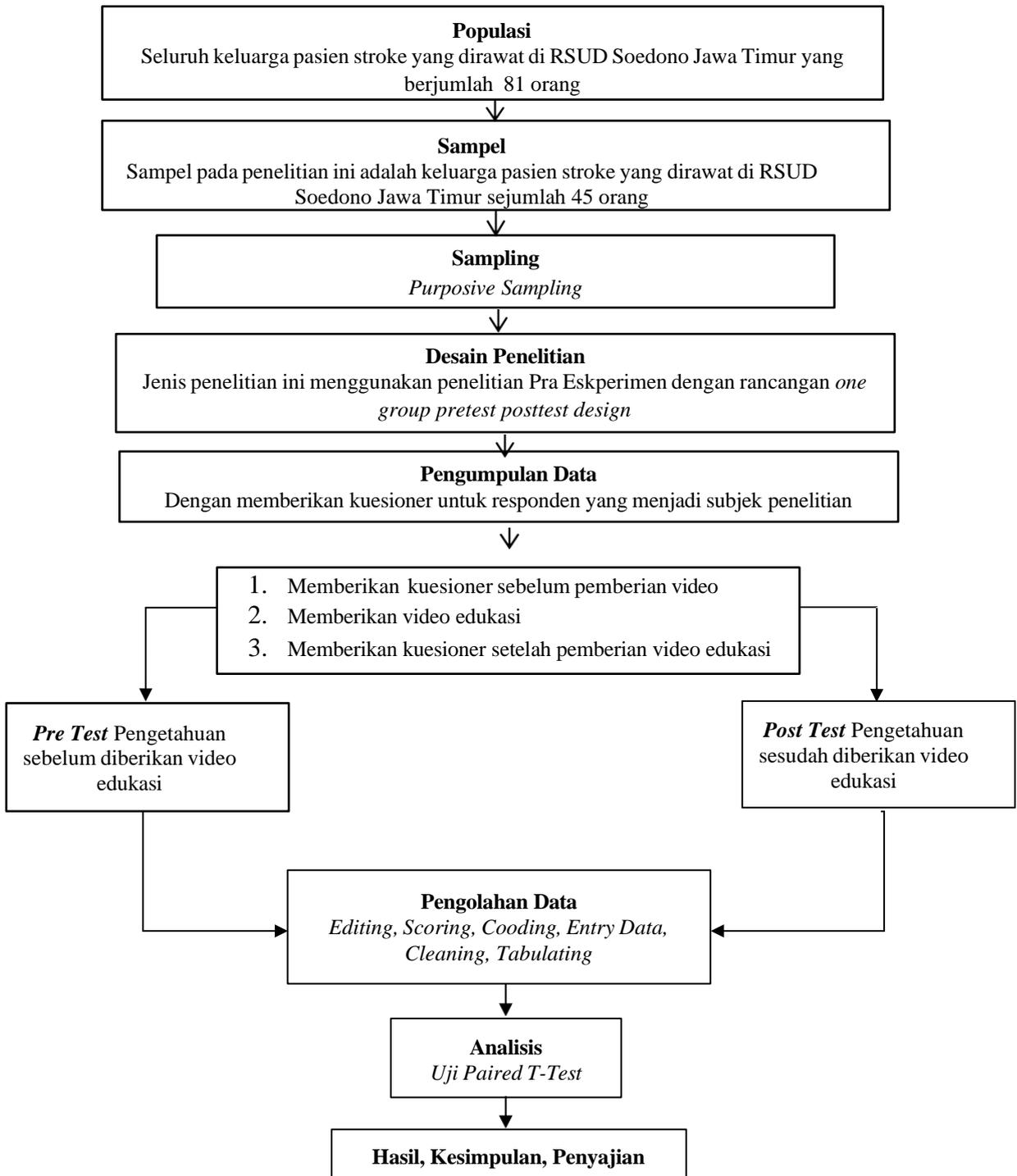
2. Kriteria eksklusi:

- a. Keluarga tidak melaksanakan penelitian hingga selesai.
- b. Keluarga dengan gangguan kesehatan mental yang dapat memengaruhi proses partisipasi dalam penelitian.
- c. Pasien *Stroke* dengan komplikasi berat.
- d. Anggota keluarga yang tidak tinggal bersama pasien stroke atau tidak memiliki peran utama dalam perawatan sehari-hari

4.2.4 Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini menggunakan teknik non probability sampling dengan *Purposive Sampling* dimana teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dekehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karateristik populasi yang sudah diketahui. (Notoatmodjo, 2018;124)

4.3 Kerangka Kerja



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independent

Variabel independent dalam penelitian ini adalah "pemberian video edukasi." Variabel ini mengacu pada penggunaan video sebagai media untuk menyampaikan informasi dan tentang cara merawat pasien *Stroke* kepada keluarga. Video edukasi dianggap sebagai faktor yang mempengaruhi pengetahuan keluarga terkait perawatan pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur.

4.4.2 Variabel Dependent

Variabel dependent dalam penelitian ini adalah "pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke*." Variabel ini mencerminkan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga setelah menerima video edukasi di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur. Pengetahuan ini termasuk pemahaman tentang gejala, tindakan pencegahan, dan perawatan pasien *Stroke*, yang diharapkan meningkat setelah keluarga melalui sesi video edukasi yang disediakan.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor/Kriteria
Variabel Independent: Pemberian Video Edukasi	Meningkatkan pengetahuan keluarga pasien <i>Stroke</i>	Pemberian video edukasi selama 30 menit berisi tentang: <ul style="list-style-type: none"> • Posisi Tidur yang Tepat • Pemberian Makanan Pada Pasien Stroke • Latihan Gerakan • Mengubah Posisi Pasien • Teknik Pemindahan Dilakukan 1x di ruangan tunggu keluarga.	-	-	-
Variabel Dependent: Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien <i>Stroke</i>	Mengacu pada tingkat pemahaman, informasi, dan kesadaran yang dimiliki oleh anggota keluarga mengenai tindakan yang harus dilakukan untuk merawat anggota keluarga yang menderita <i>Stroke</i>	Pengetahuan keluarga tentang merawat pasien <i>Stroke</i> di Rumah Sakit dan di rumah meliputi: <ul style="list-style-type: none"> • Posisi Tidur yang Tepat • Pemberian Makanan Pada Pasien Stroke • Latihan Gerakan • Mengubah Posisi Pasien • Teknik Pemindahan 	Kuisisioner	Rasio	Tes pengetahuan keluarga dengan pertanyaan yang diberi skor (0-100) untuk mengukur pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah pemberian video

4.6 Instrumen Penelitian

Menurut Emory melakukan penelitian berarti melakukan pengukuran terhadap fenomena sosial atau alam. Menggunakan data yang sudah ada lebih tepatnya disebut membuat laporan daripada melakukan penelitian. Meskipun demikian, dalam skala yang paling dasar, sebuah laporan juga bisa dianggap sebagai bentuk penelitian (Sugiyono, 2023:156).

Dengan demikian, instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengukur fenomena yang diamati baik dalam konteks alam maupun sosial. Secara khusus, semua fenomena ini disebut sebagai variabel penelitian.

1. Variabel Independent: Pemberian Video Edukasi
 - a. Kelengkapan Materi Video Edukasi: Menyediakan video edukasi yang mencakup materi penting terkait perawatan pasien stroke, seperti posisi tidur yang benar, pemberian makan, latihan gerakan, teknik pemindahan, dan perubahan posisi pasien.
 - b. Kualitas Penyampaian Edukasi: Melibatkan penggunaan peralatan audiovisual (proyektor, layar/televisi, speaker) untuk memastikan video dapat dilihat dan didengar dengan jelas oleh keluarga pasien.
 - c. Pendampingan dan Interaksi Selama Edukasi: Penyampaian edukasi dilakukan dengan pendampingan oleh staf yang terlatih, yang siap membantu dan menjawab pertanyaan selama dan setelah sesi edukasi.
 - d. Evaluasi Pemahaman Keluarga: Setelah video selesai diputar, diberikan kuisisioner kepada keluarga untuk mengukur pemahaman pengetahuan keluarga tentang merawat pasien stroke.
2. Variabel Dependent: Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke*

Penelitian ini menggunakan instrumen-instrumen yang dirancang untuk mengukur pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke*. Instrumen tersebut mencakup kuesioner pengetahuan yang terdiri dari pertanyaan mengenai gejala/gejala *Stroke*, faktor risiko, tindakan darurat, dan perawatan jangka panjang pasca *Stroke*. Selain itu, terdapat skala penilaian pengetahuan menggunakan pendekatan untuk menilai tingkat pengetahuan dari sangat buruk

hingga sangat baik. Tes pengetahuan terstruktur juga digunakan dengan pertanyaan-pertanyaan spesifik untuk mengukur pemahaman tentang tindakan yang harus diambil saat menghadapi situasi *Stroke*. Metode wawancara mendalam dan observasi langsung juga diterapkan untuk memperoleh pemahaman yang lebih dalam tentang pengetahuan keluarga dalam konteks praktik sehari-hari merawat pasien *Stroke*.

3. Uji Validitas Rehabilitas

Menurut Fatmawati (2020), kuisioner pengetahuan tentang merawat pasien stroke telah melalui uji validitas dan reliabilitas dengan hasil yang menunjukkan bahwa instrumen ini memiliki uji validitas menghasilkan nilai antara 0,371 hingga 0,618. Sementara itu, uji reliabilitas mencapai nilai 0,821.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan RSUD dr. Soedono Jawa Timur di Ruang Unit Stroke.

4.7.2 Waktu Penelitian

Waktu pengumpulan data penelitian ini dilakukan pada bulan April November 2024.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan terhadap subjek dan pengumpulan karakteristik subjek yang relevan untuk penelitian. Tahapan pengumpulan data sangat dipengaruhi oleh desain penelitian serta metode instrumen yang dipilih (Burns dan Grove, 1999). Dalam proses ini, peneliti

berfokus pada persiapan subjek penelitian, melatih petugas pengumpul data (jika diperlukan), menjaga validitas dan reliabilitas data, serta menyelesaikan berbagai kendala yang muncul agar pengumpulan data sesuai dengan rencana yang telah dirancang (Nursalam, 2015:191).

1. Perizinan

Prosedur awal untuk pengumpulan data dan melakukan penelitian yaitu dengan mengajukan persetujuan judul penelitian kepada pembimbing 1 dan pembimbing 2 kemudian diajukan kepada kemahasiswaan dan Kaprodi Keperawatan. Setelah mendapatkan persetujuan kemudian mengurus surat izin pengambilan data awal serta sampel yang akan digunakan dalam penelitian dengan membawa surat dari Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang diajukan kepada Rumah Sakit Soedono Jawa Timur. Setelah proposal disetujui oleh pembimbing dan penguji, peneliti mengurus surat permohonan izin melakukan penelitian kepada Rumah Sakit Soedono Jawa Timur lalu menjelaskan kepada calon responden tentang penelitian dan bila bersedia menjadi responden dipersilahkan untuk menandatangani informed consent.

2. Pra Eksperimen

a. Persiapan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti melibatkan 3 orang asisten peneliti untuk membantu dalam berbagai tahap penelitian. Sebelum pengambilan data dimulai, peneliti melakukan persamaan persepsi dengan asisten peneliti terkait tujuan penelitian, prosedur, dan intervensi yang akan diberikan kepada responden. Persamaan persepsi ini dilakukan melalui diskusi dan pelatihan intensif agar setiap asisten peneliti memiliki pemahaman yang

sama tentang apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya. Dengan demikian, mereka bisa bekerja secara konsisten dan efektif dalam mengumpulkan data dan menjalankan intervensi. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa hasil penelitian akurat dan tidak terjadi kesalahan atau bias yang disebabkan oleh perbedaan persepsi antara peneliti dan asisten peneliti.

b. Menyiapkan Alat

Peneliti memastikan semua alat yang dibutuhkan selama penelitian telah dipersiapkan dengan baik sebelum penelitian dimulai. Alatalat yang diperlukan termasuk handphone, video edukasi, informed consent, lembar observasi untuk mencatat data yang diperoleh selama penelitian, dan kuesioner pengetahuan. Persiapan ini dilakukan dengan cermat untuk memastikan semua alat dalam kondisi baik dan siap pakai. Penyiapan alat yang matang membantu dalam meminimalisir kesalahan teknis dan memastikan bahwa data yang diperoleh adalah valid dan dapat diandalkan.

c. *Informed Consent*

Sebelum penelitian dimulai, peneliti bersama 3 orang asisten peneliti membantu calon responden dalam mengisi lembar *informed consent*. *Informed consent* adalah dokumen yang memberikan informasi lengkap kepada responden tentang tujuan penelitian, prosedur yang akan dilakukan, manfaat yang diharapkan, serta risiko yang mungkin dihadapi. Dalam tahap ini, peneliti dan asisten peneliti menjelaskan semua informasi tersebut secara jelas dan rinci kepada responden, serta menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh responden. Tujuan dari informed consent adalah untuk

memastikan bahwa responden memahami sepenuhnya apa yang akan terjadi selama penelitian dan memberikan persetujuan mereka secara sadar dan sukarela

d. Penjelasan kepada Responden

Selain memberikan *informed consent*, peneliti juga memberikan penjelasan lebih lanjut kepada calon responden tentang tujuan penelitian, manfaat dari prosedur yang akan dilakukan, serta langkah-langkah yang akan diambil selama penelitian. Penjelasan ini mencakup detail tentang apa yang diharapkan dari responden, bagaimana setiap sesi akan berjalan, dan apa yang akan diukur atau diamati. Dengan memberikan penjelasan yang lengkap dan jelas, responden dapat memiliki gambaran yang jelas tentang peran mereka dalam penelitian dan apa yang akan terjadi pada setiap tahap. Hal ini penting untuk memastikan bahwa responden merasa nyaman dan siap untuk berpartisipasi dalam penelitian.

e. Kontrak waktu penelitian

Peneliti juga menjelaskan kontrak waktu penelitian kepada responden. Dalam kontrak ini, dijelaskan bahwa penelitian akan dilakukan dalam satu minggu dengan selang satu hari di antara setiap sesi. Penelitian ini dilakukan oleh tim yang beranggotakan 4 orang, termasuk peneliti utama dan

3. Orang asisten peneliti.

Pada hari pertama, tim akan memeriksa tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan video edukasi, menggunakan kuesioner pretest. Pada hari kedua hingga keempat, video edukasi akan diberikan kepada responden. Pada hari kelima, tim akan memeriksa kembali pengetahuan responden setelah diberikan

video edukasi untuk menilai efektivitas pemberian video edukasi. Dengan adanya kontrak waktu ini, respondendapat mengetahui jadwal dan durasi penelitian dengan jelas, sehingga dapat mempersiapkan diri dengan baik dan berpartisipasi secara optimal.

4. Eksperimen

Hari pertama, tim akan memeriksa tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan video edukasi, menggunakan kuesioner *pretest*. Pada hari kedua hingga keempat, video edukasi akan diberikan kepada responden. Pada hari kelima, tim akan memeriksa kembali pengetahuan responden setelah diberikan video edukasi untuk menilai efektivitas pemberian video edukasi.

5. Post Eksperimen

Pada hari ke5 setelah pemberian video edukasi pada hari berikutnya peneliti melakukan pengecekan kembali tingkat pengetahuan keluarga setelah pemberian video edukasi. Hasil data pengukuran skala pengetahuan sebelum dan sesudah pemberian video edukasi pada lembar kuesioner dikumpulkan, kemudian dilakukan pengolahan data untuk mengetahui apakah terdapat pengaruh pemberian video edukasi.

4.9 Teknik Analisa Data

4.10.1 Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2018:174) setelah data dikumpulkan dari responden, pengolahan data akan dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah melakukan pemeriksaan (editing) terhadap catatancatatan hasil observasi, wawancara atau pengisian kuesioner. Secara umum editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan.

2. *Coding*

Pengkodean (coding) adalah memberikan kodekode atau tanda tanda terhadap catatan– catatan observasi beserta isi/jawabannya. Kode dapat berupa huruf, angka-angka untuk nomor ataupun untuk nilai, lambanglambang dan sebagainya. Tujuan pengkodean ini adalah untukmempermudah pengolahan (analisis) data, terutama jika data/informasi itu dianalisis melalui tabletabel (analisis).

a. Jenis Kelamin

Laki Laki : kode 1

Perempuan : kode 2

b. Usia

20 – 35 Tahun : kode 1

> 35 Tahun : kode 2

c. Pekerjaan

Petani : kode 1

Swasta : kode 2

Wiraswasta : kode 3

PNS : kode 4

IRT : kode 5

d. Pendidikan terakhir

Tidak Sekolah : kode 1

SD : kode 2

SMP : kode 3

SMA : kode 4

Diploma/Sarjana : kode 5

3. *Data Entry*

Entry data merupakan kegiatan memasukan data yang telah terkumpul ke dalam data komputer dalam bentuk kode angka atau huruf yang dimasukkan kedalam software komputer dan program yang digunakan peneliti dalam mengolah dan menggunakan SPSS 25.0.

4. *Cleaning*

Melakukan pengecekan data yang telah dimasukan untuk mencegah adanya kesalahan dalam mengkode, atau tidak lengkap dalam mengkode dan sebagainya untuk kemudian dikoreksi.

5. *Tabulating*

Tabulating adalah membuat tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti. Tabel yang akan ditabulasi adalah tabel yang berisikan data yang sesuai dengan kebutuhan analisis.

4.10 Analisa Data

4.10.1 Analisa Univariat

Menurut Notoatmodjo (2012) analisis univariat merupakan analisis yang digunakan setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan antara pemberian video edukasi terhadap pengetahuan keluarga tentang merawat pasien *Stroke*. Analisa univariat dalam penelitian ini berdasarkan macam data yang dimiliki tersebut, dalam penelitian ini dipakai perhitungan yaitu distribusi, frekuensi, dan variabel yang digunakan untuk menganalisis adalah pemberian video edukasi. Data yang dianalisis yaitu jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan pendidikan terakhir.

4.10.2 Analisis Bivariat

Menurut Notoatmodjo (2012) *Analisis Bivariat* adalah analisa untuk menguji hubungan yang signifikan antara dua variabel. Analisa bivariat ini untuk mengetahui Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* dengan skala data yang digunakan adalah rasio. Sedangkan untuk mengetahui pengaruh pemberian video edukasi terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* yaitu menggunakan Uji *Paired TTest*, uji beda secara parametric test yang digunakan untuk mengetahui pengaruh ditandai dengan adanya perbedaan rata-rata Sebelum dan sesudah diberikan diberikan ke 1. Syarat uji *Paired TTest* yaitu sebagai berikut :

- a. Data berskala interval dan rasio.
- b. Berdistribusi normal.
- c. Data homogen.

Salah satu syarat uji *Paired TTest* data harus berdistribusi normal sehingga peneliti perlu melakukan uji normalitas data menggunakan uji ShapiroWilk karena

memiliki jumlah sampel ≤ 50 dengan jumlah 30 orang. Pada uji ShapiroWilk distribusi data dikatakan normal apabila nilai $p \geq 0,05$ dan tidak normal apabila nilai $p \leq 0,05$. selanjutnya data akan disajikan dalam bentuk tabel. Apabila telah diberikan uji ShapiroWilk hasil menunjukkan data tidak berdistribusi normal, maka akan diberikan uji menggunakan uji *Wilcoxon*, uji secara nonparametric test dengan syarat sebagai berikut :

- a. Pengukuran berulang.
- b. Data sampel berdistribusi tidak normal.
- c. Skala data interval atau ordinal.

4.11 Etika Penelitian

Etika penelitian yaitu mencakup perilaku peneliti atau perlakuan peneliti terhadap subjek penelitian serta sesuatu yang dihasilkan oleh peneliti bagi masyarakat. Secara garis besar dalam melakukan penelitian prinsip yang harus dipegang adalah:

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan responden)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Tujuannya adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, serta manfaat penelitian. Jika subjek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan (Hidayat, 2021:18).

2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti Menjamin semua kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lainnya, dan hanya data kelompok tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

3. *Anonymity* (Tanpa nama)

Dalam penggunaan subjek penelitian dilakukan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4. *Beneficence* (Keuntungan)

Yang termasuk dalam etik penelitian *Beneficence* adalah :

a. Bebas dari Penderitaan

Dalam hal ini dalam penelitian tidak melakukan suatu yang dapat menimbulkan suatu penderitaan responden.

b. Bebas dari eksploitasi

Dalam penelitian ini tidak membuat satu kerugian pun terhadap responden pada saat penelitian dimulai hingga penelitian selesai.

c. Manfaat penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah meningkatkan pengetahuan terhadap penanganan nyeri sendi pada lansia.

5. *Justice* (Keadilan)

a. Penelitian tidak diskriminatif dalam menentukan dan memperlakukan responden dalam penelitian.

- b. Peneliti tidak menghukum responden yang menolak menjadi responden penelitian.
- c. Responden mendapat kehormatan dan kejelasan secara penuh

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD dr. Soedono Madiun adalah Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah kelas B Pendidikan yang dimiliki oleh Provinsi Jawa Timur, terletak di bagian BaratSelatan pusat Ibu Kota Provinsi Jawa Timur. RSUD dr. Soedono Madiun menawarkan tujuh layanan unggulan salah satunya yaitu Unit Stroke. Unit Stroke di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soedono Madiun merupakan salah satu layanan kesehatan unggulan yang dirancang untuk memberikan perawatan optimal bagi pasien dengan kondisi medis terkait stroke. Pasien yang mendapatkan perawatan di Unit Stroke umumnya merupakan individu yang mengalami stroke hemoragik maupun infark yang masih berada dalam fase akut, sehingga memerlukan penanganan intensif guna mencegah komplikasi lebih lanjut. Selain itu, unit ini juga menerima pasien stroke yang sebelumnya menjalani perawatan di ruang rawat inap lain tetapi mengalami penurunan kesadaran, sehingga membutuhkan evaluasi dan intervensi medis yang lebih intensif untuk mendukung proses pemulihan.

Unit Stroke RSUD dr. Soedono Madiun didirikan dengan susunan tim yang bersifat komprehensif, di mana di dalamnya terdapat berbagai tenaga medis dan paramedis yang memiliki keahlian di bidangnya masing-masing. Tim ini dipimpin oleh seorang Dokter Ahli Penyakit Saraf yang bertindak sebagai Ketua Tim, serta didukung oleh sejumlah dokter spesialis lainnya yang memiliki kompetensi dalam bidang terkait, seperti Dokter Ahli Jantung, Paru, Penyakit Dalam, dan Gizi. Selain itu, tim ini juga diperkuat oleh Ahli Rehabilitasi Medis yang berperan dalam

pemulihan pasien pascastroke serta perawat yang telah mendapatkan pelatihan khusus dalam merawat pasien dengan kondisi stroke. Dengan struktur tim yang lengkap dan kompeten, Unit Stroke RSUD dr. Soedono Madiun bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi pasien stroke. Saat ini, unit tersebut memiliki kapasitas sebanyak enam tempat tidur yang disediakan khusus untuk menangani pasien dengan gangguan serebrovaskular guna memastikan penanganan yang cepat, tepat, dan sesuai dengan standar medis yang berlaku.

5.2 Data Umum

5.3.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-Laki	16	36,6
Perempuan	29	64,4
Jumlah	45	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan hasil tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa responden jenis kelamin laki-laki sejumlah 16 (36,6%) sedangkan responden perempuan sejumlah 29 (64,4%).

5.3.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Usia Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase
18-35	2	4,4
36-45	12	26,7
46-55	19	42,2
56-65	10	22,2
>65	2	4,4
Jumlah	45	100%

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.2, diketahui bahwa dari 45 responden, sejumlah 2 responden (4,4%) termasuk dalam kategori dewasa muda (1835 tahun), sedangkan mayoritas responden berada pada kategori dewasa akhir (4655 tahun) sebanyak 19 orang (42,2%). Responden dalam kategori dewasa madya (3645 tahun) berjumlah 12 orang (26,7%), lansia awal (5665 tahun) sebanyak 10 orang (22,2%), dan lansia akhir (>65tahun) sebanyak 2 orang (4,4%).

5.3.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Pekerjaan Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025

Jenis Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
Petani	3	6,7
Swasta	5	11,1
Wiraswasta	27	60,0
PNS	5	11,1
Ibu Rumah Tangga	5	11,1
Jumlah	45	100

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan hasil tabel 5.3 diatas diketahui bahwa responden terbanyak memiliki jenis pekerjaan wiraswasta sejumlah 27 responden (60 %), sedangkan yang paling sedikit memiliki jenis pekerjaan petani sejumlah 3 responden (6,7%).

5.3.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.4 Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Di Ruang Unit Stroke RSUD dr. Soedono Pada Bulan Januari 2025

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SMP	13	28,
SMA	24	53,
Diploma/Sarjana	8	17,
Jumlah	45	10

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan tabel 5.4 diatas diketahui bahwa responden terbanyak memiliki pendidikan akhir SMA yakni sebanyak 24 responden (53,3 %). Sedangkan yang paling sedikit Diploma/Sarjana yakni sebanyak 8 responden (17,8%).

5.3 Data Khusus

5.3.1 Karakteristik Pengetahuan Responden Sebelum Pemberian Video Edukasi

Tabel 5.5 Hasil Rata-rata Pengetahuan Responden Sebelum Pemberian Video Edukasi

Tahap	N	Mean	Median	Modus	Standart Deviasi	Min	Max
PreTest	45	37.23	41.67	25.00	13.79721	16.57	62.65

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 45 orang. Hasil analisis deskriptif menunjukkan bahwa nilai rata-rata (mean) adalah 37,23. nilai tengah (median) dari data ini adalah 41,67, nilai yang paling sering muncul (modus) adalah 25,00, Selain itu, nilai standar deviasi sebesar 13,79721 menunjukkan adanya variasi dalam tingkat pengetahuan responden. Adapun nilai minimum yang diperoleh adalah 16,57, sedangkan nilai maksimum mencapai 62,65.

Tabel 5.6 Kategori Jumlah Responden Berdasarkan Nilai *PreTest*

No	Kategori	Jumlah Responden yang Mendapatkan Nilai 1 (betul)	Jumlah Responden yang Mendapatkan Nilai 0 (salah)	Presentase Nilai 1 (%)	Presentase Nilai 0 (%)
1	Posisi Tidur yang Tepat	25	20	55,56%	44,44%
2	Pemberian Makan pada Pasien Stroke	22	23	48,89%	51,11%
3	Latihan Gerak (Range of Motion Exercises)	18	27	40,00%	60,00%
4	Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan	20	25	44,44%	55,56%

5	Teknik Pemindahan yang Aman (Transfer Teknik)	23	22	51,11%	48,89%
---	-----------------------------------------------	----	----	--------	--------

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Hasil tabel 5.6 menunjukkan bahwa Mayoritas responden, yaitu **55,56%**, mendapatkan nilai 1 (benar) pada kategori **Posisi Tidur yang Tepat**, yang menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden sudah mengetahui posisi tidur yang benar untuk pasien stroke. Namun, masih ada **44,44%** responden yang tidak mengetahui hal ini dengan baik, yang menunjukkan perlunya edukasi lebih lanjut mengenai aspek ini. Pada kategori **Pemberian Makan pada Pasien Stroke**, hanya **48,89%** responden yang mendapatkan nilai 1 (benar), sementara **51,11%** responden mendapat nilai 0 (salah), menandakan bahwa sebagian besar responden belum memahami cara pemberian makan yang tepat untuk pasien stroke. Hal ini menunjukkan pentingnya edukasi terkait pemberian makan yang aman bagi pasien stroke. Kategori **Latihan Gerak (Range of Motion Exercises)** menunjukkan bahwa hanya **40%** responden yang benar dalam melakukan latihan gerak, sementara **60%** lainnya tidak memahami dengan baik. Ini menunjukkan perlunya lebih banyak informasi mengenai latihan gerak yang bermanfaat untuk menjaga mobilitas pasien stroke. Pada kategori **Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan**, hanya **44,44%** responden yang mengetahui cara yang benar, sedangkan **55,56%** tidak mengetahui atau tidak melakukannya dengan benar. Hal ini mengindikasikan bahwa keluarga pasien perlu lebih banyak diberi informasi tentang cara mengubah posisi pasien untuk menghindari luka tekan. Terakhir, pada kategori **Teknik Pemindahan yang Aman (Transfer Teknik)**, **51,11%** responden berhasil menjawab dengan benar, sementara **48,89%** lainnya tidak mengetahui teknik pemindahan yang aman. Ini menunjukkan perlunya

perhatian khusus terhadap teknik pemindahan pasien yang tepat untuk menghindari cedera pada pasien atau petugas. Secara keseluruhan, hasil kuesioner ini mengindikasikan bahwa tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke mengenai perawatan yang tepat masih cukup rendah.

5.3.2 Karakteristik Pengetahuan Responden Sesudah Pemberian Video Edukasi

Tabel 5.7 Hasil Rata-rata Pengetahuan Responden Sesudah Pemberian Video Edukasi

Tahap	N	Mean	Median	Modus	Standart Deviasi	Min	Max
Posttest	45	85.12	83.33	83.33	4.73530	75.00	91.67

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Berdasarkan hasil tabel 5.7 diatas, diketahui hasil dari rata-rata Posttest sebesar 85.1289, nilai tengahnya sebesar 83.3300 dan yang sering muncul sebesar 83.33, dengan nilai minimal sebesar 75.00 dan nilai maksimal yang didapatkan adalah 91.67. Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat pengetahuan merawat pasien stroke di RSUD dr. Soedono mengalami peningkatan dari hasil pretest dan post test nya.

Tabel 5.8 Kategori Jumlah Responden Berdasarkan Nilai *Post Test*

No	Kategori	Jumlah Responden yang Mendapatkan Nilai 1 (betul)	Jumlah Responden yang Mendapatkan Nilai 0 (salah)	Presentase Nilai 1 (%)	Presentase Nilai 0 (%)
1	Posisi Tidur yang Tepat	39	6	86,67%	13,33%
2	Pemberian Makan pada Pasien Stroke	35	10	77,78%	22,22%
3	Latihan Gerak (Range of Motion Exercises)	32	13	71,11%	28,89%
4	Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan	36	9	80,00%	20,00%
5	Teknik Pemindahan yang Aman (Transfer Teknik)	38	7	84,44%	15,56%

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Hasil tabel 5.8 menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan yang signifikan di kalangan responden setelah diberikan video edukasi mengenai perawatan pasien stroke. Pada kategori **Posisi Tidur yang Tepat**, **86,67%** responden menjawab dengan benar, yang menunjukkan bahwa mayoritas keluarga pasien sudah memahami cara tidur yang tepat untuk pasien stroke. Namun, masih terdapat **13,33%** responden yang memberikan jawaban salah, yang menandakan perlunya edukasi lebih lanjut untuk memastikan pemahaman yang merata di kalangan keluarga pasien. Untuk kategori **Pemberian Makan pada Pasien Stroke**, **77,78%** responden berhasil menjawab dengan benar, sementara **22,22%** responden masih tidak memahami cara pemberian makan yang tepat untuk pasien stroke, sehingga menunjukkan pentingnya pemberian informasi yang lebih mendalam terkait aspek ini. Pada kategori **Latihan Gerak (Range of Motion Exercises)**, meskipun **71,11%** responden memberikan jawaban benar, masih ada **28,89%** responden yang tidak sepenuhnya memahami latihan gerak yang bermanfaat bagi pasien stroke, yang menunjukkan bahwa informasi lebih lanjut tentang latihan ini sangat diperlukan.

Di kategori **Mengubah Posisi Pasien untuk Menghindari Luka Tekan**, **80,00%** responden menjawab benar, namun **20,00%** lainnya masih tidak mengetahui atau tidak melaksanakan prosedur yang tepat untuk menghindari luka tekan, yang mengindikasikan perlunya edukasi berkelanjutan tentang hal ini. Terakhir, pada kategori **Teknik Pemindahan yang Aman (Transfer Teknik)**, **84,44%** responden memberikan jawaban benar, namun **15,56%** responden tidak mengetahui teknik pemindahan yang aman.

5.3.3 Analisis Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Di RSUD dr. Soedono Provinsi Tentang Merawat Pasien Stroke

Tabel 5.9 Hasil Uji Normalitas dan Uji Wilcoxon Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Pasien Stroke Di RSUD dr. Soedono Provinsi Tentang Merawat Pasien Stroke

Tahapan	Mean	Median	Min	Max	Standart Deviasi	Uji Normalitas (Shapiro Wilk)	Uji Wilcoxon (P Value)
Pretest	37,23	41,6700	928	37,23	13,79	,008	,000
Posttest	85,13	83,3300	855	85,13	4,73	,000	
Selisih	47,90	23,00	0,00	1085			

Sumber: Data Primer Diolah, 2025

Hasil tabel 5.9 menunjukkan bahwa nilai rata-rata (mean) pretest adalah 37,23 dengan nilai minimum 9,28 dan maksimum 37,23. Sementara itu, nilai rata-rata posttest meningkat menjadi 85,13 dengan nilai minimum 8,55 dan maksimum 85,13. Hasil uji normalitas dengan *Shapiro Wilk* menunjukkan bahwa nilai p pada pretest sebesar 0,008 dan pada posttest sebesar 0,000. Karena kedua nilai p lebih kecil dari 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa data tidak terdistribusi normal. Oleh karena itu, uji yang digunakan untuk menguji perbedaan antara pretest dan posttest adalah *uji Wilcoxon*.

Hasil analisis menggunakan *uji Wilcoxon* menunjukkan bahwa pvalue sebesar 0,000. Karena nilai p lebih kecil dari 0,05, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil *pretest* dan *posttest*. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan berpengaruh terhadap peningkatan nilai *posttest* responden.

5.4 Pembahasan

5.4.1 Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Stroke Sebelum Video Edukasi di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberikan video edukasi, tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke di RSUD dr. Soedono masih tergolong rendah. Skor rata-rata yang diperoleh responden pada pretest adalah **37,23**, dengan nilai minimum **16,57** dan nilai maksimum **62,65**. Nilai standar deviasi sebesar **13,79** menunjukkan adanya variasi yang cukup besar dalam tingkat pengetahuan responden, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti latar belakang, pengalaman merawat pasien, dan dari jawaban kuesioner menyatakan latihan gerak (*Range of Motion Exercises*) mendapatkan hasil 60% salah dari 27 orang.

Penelitian yang dilakukan oleh Kurniasih, Fatmawati, dan Yualita (2020) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien stroke masih tergolong rendah, dengan 68,5% responden memiliki pengetahuan yang kurang. Hal ini dapat berdampak pada efektivitas perawatan pasien di rumah, karena keluarga berperan penting dalam mendukung pemulihan pasien pascastroke. Selain itu, penelitian ini menekankan pentingnya metode edukasi yang lebih efektif, seperti program discharge planning yang tidak hanya memberikan informasi secara lisan tetapi juga dilengkapi dengan panduan tertulis atau media edukatif lainnya. Metode konvensional yang hanya mengandalkan ceramah tanpa dukungan media interaktif dapat menghambat pemahaman keluarga dalam merawat pasien stroke secara optimal. Oleh karena itu, pendekatan edukasi berbasis multimedia yang lebih komprehensif sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien di rumah.

Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien, diketahui bahwa mereka belum memperoleh edukasi yang mencukupi mengenai kondisi kesehatan pasien, prosedur perawatan yang harus dilakukan, serta langkahlangkah yang diperlukan dalam mendukung proses pemulihan. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya kurangnya media edukasi yang sistematis dan mudah dipahami, minimnya kesempatan bagi keluarga untuk berdiskusi langsung dengan tenaga kesehatan, serta keterbatasan akses terhadap sumber informasi yang relevan. Selain itu, keluarga pasien juga mengungkapkan bahwa informasi yang diterima masih bersifat umum dan belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan mereka dalam memberikan perawatan yang optimal di lingkungan rumah.

Menurut opini peneliti, rendahnya tingkat pengetahuan ini dapat berdampak pada ketidaktepatan dalam merawat pasien, yang berpotensi memperburuk kondisi pasien atau bahkan menimbulkan komplikasi yang tidak diinginkan. Oleh karena itu, diperlukan suatu metode edukasi yang dapat menjangkau keluarga pasien dengan cara yang lebih efektif, salah satunya melalui media video. Dengan memberikan informasi yang jelas dan mudah diakses, diharapkan keluarga pasien dapat lebih memahami pentingnya perawatan yang tepat bagi pasien stroke.

5.4.2 Pengetahuan Keluarga tentang Perawatan Pasien Stroke Sesudah Video Edukasi di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

Setelah diberikan intervensi berupa video edukasi, terjadi peningkatan yang sangat signifikan dalam tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke. Skor rata-rata posttest meningkat menjadi **85,13**, dengan nilai minimum **75,00** dan nilai maksimum **91,67**. Nilai standar deviasi sebesar **4,73** menunjukkan bahwa hampir semua responden memiliki tingkat pemahaman yang seragam setelah menerima edukasi melalui video. Peningkatan ini menandakan bahwa hampir seluruh

keluarga pasien yang mengikuti edukasi mengalami pemahaman yang lebih baik tentang perawatan pasien stroke.

Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti et al. (2023), tingkat pengetahuan keluarga mengenai penanganan pasien stroke menunjukkan bahwa 54,3% responden memiliki pengetahuan yang baik dan 40% berada pada kategori cukup setelah diberikan Edukasi mengenai tindakan perawatan pasien *stroke*. Selain itu, penelitian ini menegaskan bahwa metode edukasi yang lebih interaktif berpotensi meningkatkan pemahaman keluarga dalam memberikan pertolongan pertama. Penggunaan media visual, seperti video edukasi, dinilai lebih efektif dibandingkan metode ceramah konvensional, karena memungkinkan keluarga untuk melihat langsung prosedur yang benar serta mengulang materi jika terdapat bagian yang kurang dipahami. Oleh karena itu, pengembangan media edukasi berbasis multimedia menjadi strategi yang lebih optimal dalam meningkatkan pengetahuan keluarga terkait penanganan pasien stroke.

Menurut opini peneliti, peningkatan yang signifikan ini menunjukkan bahwa metode edukasi berbasis video dapat menjadi solusi yang efektif dalam meningkatkan pemahaman keluarga pasien stroke. Dengan menggunakan media audiovisual, informasi dapat disampaikan secara lebih jelas, sistematis, dan menarik, sehingga lebih mudah dipahami oleh keluarga pasien. Selain itu, fleksibilitas dalam mengakses video edukasi memungkinkan keluarga pasien untuk belajar sesuai dengan kebutuhan mereka, tanpa harus menghadiri sesi edukasi langsung di rumah sakit. Dengan demikian, penggunaan video edukasi dapat

menjadi strategi yang efektif dalam mendukung keberhasilan program edukasi kesehatan di rumah sakit.

5.4.3 Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

Untuk mengetahui pengaruh pemberian video edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke, dilakukan uji statistik menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil pretest dan post test, dengan nilai signifikansi 0,000 ($<0,05$). Selain itu, tidak ditemukan responden yang mengalami penurunan skor setelah diberikan edukasi, dan seluruhnya mengalami peningkatan. Ratarata peningkatan skor adalah 47,90 poin, yang menunjukkan bahwa intervensi video edukasi memiliki dampak yang kuat dalam meningkatkan pemahaman keluarga pasien stroke. Penelitian yang dilakukan oleh Mardiah et al. (2024) menyatakan bahwa media edukasi berbasis video lebih efektif dibandingkan metode ceramah karena lebih mudah dipahami dan diingat. Selain itu, teori pemrosesan informasi menyatakan bahwa individu lebih cenderung memahami dan mengingat informasi yang disajikan dalam bentuk visual dibandingkan teks tertulis (Tuong, 2014). Penggunaan video edukasi memungkinkan keluarga pasien untuk memahami informasi dengan lebih baik karena mereka dapat melihat langsung bagaimana cara merawat pasien stroke dengan benar, serta dapat mengulang kembali video jika ada bagian yang kurang dipahami.

Menurut teori pembelajaran berbasis multimedia (Mayer, 2020), dengan penggunaan kombinasi elemen visual dan audio dapat meningkatkan daya serap informasi lebih baik dibandingkan dengan metode satu arah seperti ceramah.

Sahmad (2018) juga mengemukakan bahwa media pembelajaran berbasis audiovisual lebih efektif dibandingkan media cetak dalam meningkatkan pemahaman individu. Dengan adanya kombinasi gambar, suara, dan animasi dalam video edukasi, informasi menjadi lebih menarik dan mudah dipahami oleh keluarga pasien, terutama bagi mereka yang memiliki tingkat pendidikan rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Desyani et al. (2024) menunjukkan bahwa media edukasi berbasis audiovisual memiliki efektivitas yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga terhadap deteksi dini stroke. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa kelompok yang mendapatkan edukasi melalui video animasi mengalami peningkatan rata-rata skor pengetahuan dari 61,12 menjadi 75,08 setelah intervensi. Selain itu, terdapat peningkatan skor sikap dari 76,00 menjadi 84,76, yang mengindikasikan bahwa metode ini mampu memberikan pemahaman yang lebih baik dibandingkan dengan metode konvensional seperti ceramah atau penyuluhan tertulis.

Keunggulan media audiovisual dalam edukasi kesehatan terletak pada kemampuannya menyajikan informasi dalam bentuk visual dan auditori secara simultan, sehingga memudahkan individu dalam memahami dan mengingat materi yang disampaikan. Selain itu, video edukasi memungkinkan keluarga pasien untuk melihat secara langsung prosedur yang benar dalam merawat pasien stroke serta memberikan fleksibilitas bagi mereka untuk mengulang materi jika diperlukan. Oleh karena itu, penggunaan media berbasis multimedia dinilai lebih efektif dalam meningkatkan kesiapan dan pemahaman keluarga dalam menghadapi kondisi pasien stroke dibandingkan metode edukasi tradisional.

Menurut opini peneliti, hasil ini menunjukkan bahwa video edukasi merupakan metode yang sangat efektif dalam meningkatkan pemahaman keluarga pasien tentang perawatan pasien stroke. Penggunaan media audiovisual memungkinkan informasi disampaikan dengan lebih interaktif, sehingga dapat meningkatkan retensi informasi dibandingkan dengan metode edukasi konvensional. Selain itu, video edukasi dapat diulang kembali sesuai kebutuhan, sehingga keluarga pasien dapat memahami prosedur perawatan pasien stroke dengan lebih baik. Oleh karena itu, metode ini sebaiknya diterapkan secara luas dalam program edukasi rumah sakit, tidak hanya untuk pasien stroke tetapi juga untuk penyakit lain yang memerlukan keterlibatan aktif dari keluarga pasien.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang berjudul “Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur”

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan serta diuraikan pada pembahasan yang terpapar di bab sebelumnya, maka peneliti dapat memberikan kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebelum diberikan video edukasi, mayoritas keluarga pasien stroke memiliki tingkat pengetahuan yang rendah terkait perawatan pasien stroke. Hasil pretest menunjukkan bahwa Rata-rata nilai pretest adalah 37.23, dengan nilai minimum 9.28 dan nilai maksimum 37.23
2. Setelah diberikan video edukasi, terjadi peningkatan yang signifikan dalam tingkat pengetahuan keluarga pasien stroke. Hasil posttest menunjukkan bahwa Rata-rata nilai posttest adalah 85.13, dengan nilai minimum 75.00 dan nilai maksimum 91.67.
3. Pemberian video edukasi memiliki pengaruh yang signifikan dalam meningkatkan pengetahuan keluarga pasien stroke.

6.2 Saran

1. Saran bagi Keluarga yang Merawat Pasien Stroke.

Responden disarankan untuk rutin menonton dan mengulang video edukasi yang diberikan untuk memperdalam pemahaman tentang perawatan pasien stroke, serta berdiskusi dengan tenaga kesehatan untuk memastikan pemahaman yang lebih baik.

2. Saran bagi Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus menggunakan video edukasi sebagai alat penyampaian informasi, serta memberikan kesempatan bagi keluarga pasien untuk bertanya dan mengklarifikasi informasi yang disampaikan.

3. Saran bagi Peneliti Selanjutnya.

Peneliti selanjutnya dapat mengeksplorasi penggunaan media edukasi lainnya, seperti aplikasi mobile, untuk memperluas studi mengenai efektivitasnya dalam meningkatkan pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Amila, A., Sinaga, J., & Sembiring, E. (2020). *Home care pada pasien pasca Stroke*. Deepublish.
- Anggreni, N. (2022). *Metode penelitian kesehatan*. STIKes Majapahit Mojokerto.
- Ahmil, A., Amrun, I. D., Malik, S. A., & Junaidi, J. (2021). Efektivitas Metode Leaflet Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Melakukan Perawatan Teknik Massage pada Pasien Stroke dengan Bedrest di RSUD Anutapura Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 4(11), 566–572. <https://doi.org/10.56338/jks.v4i11.1981>
- Bakri, I. L. (2020). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga*. Bakri, M. H. (2022). *Asuhan keperawatan keluarga*. Pustaka Mahardika.
- Gumelar, A. B., Zakiudin, A., & Lestari, A. M. (2023). Asuhan keperawatan pada TN. K keluarga NY. I dengan gangguan sistem persyarafan: Stroke di Desa Kutayu RT 03 RW 01 Kecamatan Tonjong Kabupaten Brebes. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 2(1), 398404. <https://dinkesjatengprov.go.id>
- Hidayat, A. A. (2021). *Metodologi Keperawatan Untuk Pendidikan Vokasi*. Health Book Publishing.
- Karsidi, M. S. (2018). *Media pembelajaran inovatif dan pengembangannya*. Remaja Rosdakarya.
- Kurniasari, E., Wardani, D. S., Putri, R., & Jannah, M. (2023). Efektifitas Edukasi Menggunakan Media Audio Visual Dan ELeaflet Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader Posyandu Dalam Pencegahan Stunting Di Masa Pandemi Covid19. *Jurnal Ilmu Kebidanan Dan Kesehatan (Journal of Midwifery Science and Health)*, 14(1), 13–20.
- Muhsinin, S. Z. (2020). *Pengaruh pemberian video edukasi terhadap keterampilan keluarga melakukan ROM pada pasien Stroke*. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Kesehatan Politeknik Medica Farma Husada Mataram*, 6(2), 209214. <https://jurnal.poltekmfh.ac.id/index.php/JPKIK/article/view/150>
- Mardiah, N. A., Lubis, A. M., Riska, Z., Zulhani, Wardani, W., & Surbakti, A. F. (2024). PENGARUH PENYULUHAN MENGGUNAKAN MEDIA DIGITAL (VIDEO ANIMASI) TERHADAP PENGETAHUAN DAN SIKAP DI. *PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(3), 8047–8054.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nursalam. (2015). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Salemba Medika.
- Paradela. (2022). *Pengaruh Pemberian Edukasi Metode Audiovisual*

Dengan Tingkat Pengetahuan Siswa Tentang Penanganan Pertama Penderita Sinkop Di SMP Negeri 6 Loa Kulu Pada Masa Pandemi COVID19.

- Purwani, N. (2023). Stroke: Cara praktis pencegahan, penanganan, dan perawatan Stroke bersama keluarga di rumah. Anak Hebat Indonesia.
- Purwoastuti, E. (2015). Perilaku & softskills kesehatan: Panduan untuk tenaga kesehatan (perawat dan bidan). Pustaka Baru
- Setiowati. (2021). Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUD Sleman.
- Singarimbun, M., & Tarigan, R. (2023). Keperawatan keluarga & komunitas. Yapindo Jaya Abadi
- Sugiyono. (2023). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Alfabeta.
- Sari, N. K., Syahruramdhani, S., & Hernani, E. (2022). Edukasi Untuk Pasien Diabetes Mellitus Melalui Pemanfaatan EDischarge Planning Di Rs Pku Muhammadiyah Gamping. *Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat UNSIQ*, 9(1), 72–78. <https://doi.org/10.32699/ppkm.v9i1.192>
- Wati, E. R. (2019). Ragam media pembelajaran. Kata Pena. Wiwit, S. (2016). Stroke dan penanganannya. Kata Hati.
- Wahab, S. (2021). Review: Perawatan Stroke Saat di Rumah.

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT IZIN PENGAMBILAN DATA AWAL



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
SK. MENKINNAS No. 146/EJ/2011 S-1 KEPERAWATAN S-1 KESEHATAN MASYARAKAT dan D-III KEBIDAHAN
SK. MENDIKBUD No. 57/EJ/2014 PROFESI NERS
SK. MENKESKEMDIK No. 348/PT/2019 D3 FARMASI dan D3 PEREKAM & INFORMASI KESEHATAN
SK. MENKESKEMDIK No. 378/PT/2016 S1 FARMASI
Kampus : J. Taman Praja Kec. Taman Kofa Madiun Telp./Fak. (0351) 491947
AKREDITASI BAN PT NO. 152/SK/BAN-PT/IK-ISK/PT/IV/2022
website : www.stikes-bhm.ac.id

Nomor : /STIKES/BHM/U/ /
Lampiran : -
Perihal : *Izin Pengambilan Data Awal*

Kepada Yth :

Direktur RSUD Dr. Soedono Madiun
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Sebagai salah satu persyaratan Akademik untuk mendapat gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep), maka setiap mahasiswa Ilmu Kesehatan Program Studi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun yang akan menyelesaikan studinya diharuskan menyusun sebuah Skripsi. Untuk tujuan tersebut diatas, kami mohon bantuan dan kerja sama Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data awal sebagai kelengkapan data penelitian kepada :

Nama Mahasiswa : Aldi Dewanto
NIM : 202102003
Semester : 6 (Enam)
Data yg dibutuhkan : Jumlah keluarga pasien penderita stroke yang berada di RSUP Soedono Madiun pada tahun 2024
Judul : Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUP Soedono Madiun
Pembimbing : 1. Sudarmi, S.Kep., Ns., M.Kep
2. Adhin Al Kasanah S.Kep.,Ns.,M.Kep

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Madiun, 06 MAY 2024
Ketua

Zaenal Abidin, SKM, M.Kes (Epid)
NIDN. 0217097601

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIK PENELITIAN



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

RSUD dr. SOEDONO

Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454857, 464325 Fax. (0351) 458054
Website : www.rssoedono.jatimprov.go.id , Email : rsu_soedonomdn@jatimprov.go.id

MADIUN 63116

SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIK PENELITIAN

(ETHICAL CLEARANCE)

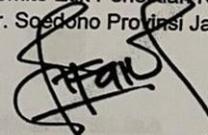
Nomor: 400.14.5.4/26945/102.9/2024

Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedono Provinsi Jawa Timur dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian, telah mempelajari dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan bahwa pengambilan data awal yang diajukan oleh saudara :

Nama : Aldi Dewanto
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUP Soedono Madiun
Asal Institusi : S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Pada Tanggal : 29 Juli 2024
Dinyatakan : **LAYAK ETIK**

Demikian Surat Keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Madiun, 29 Juli 2024
Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur


dr. IFA YULI ASTUTI, Sp.Rad, Subsp.R.I.(K)

Penata Muda Tingkat I

NIP. 19810731 202204 2 001

* *Ethical clearance* berlaku satu tahun dari tanggal persetujuan

** Peneliti berkewajiban

1. Menjaga kerahasiaan identitas subjek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila:
 - a. Jika ada perubahan protokol dan/atau setelah masa berlakunya keterangan layak etik peneliti masih belum selesai, harus mengajukan kembali Permohonan Kelayakan Etik Penelitian dan/atau *ethical clearance* serta surat jawaban izin penelitian diperpanjang
 - b. Penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian tidak diinginkan/ *Adverse events* dan kejadian tidak diinginkan serius/ *Serious adverse events*
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian dinyatakan layak etik dan *informed consent*

Lampiran 3

JAWABAN SURAT IZIN PENGAMBILAN DATA AWAL

**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**
RSUD dr. SOEDONO
Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454657, 464325 Fax. (0351) 458054
Website : www.rssoedono.jatimprov.go.id , Email : rsu_soedonomdn@jatimprov.go.id
MADIUN 63116

Nomor : 400.14.5.4/26946/102.9/2024
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Jawaban Surat Izin Pengambilan Data Awal

Madiun, 29 Juli 2024
Kepada Yth,
Ketua STIKES Bhakti Husada
Mulia Madiun
Di - **Madiun**

Menjawab surat Saudara nomor : 039/STIKES/BHM/U/V/2024 tanggal 02 Mei 2024, Perihal : Surat Izin Pengambilan Data Awal, yang dilakukan oleh :

Nama : Aldi Dewanto
NIM : 202102003
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUP Soedono Madiun

pada prinsipnya dapat disetujui untuk dilaksanakan. Adapun persyaratan untuk melaksanakan penelitian adalah sebagai berikut :

1. Tempat : Instalasi Rawat Inap Unit Stroke
2. Waktu : Bulan Juli 2024 – Agustus 2024
3. Mentaati ketentuan yang berlaku di RSUD dr. Soedono
4. Menjaga tata tertib, keamanan, kebersihan dan kesopanan selama melaksanakan pengambilan data
5. Menyelesaikan biaya penelitian melalui transfer ke Nomor *Virtual Account (VA)* Bank Jatim sesuai dengan *invoice* terlampir
6. Ada pembimbing lapangan dari RSUD dr. Soedono
7. Membawa hasil tes Swab PCR atau antigen Covid-19
8. Menyerahkan laporan hasil penelitian ke Bidang Diklit segera setelah penelitian selesai

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. SOEDONO
PROVINSI JAWA TIMUR
Wakil Direktur Penunjang dan Diklit



dr. ABDUL ROHIM, Sp.A
Pembina Utama Muda
NIP. 19660314 199509 1 001

Sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku, surat ini lebih diutamakan secara elektronik yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan surat fisik. Untuk keperluan ini, surat ini diterbitkan secara elektronik yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan surat fisik.



Lampiran 4

SURAT KETERANGAN KELAYAKAN ETIK PENELITIAN RSUD dr. SOEDONO

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RSUD dr. SOEDONO
Jl. Dr. Sutomo No. 59 Telp. (0351) 454657, 464325 Fax. (0351) 458054
Website : www.rssoedono.jatimprov.go.id , Email : rsu_soedonomdn@jatimprov.go.id
MADIUN 63116

NOTA DINAS

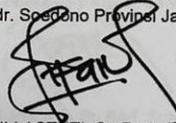
Kepada : 1. Kepala Bidang Keperawatan
2. Kepala Instalasi IRNA Wijayakusuma (Unit Stroke)
Dari : Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Tanggal : 29 Juli 2024
Nomor : RSSM/ND/KEPK/87/2024
Sifat : Penting
Hal : Bantuan Pengambilan Data Awal

Sehubungan dengan telah kami terbitkannya Surat Keterangan Kelayakan Etik Penelitian Nomor 400.14.5.4/26945/102.9/2024 tanggal 29 Juli 2024 kepada :

Nama : Aldi Dewanto
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUP Soedono Madiun
Asal Institusi : S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Untuk itu mohon bantuan saudara terkait data yang bersangkutan. Adapun data yang dibutuhkan sebagaimana kebutuhan data terlampir.

Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur


dr. IFA YULI ASTUTI, Sp.Rad, Subsp.R.I.(K)
Penata Muda Tingkat I
NIP. 19810731 202204 2 001

Tembusan, Yth:

1. Direktur RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur (sebagai laporan)
2. Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian

Lampiran 5

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada

Yth. Calon responden

Ditempat

Dengan hormat

Dengan ini saya, mahasiswa S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun, bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* Di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur” yang merupakan tugas akhir sebagai syarat kelulusan di STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun. Untuk kepentingan tersebut peneliti memohon anda untuk bersedia menjadi responden saya. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan.

Atas perhatian, kerjasama dan kesediaan dalam partisipasi sebagai responden dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih dan berharap informasi anda dapat berguna khususnya dalam penelitian ini.

Hormat Saya,

Aldi Dewanto
NIM. 202102003

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :

Setelah saya mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, jaminan kerahasiaan dan tidak adanya resiko dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang bernama Aldi Dewanto mengenai “ Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Merawat Pasien *Stroke* Di RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur” saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan ini sangat bermanfaat bagi pengetahuan keperawatan di Indonesia. Untuk ini saya memberikan data yang sebenarnya.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sesuai keperluan.

Madiun,
Responden

()

Lampiran 7

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN VIDEO EDUKASI (SOP)

PENGERTIAN	Pemberian video edukasi adalah metode penyampaian informasi melalui media audiovisual yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman keluarga pasien stroke mengenai perawatan pasien di rumah sakit dan di rumah. Materi edukasi diberikan dalam bentuk video untuk memudahkan keluarga memahami prosedur perawatan secara visual dan praktis.
TUJUAN	Memberikan edukasi yang efektif kepada keluarga pasien stroke agar meningkatkan pengetahuan mereka tentang perawatan pasien stroke, sehingga keluarga dapat memberikan perawatan yang optimal.
PERALATAN	<ol style="list-style-type: none">1. Laptop2. Proyektor3. Screen proyektor4. Speaker5. Kuisisioner6. Ruang tunggu keluarga
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>TAHAP PRE INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Persiapan Ruangan2. Persiapan Materi3. Persiapan Kuisisioner <p>TAHAP ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menyambut keluarga pasien di ruang tunggu dan perkenalkan diri.2. Menjelaskan tujuan dari sesi video edukasi, yaitu untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang perawatan pasien stroke3. Menjelaskan bahwa sesi ini akan berlangsung selama 30 menit dengan kesempatan setelahnya4. Memastikan keluarga merasa nyaman dan siap mengikuti sesi edukasi. <p>TAHAP KERJA</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pemberian Video Edukasi: Putar video edukasi dan pastikan semua anggota keluarga dapat melihat dan mendengar dengan jelas2. Pendampingan Selama Video: Berikan dukungan bila ada masalah teknis atau jika keluarga memiliki pertanyaan singkat selama pemutaran video

	<p>3. Catatan Penting: Catat pertanyaan atau tanggapan keluarga yang relevan selama sesi untuk dijawab pada tahap berikutnya.</p> <p>TAHAP TERMINASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya atau mengajukan klarifikasi mengenai materi yang telah ditonton. 2. Melakukan diskusi untuk memastikan pemahaman keluarga terkait penerapan perawatan pasien stroke di rumah. 3. Memberikan kuisisioner untuk menilai pemahaman keluarga pasien <i>stroke</i>. 4. Mengakhiri sesi dengan mengucapkan terima kasih kepada keluarga atas partisipasi dan memberikan informasi kontak jika membutuhkan panduan lebih lanjut.
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanggal dan waktu tindakan 2. Pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah tindakan
<p>Referensi: Buku panduan praktikum STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun</p>	

KUESIONER BAGIAN II (assesmen pengetahuan keluarga)

Pilihlah pertanyaan dibawah ini yang menurut anda benar POSISI TIDUR Mana yang seharusnya Anda lakukan pada pasien *Stroke* posisi ditempat tidur :

1. Posisi tidur pasien

- A. Posisi tidur telentang badan dan kepala datar
- B. Posisi kepala lebih tinggi 30⁰ atau diganjal 2 bantal
- C. Tidak Tahu

2. Posisi telapak kaki saat tidur di kasur:



Tidak ada tumpuan



Ada tumpuan

3. Posisi lutut saat tidur di kasur:



Diganjal bantal



Tidak diganjal

4. Posisi kaki saat tidur miring:



Kaki yang ada diatas agak kedepan dan diganjal dengan bantal



Kaki yang ada diatas agak ke belakang dan diganjal bantal



Posisi kaki ditumpuk

5. Posisi tangan yang mengalami kelemahan:



Mengepal

Kepalan tangan diganjal

6. Posisi tangan saat tidur di tempat tidur:



Tidak diganjal bantal

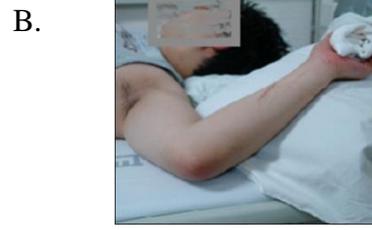


Diganjal bantal

7. Posisi anatomis tangan saat tidur:



Letakkan bantal dibawah ketiak dan letakkan tangan diatasnya



Buka lengan dan letakkan tangan kearah kepala

8. Posisi tangan saat tidur miring:



Berbaringlah dengan lengan yang lemas diatas dan letakkan bantal di bawah lengan dan putar



Berbaringlah dengan lengan yang lemas diatas dan meletakknya di tempat tidur dengan nyaman

Posisi Duduk

9. Mana yang seharusnya Anda lakukan pada pasien *Stroke* posisi duduk :



Tempatkan lengan yang lemas dengan nyaman dikaki

Tempatkan lengan yang lemas dengan nyaman diatas tempat Tidur

Tempatkan lengan yang lemas diatas bantal

D.



Tempatkan lengan yang lemas diatas meja

PEMBERIAN MAKANAN

No 10- 12 adalah apabila pasien makan melalui selang makanan. Silakan pilih jawaban yang benar:

10. Ketinggian tempat tidur saat makan
 - a. Posisi telentang
 - b. Setengah duduk ($<45^{\circ}$)
 - c. Setengah duduk ($> 45^{\circ}$)
 - d. Tidak tahu

11. Waktu bagi pasien untuk tetap dalam posisi duduk setelah makan:
 - a. <5 menit
 - b. 5–10 menit
 - c. 10–30 menit
 - d. > 30 menit

12. Posisi yang digunakan setelah pemberian air minum atau sedikit obat:
 - a. Terlentang
 - b. Tinggikan tempat tidur
 - c. Tetap dalam posisi duduk setelah mengambil air / obat
 - d. Tidak tahu

No 13 – 16 adalah apabila pasien makan melalui mulut. Silahkan pilih jawaban yang benar

13. Jenis makanan yang cocok untuk pasien yang mengalami kesulitan mengunyah dan menelan:
 - a. Makanan Cair
 - b. Makanan biasa
 - c. Lunak lauk pauk dicincang
 - d. Tidak tahu

14. Untuk merangsang/ menstimulasi sensasi rasa di mulut, maka makanan yang diberikan berupa :
 - a. Makanan yang hangat/ dingin
 - b. Makanan lunak
 - c. Makanan dengan potongan besar
 - d. Tidak tahu

15. Untuk mencegah sembelit pada pasien, maka harus diberikan:
 - a. Tambahan air (minum)
 - b. Berikan diet berserat tinggi
 - c. Berikan produk susu
 - d. Tidak tahu

16. Aspirasi atau keselek dapat menyebabkan masalah?
 - a. Kelelahan
 - b. Pneumonia
 - c. Asma
 - d. Tidak tahu

PERUBAHAN POSISI DAN TRANSFER

NO 17-18 tentang perubahan posisi dan transfer. Silahkan pilih jawaban yang benar

17. Seberapa sering Anda mengubah posisi tubuh pasien ketika pasien berada di tempat tidur?
- Dua jam
 - Empat jam
 - Enam Jam
 - Jarang
18. Pilih semua jawaban yang benar :
- Luka tekan tidak akan terjadi pada pasien jika ditidurkan di kasur angin
 - Kasur angin sangat baik untuk digunakan baik untuk tidur ataupun duduk untuk mencegah luka tekan
 - Bantal angin yang terisi penuh dengan udara sangat baik untuk mencegah luka tekan
 - Tidak perlu mengubah posisi tubuh sambil duduk di kursi roda
 - Angkat pasien dengan meletakkan lengan Anda di bawah ketiak pasien saat memindahkannya

LATIHAN RENTANG GERAK

NO. 19-20 tentang latihan rentang gerak. Silahkan pilih jawaban yang benar

19. Berapa kali per hari Anda melakukan berbagai latihan gerak?
- 0 kali
 - 1–2 kali
 - 3–5 kali
 - > 5 kali
20. Komplikasi yang bisa terjadi kalau tidak dilakukan latihan rentang gerak ?
- Kaku sendi
 - Otot mengecil
 - Foot drop (setapak kaki)

d. Tidak tahu



PERSONAL HYGIENE (KEBERSIHAN DIRI)

NO. 21-24. silahkan pilih jawaban yang benar

21. Ketika akan mengganti baju pasien
 - A. Mulai dari sisi yang sakit
 - B. Kedua sisi secara bersamaan
 - C. Mulai dari sisi yang sehat
 - D. Tidak tahu
22. Kebersihan mulut (cuci mulut dengan kain kasa yang dimasukan ke mulut)
 - A. Tidak perlu
 - B. 1-2 kali per hari
 - C. > 3 kali sehari
 - D. Jarang
23. Apabila pasien *Stroke* menggunakan diapers, apa yang saudara lakukan?
 - A. Ganti 1 x sehari
 - B. Ganti tiap kali basah/ BAB
 - C. Ganti setiap pasien dimandikan
 - D. Jarang
24. Berapa kali sebaiknya pasien *Stroke* dimandikan...
 - E. Sekali sehari
 - F. Dua kali sehari
 - G. Sekali dalam dua hari
 - H. Tidak tahu

LAMPIRAN 9

OUTPUT DATA SPSS DATA UMUM DAN DATA KHUSUS

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LakiLaki	16	35,6	35,6	35,6
	Perempuan	29	64,4	64,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2035 Tahun	2	4,4	4,4	4,4
	> 35 Tahun	43	95,6	95,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sekolah Menengah Pertama	13	28,9	28,9	28,9
	Sekolah Menengah Atas	24	53,3	53,3	82,2
	Diploma/Sarjana	8	17,8	17,8	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Uji Normalitas

Tests of Normality

	KolmogorovSmirnov ^a			ShapiroWilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PreTest	,168	45	,003	,928	45	,008
PosTest	,241	45	,000	,855	45	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Uji Wilcoxon

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PosTest – PreTest	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	45 ^b	23,00	1035,00
	Ties	0 ^c		
	Total	45		

a. PosTest < PreTest

b. PosTest > PreTest

c. PosTest = PreTest

Test Statistics^a

		PosTest - PreTest
Z		-5,849 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Lampiran 10

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No.	Kegiatan	Bulan								
		April 2024	Mei 2024	Juni 2024	Oktober 2024	November 2024	Desember 2024	Januari 2025	Februari 2025	Maret 2025
1.	Pengajuan Judul									
2.	Studi Pendahuluan									
3.	Penyusunan dan Bimbingan Proposal									
4.	Ujian Proposal									
5.	Revisi Proposal									
6.	Pengajuan Etik Penelitian									
7.	Pengambilan Data dan Olah Data									
8.	Bimbingan Skripsi (BAB 5 & 6)									
9.	Seminar Hasil									
10.	Revisi									

Lampiran 11

DOKUMENTASI



Pemberian Kuisiner Sebelum Diberikan Video Edukasi



Pemberian Video Edukasi



Pemberian Kuisiner Setelah Diberikan Video Edukasi

Lampiran 12

Lembar Konsultasi

Nama Mahasiswa : AMI DEWANTI
 NIM : 202102003
 Judul : Pengaruh Emosi Video Edukasi terhadap Pengetahuan Keluarga tentang perawatan pasien stroke di RSUD Jember Jawa Timur

Pembimbing 1 : Sudarni, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Pembimbing 2 : Adnan Al Kasarrah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

PEMBIMBING 1				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	2/mei/2024	Bab 1	Revisi format dan isi	
		Judul 1	Tidak acc	
		Judul 1	Acc	
2.	21/mei/2024	Bab I	- mencari jurnal tahun terakhir - lanjut bab 2 dan 3 - Revisi penulisan	
3.	29/mei/2024	Bab II	- Tambahkan penanganan stroke - Tambahkan perawatan di RS dan pasca stroke - Tambahkan profil RSUP Jember	
4.	10/juni/2024	Bab II dan III	- merapikan Paragraf - Menambahi isi dari video - menambahkan gambar edukasi - menambahkan definisi, pencegahan konsep	
5.	26/juni/2024	Bab II dan III	- lanjut Bab III	
6.	14/juli/2024	Bab IV	- Revisi bab IV - kerangka konsep - Analisis data	
7.	25/uli/2024	Bab IV	- ACC Ujian	

KARTU BIMBINGAN SKRIPSI KEPERAWATAN				
Prodi KEPERAWATAN STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun				
PEMBIMBING 2				
NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.		Judul	- Bahas acc	
2.		Judul	- sudah acc	
3.	07/mei/2024	Bab I	- Revisian - lanjut bab II - mencari sumber	
4.	30/mei/2024	Bab II	Tamlehki penulisan pr stroke	
5.	21/juni/2024	Bab II dan III	-	
6.	24/juli/2024	Bab IV	- Analisis Data	
7.	20/uli/2024	Bab IV	- acc ujian	
			Revisi bab I & perbaikan revisian dg tujuan khusus	

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
	21/5/2024		Revisi acc Ujian	

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
		Bab 5/6	Perbaiki hasil & pembahasan Bawa lengkap Yang lebih dalam mengenai hasil. Bawa lengkap	
			acc Ujian hasil	



Lampiran 13

Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDONO**

Jalan Dr. Sutomo Nomor 59, Kartoharjo, Kota Madiun 63116
Telepon (0351) 464325, Laman rsoedono.jatimprov.go.id, Pos-el rsu_soedonomdn@jatimprov.go.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.14.5.4 / 10.837 / 102.9 / 2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. ABDUL ROHIM, Sp.A
NIP : 19660314 199509 1 001
Pangkat / Golongan : Pembina Utama Muda / IVc
Jabatan : Wakil Direktur Penunjang, Pendidikan dan Penelitian RSUD
dr. Soedono Provinsi Jawa Timur

Menerangkan :
N a m a : ALDI DEWANTO
NIM : 202102003
Program Studi : S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Judul Penelitian : Pengaruh Pemberian Video Edukasi Terhadap Pengetahuan
Keluarga Tentang Merawat Pasien Stroke Di RSUP
Soedono Madiun

Telah selesai melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedono
Provinsi Jawa Timur mulai bulan Januari 2025 sampai dengan Februari 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana
mestinya.

Madiun, 17 Maret 2025
Wakil Direktur Penunjang dan Diklit
RSUD dr. Soedono Provinsi Jawa Timur



dr. ABDUL ROHIM, Sp.A
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP 196603141995091001

- UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah".
- Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSSE).



HASIL PRETEST

No. Responden	POSISI TIDUR DAN DUDUK									PEMBERIAN MAKANAN						POSISI TRANSFER		LATIHAN GERAK			PERSONAL HYGINE			TOTAL	
	S1	S2	S3	S4S	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23		S24
1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	8
2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5
3	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	11	
4	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	11	
5	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	6	
6	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	11	
7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	7	
8	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	
9	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	10	
10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	6	
12	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	6	
13	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	5	
14	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	13	
15	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	14	
16	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	10	
17	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	14	
18	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	11	
19	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	15	
20	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	
21	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	13	
22	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	13	
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5	
24	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5	
25	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	15	
26	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4	
27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	
28	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	10	
29	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	11	
30	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	8	
31	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	10	
32	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
33	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	11	
34	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	6	
35	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	11	
36	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	7	
37	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	10	
38	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	12	
39	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	6	
40	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	5	
41	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	11	
42	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	7	
43	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	12	
44	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	6	

HASIL POST TEST

No. Responden	Posisi Tidur Dan Duduk									Pemberian Makanan						Transfer		Latihan Gerak		Personal Hygiene				Total		
	S1	S2	S3	S4	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22		S23	S24
1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	22
2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	21
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	22
5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	22
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	21
8	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
9	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	21
10	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	19
11	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	21
13	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	21
14	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
15	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	21
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	22
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	21
18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	21
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	23
20	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	19
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	23
22	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
23	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21
24	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	20
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	23
26	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	19
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	22
28	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	21
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	23
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	22
31	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	21
32	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	21
33	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	18
34	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	21
35	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	22
36	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	20
37	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	20
38	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	22
39	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	22
40	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	21
41	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	22
42	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	22
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	23
44	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	21
45	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	24