

Proposal Penelitian

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DETEKSI DINI STROKE BERBASIS
AUDIOVISUAL TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP PADA
PASIEN RESIKO STROKE DI PUSKESMAS MANDIANGIN
KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2021**



Oleh:

**SITI NURSUTA
1714201169**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA
2021**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	I
DAFTAR SKEMA	III
DAFTAR TABEL	IV
DAFTAR LAMPIRAN	V
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN PENELITIAN.....	13
1. Tujuan Umum.....	13
2. Tujuan Khusus.....	13
C. MANFAAT PENELITIAN.....	14
1. Bagi Peneliti.....	14
2. Bagi Institusi Pendidikan.....	15
3. Bagi Lahan.....	15
D. RUANG LINGKUP PENELITIAN.....	15
BAB II TINJAUAN TEORI	17
A. KONSEP STROKE.....	17
1. Pengertian stroke.....	17
2. Faktor Resiko.....	18
3. Etiologi.....	25
4. Klasifikasi.....	27
5. Manifestasi.....	28
6. Patofisiologi.....	30
7. Pemeriksaan Penunjang.....	32
8. Pencegahan.....	34
B. KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN.....	36
1. Pendidikan Kesehatan.....	36
2. Tujuan Pendidikan Kesehatan.....	36
3. Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	37
4. Faktor – Factor Yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan.....	38
C. PROSES DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN.....	39
D. METODE PENDIDIKAN KESEHATAN.....	40
E. LANGKAH-LANGKAH DALAM PENDIDIKAN KESEHATAN.....	42
1. Alat Peraga Dalam Pendidikan Kesehatan.....	43
F. KONSEP AUDIOVISUAL.....	44
1. Pengertian Audiovisual.....	44

G.	KONSEP PENGETAHUAN	47
2.	Tingkat Pengetahuan	47
3.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan	49
4.	Pengukuran Pengetahuan	51
H.	KONSEP SIKAP	52
1.	Pengertian Sikap	52
2.	Tingkatan Sikap	53
3.	Ciri – Ciri Sikap	53
4.	Pengukuran sikap	54
I.	KERANGKA TEORI	55
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS		56
A.	KERANGKA KONSEP	56
B.	DEFINISI OPERASIONAL	57
C.	HIPOTESA	58
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		60
A.	DESAIN PENELITIAN	60
B.	TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN	61
C.	POPULASI DAN SAMPEL	61
1.	Populasi	61
2.	Sample	62
D.	INTRUMEN PENELITIAN	64
E.	PROSEDUR PENGUMPULAN DATA	66
F.	PENGELOLAHAN DAN ANALISA DATA	68
G.	ETIKA PENELITIAN	72

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	55
-------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Definisi Operasional.....	57
Tabel 5.1 Analisa Univariat.....	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

**Lampiran 2 FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN (*INFORMED
CONSENT*)**

Lampiran 3 KISI-KISI KUESIONER

Lampiran 4 LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

Lampiran 5 LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia sedang terjadi perubahan pola penyakit atau disebut juga sebagai transisi epidemiologi. Hal ini ditandai dengan meningkatnya kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular (PTM) dari pada penyakit menular. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes, 2017) menunjukkan angka kematian akibat penyakit menular dari periode 1990-2015 terjadi penurunan 65% menjadi 38%, sedangkan kematian akibat PTM meningkat dari 37% menjadi 57%. Hal tersebut membuktikan bahwa di masa lalu permasalahan penyakit menular merupakan masalah yang paling utama. Sedangkan saat ini, masalah kesehatan terbesar justru pada penyakit tidak menular (PTM) satu diantaranya yaitu stroke (Kemenkes, 2017) . Stroke adalah penyakit yang menyerang sistem saraf manusia yang sangat mengancam jiwa. Penyakit ini menjadi masalah kesehatan yang merupakan penyebab utama dan satu diantara penyebab kecacatan terbanyak pada usia dewasa (Reni, 2017).

Berdasarkan data badan kesehatan dunia atau *World Health Organization* (WHO), stroke menduduki urutan ketiga sebagai penyebab utama kematian setelah penyakit jantung koroner dan kanker di negara

berkembang. Setiap tahunnya ada sekitar 5,8 juta orang yang meninggal karena stroke dan dua-sepertiga dari total kematian akibat stroke terjadi di negara-negara berkembang atau menyumbang 85,5% dari total kematian akibat stroke di seluruh dunia. Tahun 2010 tiap tahunnya ditemukan 15 juta jiwa di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta lainnya mengalami kecacatan yang permanen, dan 5 juta lainnya sembuh dengan gejala sisa (Reni, 2017).

Angka kejadian Stroke di Amerika menjadi penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan, insiden stroke di Amerika Serikat lebih dari 700.000 tiap tahun dan meninggal lebih dari 160.000 tiap tahunnya. Nasution, Sofyan & Hamra dalam (Riduan & dkk, 2018) . Berdasarkan data America Heart Assosiation/America Stroke Assosiation (AHA/ASA) (2017) menunjukkan bahwa 7,2 juta penduduk amerika berusia ≥ 20 tahun menderita stroke. Angka kejadian stroke pada laki-laki dan wanita memiliki angka kejadian sama 2,8% dengan usia ≥ 18 tahun. Tahun 2017 stroke merupakan penyakit penyebab kematian ke empat di United Kingdom (UK) setelah kanker, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan, dan menyebabkan hampir 50.000 kematian. Berdasarkan *Stroke Association* (2017) menunjukkan lebih dari 100.000 kasus stroke di UK setiap tahunnya, dengan kejadian 1 kasus stroke perlima menit (Stroke Association, 2017).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan di tahun 2018 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi stroke di Indonesia. Dari 7 % per 1000 penduduk pada tahun 2013 meningkat menjadi 10.9% per 1000 penduduk pada tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter. Sedangkan di Sumatera Barat berdasarkan riskesdas sedikit lebih tinggi dari prevalensi nasional. Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (50.2‰). (RISKESDAS, 2018).

Terdapat hubungan antara onset dari hipertensi dan stroke. Selama jangka waktu yang panjang ini, serangkaian perubahan terjadi dalam sistem kardiovaskular termasuk sirkulasi serebral. Perubahan ini, seperti renovasi vaskular, peradangan, stres oksidatif dan disfungsi barorefleks, dan lain-lain yang dapat berkontribusi pada patogenesis stroke oleh hipertensi. Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di seluruh dunia karena hipertensi merupakan faktor risiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia (WHO, 2018).

Diseluruh dunia sekitar 40% dari orang dewasa yang berusia 25 tahun ke atas telah didiagnosis dengan hipertensi. Prevalensi hipertensi tertinggi terjadi di wilayah Afrika sebesar 46% sedangkan prevalensi terendah terjadi

di Amerika sebesar 35%. (WHO, 2018) . Prevalensi hipertensi pada umur diatas 18 tahun didiagnosis tenaga kesehatan sebesar 9,4% sedangkan yang minum obat hipertensi sebesar 9,5%. Sehingga terdapat 0,1% penduduk yang tidak pernah didiagnosis hipertensi oleh tenaga kesehatan tetapi minum obat hipertensi. Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada usia lebih dari 18 tahun sebesar 34,11%, sedangkan di Sumatera Barat angka kejadian hipertensi sebanyak 22,2%. (RISKESDAS, 2018) . Kemudian angka kejadian hipertensi di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi didapatkan 1399 kasus pada tahun 2020, dengan rata-rata kasus perbulan sebanyak 116 kasus. Penyakit hipertensi dapat menyebabkan berbagai komplikasi, salah satu diantaranya adalah stroke.

Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung iskemik baik di negara maju maupun berkembang. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. Serangan stroke sering terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala khusus sesuai bagian otak yang tidak tersuplai darah. Maka itu, penderita stroke harus segera mendapatkan pertolongan secepat mungkin agar kerusakan sel otak yang terjadi minimal sehingga tidak

menimbulkan cacat atau gejala sisa akibat serangan. Cacat dapat berupa kelumpuhan anggota gerak, proses berpikir, gangguan bicara dan memori, bahkan dapat menimbulkan kematian (Sari, Yuliano, & Almudriki, 2019)

Tingkat penyembuhan pada penderita stroke masih rendah, yaitu sebanyak 15-30% penderita akan mengalami kelumpuhan atau cacat yang permanen, kehilangan suara atau daya ingat dan berbagai akibat lainnya. Sekitar 25% dari pasien stroke meninggal dalam tahun pertama setelah serangan stroke dan 14-15% mengalami stroke kedua dalam tahun yang sama setelah mengalami stroke pertama. Kejadian stroke tidak hanya menimpa penderitanya akan tetapi juga mempengaruhi kehidupan anggota keluarga lainnya. apabila satu diantara anggota keluarga mengalami stroke maka seluruh keluarga juga ikut menderita. Ketika terdapat anggota keluarga yang mendadak tidak berdaya atau kehilangan peran di keluarga, maka anggota keluarga lainnya, secara sukarela membantu penderita dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, hal ini yang dianggap sebagai beban dalam keluarga tersebut. Keluarga yang mempunyai penderita penyakit kronis atau cacat akan mempengaruhi fungsi dan bentuk keluarga tersebut, berarti keluarga akan melakukan penyesuaian diri untuk mengatur dan menyeimbangkan kebutuhan-kebutuhan dari penderita dan keluarga Handayani & Dewi dalam (Cristiani, 2018). Pada umumnya penderita stroke akan menjadi bergantung pada bantuan orang lain (keluarga) sebab dalam menjalankan aktivitas kehidupannya sehari-hari (*activities of daily*

living/ADL) seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan sebagainya. Kemandirian dan mobilitas penderita stroke menjadi berkurang atau bahkan hilang. Berkurang atau hilangnya tingkat kemandirian dan mobilitas seseorang dalam hal ini akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup yang dimiliki seseorang dan keluarga. Oleh karena itu perlu peran perawat sebagai edukator pemberi informasi untuk mengenali atau mengetahui tanda-tanda terjadinya stroke (Cristiani, 2018).

Mengenali tanda-tanda stroke merupakan hal penting karena kemungkinan seseorang untuk bertahan dari serangan stroke lebih tinggi. Tujuannya adalah menurunkan tingkat kesakitan serta kematian karena stroke, karenanya pengenalan secara dini mengenai tanda dan gejala stroke memegang peranan penting dan menjadi kunci utama dalam penanganan stroke yang paripurna. “Time is brain” dan “golden periode” merupakan konsep utama tatalaksana stroke. Idealnya pasien stroke sudah mendapatkan tatalaksana dalam tiga jam sejak gejala pertama dikenali. Data yang ada menunjukkan, terutama di negara-negara maju, pasien yang datang dalam golden period 3 jam tersebut berkisar antara 19-60%. Sekitar 83,9% terlambatnya penanganan disebabkan oleh keterlambatan pra rumah sakit (Antara, 2017).

Beberapa penyebab keterlambatan tersebut seperti misalnya menyepikan tanda-tanda dini stroke menempati urutan pertama penyebab keterlambatan pra-hospital ini, yaitu sekitar 62,3%. Beberapa kasus terlambat

datang karena berharap gejala dan tanda akan menghilang (2,7%), Pasien yang tinggal sendiri pun menyumbang angka keterlambatan sekitar 7,1%. Sedangkan pasien yang tinggal jauh dari sarana kesehatan serta ketiadaan sarana transportasi turut berkontribusi dalam keterlambatan ini. hal tersebut akan menambah tingginya risiko tinggi angka kejadian stroke (Antara , 2017).

Keberhasilan penanganan stroke adalah deteksi dini pra rumah sakit yang tepat. Deteksi dini dan transportasi yang cepat, penilaian atau penegakan diagnosis serta penanganan gawat darurat yang memadai di rumah sakit sehingga tercapai waktu terapi trombolitik (membuka aliran darah), yang diharapkan akan mampu menurunkan tingkat kecacatan atau kematian sebagai akibat dari dampak keterlambatan mendeteksi dini stroke (Antara , 2017) . Oleh karena itu, sangat diperlukan pengenalan secara dini mengenai tanda dan gejala stroke pada individu dengan risiko tinggi maupun keluarga. informasi tersebut harus disebarluaskan sehingga masyarakat lebih mengenal dan tanggap, karena stroke merupakan suatu kondisi gawat darurat Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI, 2011) Satu diantaranya penyampaian informasi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah pendidikan kesehatan atau edukasi. Pendidikan kesehatan atau edukasi yang dilakukan oleh perawat tersebut memiliki beberapa metode, namun metode yang paling sering digunakan adalah metode ceramah atau diskusi.

Mengatakan metode ceramah adalah cara yang yang digunakan dalam menyampaikan pesan kesehatan dan informasi kepada individu, kelompok

dan masyarakat secara lisan. Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Untuk persiapan dan pelaksanaannya adalah penceramah harus mempunyai sikap dan penampilan yang menyakinkan dan tidak ragu- ragu, Sebelum memberkikan ceramah harus mempersiapkan dan mempelajari materi serta mempersiapkan alat bantu pengajaran misalnya *slide*, *sound system* dan sebagainya. Untuk kelemahan metode ini adalah bersifat memaksa, membuat individu, kelompok ataupun masyarakat yang diberi ceramah bersifat pasif dan apabila terlalu lama kadang membosankan (Natoatmodjo, 2007).

Metode pembelajaran ceramah disertai leaflet adalah pembelajaran yang menerapkan adanya praktik atau memperagakan pembelajaran. Metode ceramah disertai leaflet sangat baik digunakan untuk menunjang pembelajaran mengenai dasar-dasar yang sederhana maupun yang rumit dan materi pembelajarannya dapat diserap lebih banyak Hardiningsih dalam (Riduan & dkk, 2018) . Kombinasi Pendidikan kesehatan menggunakan metode ceramah disertai leaflet bagus dan memiliki keuntungan dimana peserta langsung melihat bahwa pekerjaan tertentu itu betul-betul mungkin dilakukan dan fleksibel, hal ini menjadikan materi pembelajaran betul-betul nyata dan positif. Selain metode konvensional terdapat pula metode lain yaitu audiovisual.

Audiovisual adalah media perantara atau penggunaan materi dan penyerapannya melalui pandangan dan pendengaran sehingga membangun

kondisi yang dapat membuat individu mampu memperoleh pengetahuan keterampilan dan sikap. Audiovisual dapat meningkatkan pengetahuan individu dikarenakan audiovisual dapat menarik dan mengarahkan perhatian untuk konsentrasi kepada materi yang berkaitan dengan media yang digunakan, menstimulus emosi dan sikap individu serta memperlancar dan mempermudah memahami dan mengingat informasi atau pesan yang terkandung Mindiharto & Mindiono dalam (Riduan & dkk, 2018).

Media pendidikan kesehatan tidak hanya berfungsi sebagai pelengkap untuk membantu tenaga kesehatan memberikan informasi tetapi media memiliki fungsi yang kuat yaitu mempunyai kekuatan untuk menarik perhatian peserta. Media yang menarik akan memberikan keyakinan, sehingga perubahan kognitif afeksi dan psikomotor dapat dipercepat. Media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan beraneka ragam, diantaranya adalah media cetak dan audiovisual. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan media audiovisual mulai sering digunakan karena dinilai efektif untuk penyampaian pesan kepada masyarakat dibandingkan dengan pendidikan kesehatan tanpa media atau hanya dengan media ceramah dan diskusi yang sifatnya masih konvensional.

Hal ini sejalan dengan “kerucut pengalaman belajar Edgar-Dale” yang mengatakan bahwa pengalaman belajar yang diperoleh dengan melihat video dan demonstrasi akan dapat terserap dalam memori sebanyak 50%, apabila ditambahkan lagi dengan partisipasi peserta untuk diskusi dan tanya jawab

maka materi akan terserap dalam memori sebanyak 70%. Media audiovisual mampu menstimulasi indera pendengaran dan penglihatan sehingga hasil yang diperoleh lebih maksimal. Menurut Simons-Morton et al., dalam (Riduan & dkk, 2018), pengetahuan manusia 75% diperoleh melalui indera penglihatan, sehingga apabila indera tersebut digunakan secara optimal maka semakin mempermudah manusia untuk menerima informasi. Media audiovisual memiliki kelebihan antara lain dapat menarik perhatian, memberikan gambaran yang lebih nyata, dan meningkatkan retensi memori serta mudah diingat Dale dalam (Riduan & dkk, 2018). Keefektifan media audiovisual dapat dibuktikan dengan penelitian oleh Saputra (2011) yang menyatakan adanya peningkatan yang signifikan pada pengetahuan responden sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan dengan media audiovisual. Media audiovisual juga lebih menarik perhatian, menghemat waktu dan dapat diputar berulang-ulang

Berdasarkan hubungan tingkat pengetahuan pasien penderita hipertensi terhadap sikap dalam pencegahan stroke didapatkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan sikap dalam pencegahan stroke (Inayah dan Arneliwati, 2018). Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian Faisal, Rachmawati dan Musafaah (2015) mengenai tingkat faktor risiko stroke dengan pengetahuan masyarakat terhadap deteksi dini penyakit stroke bahwa tidak ada hubungan antara tingkat faktor risiko stroke dengan pengetahuan masyarakat terhadap deteksi dini penyakit stroke. Berdasarkan penelitian

yang dilakukan oleh Santi (2014) tentang efektifitas pendidikan kesehatan menggunakan media audiovisual terhadap perilaku pencegahan filariasis didapatkan bahwa pendidikan kesehatan menggunakan media audiovisual tidak hanya efektif terhadap peningkatan tindakan tetapi juga pada pengetahuan, dan sikap masyarakat.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di puskesmas mandiingin kota bukittinggi yang mana peneliti melakukan wawancara dengan 3 pengunjung ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan 3 dari 1 pengunjung mengatakan memiliki berbagai masalah kesehatan yang dialami seperti tekanan darah tinggi, kadar gula darah tinggi atau kolesterol tinggi, 2 dari 3 pengujung mengatakan tidak mengetahui mengenai dampak atau risiko yang diterima jika masalah tersebut dibiarkan terus-menerus sehingga dapat terjadinya risiko tinggi terjadinya stroke, 3 dari 3 pengujung juga mengatakan tidak mengetahui mengenai stroke termasuk tanda dan gejala dan pencegahannya yang satu diantaranya adalah deteksi dini stroke. Berdasarkan hasil dari wawancara dengan salah seorang petugas kesehatan di puskesmas mandiingin didapatkan hasil yaitu mereka mengatakan belum pernah mengadakan pendidikan kesehatan berbasis audiovisual mengenai deteksi dini stroke dan pengunjung dengan usia lebih dari 45 tahun dengan satu atau lebih dari masalah kesehatan yang dialami pengunjung yaitu seperti tekanan darah tinggi, kadar gula darah tinggi atau kolesterol tinggi dan terdapat juga pengunjung yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021”.

B. Rumusan Masalah

Perubahan pola penyakit membuat menurunnya kejadian penyakit menular dan meningkatnya kematian akibat penyakit tidak menular dan sehingga hal ini menjadi suatu masalah kesehatan yang paling utama, satu diantaranya adalah stroke. Dampak lain yang dapat diterima dari penyakit stroke adalah kecacatan baik itu permanen maupun sembuh dengan gejala sisa. Ini terjadi karena tingkat penyembuhan stroke masih rendah. Selain itu, juga akan mempengaruhi kehidupan anggota keluarga lainnya. Penderita stroke akan menjadi bergantung pada bantuan orang lain (keluarga), hal ini yang dianggap sebagai beban dalam keluarga tersebut, yang akan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup yang dimiliki seseorang dan keluarga.

Oleh karena itu perlu dilakukannya edukasi untuk mengenali atau mendeteksi dini tanda dan gejala terjadinya stroke sebagai bentuk pencegahan stroke. Mengenali atau mendeteksi dini tanda dan gejala stroke merupakan hal penting, karena kemungkinan seseorang untuk bertahan dari serangan stroke lebih tinggi sehingga diharapkan akan mampu menurunkan tingkat kecacatan atau kematian. Media dalam edukasi kesehatan menjadi satu diantara faktor penentu keberhasilan, satu di antaranya media yang digunakan

ialah audiovisual. Audiovisual adalah media peantara atau penggunaan materi dan penyerapannya melalui panglihatan dan pendengaran sehingga dapat membuat individu mampu memperoleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Hal ini karena audiovisual dapat menarik dan mengarahkan perhatian untuk konsentrasi kepada materi, menstimulus emosi dan sikap serta memperlancar atau mempermudah memahami dan mengingat informasi atau pesan yang terkandung. Berdasarkan uraian di atas penulis merumuskan rumusan masalah Pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui Pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui rata-rata tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan Kesehatan deteksi dini stroke Pada Pasien Resiko Stroke Di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021

- b. Mengetahui rata-rata tingkat pengetahuan responden sesudah diberikan pendidikan Kesehatan deteksi dini stroke Pada Pasien Resiko Stroke Di Puskesmas Mandingin Kota Bukitinggi Tahun 2021
- c. Mengetahui rata-rata sikap responden sebelum diberikan pendidikan Kesehatan deteksi dini stroke Pada Pasien Resiko Stoke Di Puskesmas Mandingin Kota Bukitinggi Tahun 2021
- d. Mengetahui rata-rata sikap responden sesudah diberikan pendidikan Kesehatan deteksi dini stroke Pada Pasien Resiko Stroke Di Puskesmas Mandingin Kota Bukitinggi Tahun 2021
- e. Pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangan Kota Bukittinggi Tahun 2021

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah dan memperluas ilmu pengetahuan serta pengalaman dalam melaksanakan suatu penelitian dan menambah serta memperluas ilmu pengetahuan mengenai stroke,

khususnya pencegahan terjadinya stroke dampak yang akan ditimbulkannya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi dalam pembelajaran pada keperawatan khususnya pada penyakit stroke dan dapat menjadi referensi untuk penelitian mahasiswa selanjutnya.

3. Bagi Lahan

Sebagai sumbangan ide dan pemikiran khususnya ilmu keperawatan dan diharapkan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis *audiovisual* terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke ini dapat dikembangkan untuk kemajuan kesehatan khususnya bidang keperawatan medical bedah.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan untuk mengetahui apakah ada Pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021. Dimana variabel independen dalam penelitian ini adalah Pendidikan Kesehatan berbasis audiovisual variabel dependen penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap deteksi dini stroke. Penelitian ini dilakukan di puskesmas mandiangin kota bukittinggi. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Desain penelitian ini

menggunakan *quasi-eksperimen* yaitu *one group pretest-posttest*. Instrumen yang digunakan untuk penelitian ini adalah kuesioner. Teknik sampling yang digunakan *accidental sampling* yaitu teknik pengambilan sample secara kebetulan pertemuan antara peneliti dengan responden sesuai dengan kriteria (Notoatmodjo, 2018). Sampel penelitian ini adalah pasien hipertensi sebanyak 18 orang. Analisa data diolah dengan menggunakan program komputerisasi dan dinalisis dengan univariat dan bivariat.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Stroke

1. Pengertian stroke

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi saraf lokal dan atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi saraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan saraf tersebut menimbulkan gejala antara lain kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain. Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes, tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada sisi tubuh yang disertai kesemutan, satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata, atau bicara pelo (sulit bicara atau berkomunikasi) dan atau tidak mengerti pembicaraan (Risksedas, 2013). Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak Nurarif & Hardhi dalam (Amelia & Dkk, 2020) . Stroke adalah

gangguan fungsi saraf akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Gangguan fungsi saraf tersebut timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala dan tanda yang sesuai daerah fokal otak yang terganggu. Oleh karena itu manifestasi klinis stroke dapat berupa hemiparesis, hemiplegi, kebutaan mendadak pada satu mata, afasia atau gejala lain sesuai daerah otak yang terganggu.

2. Faktor Resiko

Berdasarkan *Guidelines for the Primary Prevention of Stroke* AHA/ASA (2011) faktor resiko juga terbagi menjadi 2 yaitu:

a. Tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Semakin tua usia, maka risiko untuk terjadinya stroke juga semakin meningkat. Hal ini berarti, semakin bertambahnya usia maka semakin mudah terkena stroke. Stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 67% kasus stroke dialami oleh usia di atas 75 tahun. Risiko terjadinya stroke pada kelompok umur > 55 tahun adalah 3-4 kali dibandingkan kelompok umur \leq 55 tahun. (Puspita dan Putro 2008). Peningkatan frekuensi stroke seiring dengan peningkatan usia berhubungan dengan proses penuaan, dimana semua organ tubuh mengalami kemunduran fungsi termasuk pembuluh darah, khususnya

pembuluh darah di otak. Pembuluh darah menjadi tidak elastis terutama bagian endotel yang mengalami penebalan pada bagian intima, sehingga mengakibatkan lumen pembuluh darah semakin sempit dan berdampak pada penurunan aliran darah otak. Selain sebagai satu diantara faktor risiko, usia juga dihubungkan dengan faktor risiko lainnya yaitu hipertensi, hiperkolesterolemia, dan hiperglikemia (Sofyan, Hombing, dan Hamra, 2015).

2) Jenis kelamin

Laki-laki lebih mudah terkena stroke sebesar 4,3 kali dibandingkan dengan wanita (Puspita dan Putro, 2008). Namun pada beberapa penelitian melaporkan bahwa rata-rata kejadian stroke sama tinggi pada wanita maupun laki-laki. Hal ini terjadi karena kejadian stroke tersebut disebabkan oleh multifaktorial bukan hanya karena jenis kelamin diantaranya karena hipertensi, hiperglikemia, hiperkolesterolemia, merokok, alkohol, dan lain-lain. Individu yang memiliki satu atau lebih faktor risiko memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mendapatkan serangan stroke daripada orang normal pada suatu saat selama perjalanan hidupnya bila faktor risiko tersebut tidak dikendalikan (Sofyan, Hombing, dan Hamra, 2015).

Kejadian stroke pada wanita juga dikatakan meningkat pada usia pasca menopause, karena sebelum menopause wanita dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam peningkatan HDL, dimana

HDL berperan penting dalam pencegahan proses aterosklerosis. Sedangkan pemakaian alkohol secara rutin, perokok aktif lebih dominan pada laki-laki (Watila, Bwala, dan Ibrahim, 2011).

3) Genetik

Adanya riwayat keluarga stroke akan meningkatkan risiko stroke 4,25 kali lebih besar dibanding yang tidak memiliki riwayat stroke pada keluarga. Peningkatan risiko stroke individu dengan riwayat stroke pada keluarga dapat disebabkan oleh berbagai mekanisme diantaranya adalah sifat genetik dan kerentanan faktor risiko yang diturunkan, gaya hidup, budaya, lingkungan yang ada di dalam keluarga dan interaksi antar faktor genetik dan lingkungan (Sari Y. N., 2017).

b. Dapat dimodifikasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat mengakibatkan menyempitnya maupun pecahnya pembuluh darah di otak sehingga dapat menyebabkan perdarahan intraserebral, intravaskuler, maupun subarakhnoid. Peningkatan risiko stroke terjadi seiring dengan peningkatan tekanan darah. Penelitian menyebutkan bahwa penderita stroke dengan hipertensi merupakan penderita hipertensi *grade 2* Tekanan darah sistemik yang meningkat akan membuat pembuluh darah serebral berkontraksi. Derajat kontriksi tergantung pada peningkatan tekanan darah (Sofyan, Hombing, dan Hamra, 2015). Bila tekanan darah meningkat cukup

tinggi selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, akan menyebabkan hialinisasi pada lapisan otot pembuluh darah serebral yang mengakibatkan diameter lumen pembuluh darah tersebut akan menjadi tetap. Hal ini berbahaya, karena pembuluh darah serebral tidak dapat berdilatasi atau berkonstriksi (elastis) dengan leluasa untuk mengatasi fluktuasi dari tekanan darah sistemik. Bila terjadi penurunan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi ke jaringan otak tidak adekuat, sehingga akan menyebabkan iskemik serebral. Sebaliknya bila terjadi kenaikan tekanan darah sistemik maka tekanan perfusi pada dinding kapiler menjadi tinggi yang mengakibatkan hiperemia, edema dan mungkin berujung perdarahan pada otak (Price dan Wilson, 2012).

2) Diabetes

Peningkatan gula darah berhubungan dengan risiko tinggi stroke. Individu dengan kadar gula darah yang tinggi memiliki risiko stroke 1-3 kali dibandingkan dengan individu tanpa diabetes millitus dan meskipun diabetes millitus bukan merupakan faktor independen penyebab stroke, namun pengendalian kadar gula darah dapat mengurangi komplikasi pada pembuluh darah yang nantinya akan berperan dalam kejadian stroke berupa menebalan pada dinding pembuluh darah khususnya pembuluh darah otak yang berukuran besar. Penebalan dinding pembuluh darah ini akan menyebabkan

penyempitan diameter pembuluh darah dan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak (Faisal, Rachmawati, & Musafaah, 2015).

3) Hiperkolesterolemia

Terdapat hubungan antara meningkatnya kadar kolesterol dengan risiko terjadinya stroke. Meningkatnya LDL (*Low Density Lipoprotein*), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya aterosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah). Kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) yang rendah memacu munculnya proses aterogenik (pembentukan plak di dinding pembuluh darah arteri) (Cristanto, Mahama, dan Tumbolmbela, 2014).

4) Obesitas

Obesitas adalah suatu keadaan dengan karakteristik Indeks Masa Tubuh ≥ 25 untuk orang asia. obesitas dapat meningkatkan risiko stroke 2 kali bila dibandingkan dengan bukan penderita obesitas. Hal ini dikarenakan obesitas memiliki dampak mempercepat aterosklerosis yang akan mempengaruhi sistem sirkulasi dan juga menyebabkan seseorang cenderung memiliki kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi dan diabetes, yang semuanya dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (Faisal, Rachmawati, & Musafaah, 2015).

5) Merokok

Merokok meningkatkan risiko stroke sebesar 2 kali sesudah faktor risiko stroke yang lain dikendalikan. Hal inilah yang menjadikan individu yang memiliki kecenderungan perilaku merokok lebih tinggi berisiko stroke dibandingkan orang yang tidak merokok. Merokok memiliki dampak dapat menyebabkan meningkatnya koagulabilitas, viskositas darah, kadar fibrinogen, memacu agregasi trombosit, sehingga meningkatnya tekanan darah dan dapat meningkatkan hematokrit (Faisal, Rachmawati, & Musafaah, 2015). Merokok juga dapat menurunkan kolesterol HDL dan meningkatkan LDL serta menyebabkan pengerasan dinding pembuluh darah (Stroke Association, 2017).

6) Alkohol

Individu dengan konsumsi alkohol berisiko 2,8 kali lebih besar terhadap hipertensi dari pada yang tidak konsumsi alkohol, sedangkan konsumsi alkohol setiap hari berisiko 8,8 kali (Lapian, Malonda, & Kapantow, 2014). Pengaruh alkohol terhadap tekanan darah tergantung dari kandungan alkohol yang terdapat dalam jenis minuman serta jumlah alkohol yang dikonsumsi, karena semakin banyak alkohol dikonsumsi akan berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah. Konsumsi alkohol dalam taraf normal dapat memberikan dampak yang baik bagi kesehatan sebaliknya konsumsi

alkohol dalam taraf yang berlebihan akan menimbulkan kecanduan dan menjadi racun bagi tubuh, apabila alkohol dicampur dengan obat penenang maka racun yang terkandung dalam tubuh akan semakin banyak. Sangat sulit untuk menentukan kadar alkohol, dikarenakan tubuh manusia memiliki perbedaan terhadap tingkat toleransi alkohol yang ditentukan oleh faktor keturunan, keadaan kesehatan, gender, berat badan dan umur (Ruus, Kepel, & Umboh, 2018). Peranan alkohol untuk meningkatkan sintesis katekolamin yang dapat memicu kenaikan tekanan darah memiliki hubungan yang erat dengan kejadian hipertensi. Hal ini dapat dilihat melalui penelitian terdapat hubungan antara konsumsi alkohol dengan kejadian hipertensi bahwa mengkonsumsi minuman beralkohol memiliki risiko 2,8 kali lebih besar dibandingkan yang tidak mengkonsumsi minuman beralkohol. Beberapa penelitian tentang hubungan antara alkohol dengan hipertensi, menunjukkan bahwa penggunaan alkohol secara akut menurunkan kadar aldosterin dalam 3 jam pertama, setelah itu meningkat dalam 3 jam berikutnya. Pada penelitian lain didapatkan kadar renin meningkat pada penggunaan alkohol kronis yang berat (Paat, Ratag, & Kepel, 2014).

3. Etiologi

stroke dapat disebabkan oleh beberapa penyebab Smeltzer & Bare (2013), yaitu:

a. Trombosis Serebral

Trombosis terjadi pada vaskular yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Selain itu jadtapt juga terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Hal seperti ini biasanya terjadi pada orang tua yang sedang bangun atau tidur. Adapun keadaan yang dapat menyebabkan trombosis otak, seperti: aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polistemia, arteritis dan emboli.

b. Embolisme Serebral

Abnormalitas karena patologik jantung bagian kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung traumatik dan infark miokard, serta infeksi pulmonal merupakan tempat asal terjadinya emboli. Mungkin saja pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena dapat meningkatkan insiden embolisme. Selain itu kegagalan pacu jantung, fibrilasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan stroke.

c. Iskemia Serebral

Iskemia serebral insufisiensi suplai darah ke otak terutama karena kontraksi aterosklerosis pada arteri yang menyempitkan suplai darah ke otak.

d. Hemoragi Serebral

1) Hemoragi Ekstradural/epidural

Adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lain. Pasien harus ditangani dalam beberapa jam setelah cedera untuk mempertahankan hidup.

2) Hemoragi Subdural

Pada dasarnya sama halnya dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karenanya, periode pembentukan hematoma lebih lama. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda atau gejala.

3) Hemoragi Subarakhnoid

Dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus willisi dan malformasi arteri-vena kongenital pada otak. Arteri di dalam otak dapat menjadi tempat aneurisme.

a. Hemoragi Intraserebral

Hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral. Karena perubahan degeneratif. Penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah. Stroke sering terjadi pada kelompok usia 40-70 tahun. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun, hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri-vena dan hemangioblastoma. Juga disebabkan oleh tipe patologi arteri tertentu, adanya tumor otak, dan penggunaan medikasi (antikoagulan oral, amfetamin, dan berbagai obat aditif). Hal ini dapat terjadi karena aterosklerosis dan hipertensi. Perdarahan yang dimaksud berupa pecahnya vaskular otak yang menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat menyakibatkan penekanan, pergeseran, dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema dan mungkin herniasi otak.

4. Klasifikasi

Penyakit stroke terdiri dari beberapa kategori, diantaranya: berdasarkan kelainan patologis, secara garis besar stroke dibagi dalam 2 tipe yaitu: Muttaqin dalam (Riduan & dkk, 2018). *Ischemic stroke* disebut juga infark atau nonhemorrhagic disebabkan oleh gumpalan atau penyumbatan dalam

arteri yang menuju ke otak yang sebelumnya sudah mengalami proses aterosklerosis. Ischemic stroke terdiri dari tiga macam yaitu embolic stroke, thrombotic stroke dan hipoperfusi stroke. Tipe kedua adalah *hemorrhagic stroke* merupakan kerusakan atau "ledakan" dari pembuluh darah di otak, perdarahan dapat disebabkan lamanya tekanan darah tinggi dan aneurisma otak. Ada dua jenis stroke hemorrhagic: subarachnoid dan intraserebral.

5. Manifestasi

Manifestasi klinis utama yang dikaitkan dengan insufisiensi aliran darah ke otak berikut:

- a. Vertebro-basilaris (sirkulasi posterior-manifestasi biasanya bilateral)
 - 1) Kelemahan pada suatu atau keempat anggota gerak
 - 2) Peningkatan refleks tendon
 - 3) Ataksia
 - 4) Tanda babinski bilateral
 - 5) Tanda serebelar
 - 6) Disfagia
 - 7) Disartria
 - 8) Sinkop, stupor, koma, pising, gangguan daya ingat
 - 9) Gangguan penglihatan (diplopia, nistagmus, ptosis, paralisis dari gerakan satu mata).
 - 10) Muka baal.

- b. Arteria karotis interna (sirkulasi anterior-manifestasi biasanya unilateral).
- 1) Buta satu matayang episodik, disebut amaurosis fugaks, pada sisi tubuh yang arteria karotisnya terserang, keadaan ini disebabkan oleh insufisiensi arteria retina. Gejala-gejala sensorik dan motorik anggota tubuhnya kontralateral akibat insufisiensi aliran darah arteria serebri media.
 - 2) Lesi pada daerah antara arteria serebri anterior dan media atau arteri serebri media: gejala mula mula timbul pada anggota gerak bagian atas (tangan terasa lemah dan baal) dan dapat melibatkan wajah-kelemahan jenis supranuklear. Kalau terjadi pada hemister dominan, maka akan timbul gejala afasiaekspresif (oleh karena mengenai daerah percakapan motoris broca).
 - a. Arteria serebri anterior (manifestasi primernya adalah perasaan kacau)
 - b. Kelemahan kontralateral lebih besar pada tungkai. Lengan bagian proksimal mungkin ikut terserang. Gerakan voluntar pada tungkai terganggu.
 - c. Gangguan sensorik kontralateral
 - d. Demensia, refleks mencengkram dan refleks patologis (disfungsi lobus frontalis).
 - e. Arteria serebri posterior (dalam lobus mesensefalon atau talamus).

- 1) Koma
- 2) Hemiparasis kontralateral
- 3) Afasia visual atau buta kata (aleksia)
- 4) Kelumpuhan saraf otak ketiga-hemianopsia, koreoatetosis.

f. Arteria serebri media

- 1) Monoparesis atau hemiparesis kontralateral (biasanya mengenai lengan)
- 2) Kadang-kadang hemianopsia kontralateral (kebutaan)
- 3) Afasia global (kalau hemisfer dominan yang terkena)-gangguan semua fungsi yang ada hubungannya dengan percakapan dan komunikasi
- 4) Disfagia. (Price dan Wilson 2012).

6. Patofisiologi

Adanya krisis hipertensi, malformasi arteriovena, dan penipisan vaskuler disatu sisi dan penebalan abnormal di sisi lain pada kasus aneurisma, menyebabkan rupturnya pembuluh arteri otak. Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan perdarahan intraserebral/ intrakranial dan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intracranial yang seharusnya konstan (Darah, jaringan otak, dan cairan serebrospinal). Adanya perubahan komponen intracranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan TIK yang bila

berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke substansi otak atau ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi nekrosis jaringan otak. Manifestasi klinis gejala yang muncul adalah tergantung letak arteri serebri yang terlibat. Sebagian besar blok arteri yang sering terkena adalah *middle cerebral artery* (Price & Wilson, 2012).

Berbeda dari CVD stroke hemoragik, pada CVD stroke iskemia gangguan peredaran darah ke otak, disebabkan oleh karena penyumbatan (thrombus, emboli, plak aterosklerosis) yang dapat mengakibatkan terputusnya aliran darah ke otak sehingga menghentikan suplai utama oksigen, glukosa dan nutrisi lainnya ke dalam sel otak yang mengalami serangan. Pada gejala – gejala yang dapat pulih, seperti kehilangan kesadaran, jika kekurangan oksigen berlanjut lebih dari beberapa menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron – neuron, area nekrotik disebut infark hingga terjadi komplikasi yang sama seperti pada stroke hemoragik yaitu edema serebri dan peningkatan TIK dengan tanda & gejala klinis yang hampir sama seperti stroke hemoragik pada akhirnya, walaupun secara prognosis stroke iskemia dengan *transient ischemia attack* (TIA) lebih baik daripada prognosa stroke hemoragik Muttaqin dalam (Riduan & dkk, 2018).

7. Pemeriksaan Penunjang

Dalam diagnosis stroke hemoragik, tomografi terkomputerisasi (CT) adalah metode yang paling andal untuk menunjukkan perdarahan akut dalam minggu pertama setelah onset stroke. Dalam diagnosis stroke iskemik, CT mungkin tidak menunjukkan infark yang tidak pasti, namun pemindaian normal tidak berarti bahwa pasien tersebut tidak mengalami stroke. Proporsi infark yang terlihat juga tergantung pada waktu pemindaian. Dalam beberapa jam pertama, sedikit infark yang bisa dilihat. Perlu dicatat bahwa kurang dari 50% infark tidak pernah terlihat di CT, terutama pada pasien dengan stroke ringan. Mutaqqin, dalam (Riduan & dkk, 2018).

Pada diagnosis penyakit serebrovaskular, maka tindakan arteriografi adalah esensial untuk memperlihatkan penyebab dan letak gangguan. Dapat dikatakan semua daerah vaskular intracranial dapat divisualisasi kemampuan mendiagnosis dan menentukan lokasi gangguan semakin maju dengan ditemukannya berbagai teknik stereoskopik serta metode pembesaran . medium yang dipakai semakin kurang toksik dibandingkan yang dipakai sebelumnya (Price & Wilson, 2012).

Scan otak baik sebagai alat penyaring dan isotop mampu menentukan letak gangguan bila lesi merusak sawar darah otak. Scan ini paling baik dipakai untuk meneliti lesi yang letaknya dekat permukaan. Scan ini aman dan dapat diulang sesuai kehendak. Sedangkan EEG dapat membantu dalam

menentukan lokasi. Gelombang delta lebih lambat di daerah yang mengalami gangguan (Price & Wilson, 2012).

Dalam diagnosis stroke hemoragik, tomografi terkomputerisasi (CT) adalah metode yang paling andal untuk menunjukkan perdarahan akut dalam minggu pertama setelah onset stroke. Dalam diagnosis stroke iskemik, CT mungkin tidak menunjukkan infark yang tidak pasti, namun pemindaian normal tidak berarti bahwa pasien tersebut tidak mengalami stroke. Proporsi infark yang terlihat juga tergantung pada waktu pemindaian. Dalam beberapa jam pertama, sedikit infark yang bisa dilihat. Perlu dicatat bahwa kurang dari 50% infark tidak pernah terlihat di CT, terutama pada pasien dengan stroke ringan. Mutaqqin dalam (Riduan & dkk, 2018).

Pada diagnosis penyakit serebrovaskular, maka tindakan arteriografi adalah esensial untuk memperlihatkan penyebab dan letak gangguan. Dapat dikatakan semua daerah vaskular intrakranial dapat divisualisasi kemampuan mendiagnosis dan menentukan lokasi gangguan semakin maju dengan ditemukannya berbagai teknik stereoskopik serta metode pembesaran. Medium yang dipakai semakin kurang toksik dibandingkan yang dipakai sebelumnya (Price & Wilson, 2012).

Scan otak baik sebagai alat penyaring dan isotop mampu menentukan letak gangguan bila lesi merusak sawar darah otak. Scan ini paling baik dipakai untuk meneliti lesi yang letaknya dekat permukaan. Scan ini aman dan dapat diulang sesuai kehendak. Sedangkan EEG dapat membantu dalam

menentukan lokasi. Gelombang delta lebih lambat di daerah yang mengalami gangguan (Price & Wilson, 2012).

8. Pencegahan

Stroke dapat dicegah dengan merubah gaya hidup, mengendalikan, mengontrol, dan mengobati penyakit yang menjadi faktor risiko, terutama faktor risiko tertinggi hipertensi. Pencegahan stroke bagi pasien hipertensi dibagi menjadi dua yaitu (PERDOSSI, 2011):

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah upaya yang dilakukan sebelum seseorang terkena stroke. Pencegahan primer melalui pendidikan kesehatan bisa berupa kampanye melalui *flyer* tentang bahaya rokok terhadap stroke, memberikan informasi tentang stroke melalui pendidikan kesehatan menggunakan media cetak, elektronik, *billboard* atau ceramah (Konsensus Nasional Pengelolaan Stroke, 1999). Cara untuk mempertahankan gaya hidup sehat, yaitu:

- 1) Hentikan kebiasaan merokok.
- 2) Berat badan diturunkan atau dipertahankan sesuai berat badan ideal:
BMI <25 kg/m².
 - Garis lingkar pinggang < 80 cm untuk wanita.
 - Garis lingkar pinggang <90 cm untuk pria.

3) Makan makanan sehat :

- Rendah lemak jenuh dan kolesterol.
- Menambah asupan kalium dan mengurangi natrium.
- Makan buah-buahan dan sayur-sayuran.

4) Olahraga yang cukup dan teratur dengan melakukan aktivitas fisik yang bernilai aerobik (jalan cepat, bersepeda, berenang, dll) secara teratur minimal 30 menit dan minimal tiga kali dalam seminggu.

5) Tekanan darah dipertahankan pada 120/80 mmHg.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan ini merupakan upaya pencegahan agar seseorang tidak terkena stroke caranya dengan:

- 1) Mengendalikan faktor risiko yang telah ada seperti mengontrol tekanan darah tinggi, kolesterol, gula darah, dan asam urat.
- 2) Merubah gaya hidup.
- 3) Minum obat sesuai anjuran dokter secara teratur.
- 4) Kontrol ke dokter secara teratur.

B. Konsep Pendidikan Kesehatan

1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya-upaya yang terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok, keluarga dan masyarakat. Hasil yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari pendidikan kesehatan Notoatmodjo dalam (Cristiani, 2018). Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan kebiasaan, sikap dan pengetahuan pada diri manusia untuk mencapai tujuan kesehatan. Artinya pendidikan kesehatan merupakan proses perkembangan yang dinamis, sebab individu dapat menerima atau menolak apa yang diberikan oleh perawat Susanti Niman dalam (Cristiani, 2018).

2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Masyarakat memiliki hak untuk berharap dan menerima perawatan kesehatan secara menyeluruh, termasuk pendidikan kesehatan. Di era informasi saat ini begitu mudahnya masyarakat memperoleh berbagai ragam informasi kesehatan, dampaknya masyarakat akan lebih pandai atau lebih kritis dalam mengajukan pertanyaan yang lebih signifikan tentang kesehatan dan pelayanan perawatan kesehatan yang mereka dapatkan. Menyikapi hal ini, sudah menjadi kewajiban dari setiap pemberi layanan kesehatan, termasuk perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berkualitas bagi masyarakat Susanti Niman dalam

(Cristiani, 2018). Kemampuan klien dapat ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan yang efektif. Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada individu secara sederhana memiliki tujuan :

- a. Menyadarkan individu akan adanya masalah dan kebutuhan individu untuk berubah.
- b. Menyadarkan individu tentang apa yang dapat dilakukan atas adanya masalah, sumber daya yang dimiliki dan dukungan yang bisa didapatkan
- c. Membantu individu agar mampu secara mandiri atau berkelompok melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
- d. Mendorong individu melakukan cara – cara positif untuk mencegah terjadinya penyakit, mencegah bertambah parahnya penyakit dan ketergantungan.
- e. Menjadikan kesehatan sebagai salah satu nilai yang harus ditanamkan dimasyarakat.

3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo dalam (Cristiani, 2018), berdasarkan pentahapannya sasaran dibagi menjadi 3 kelompok :

- a. Sasaran Primer (primary Target)

Masyarakat pada umumnya menjadi sasaran langsung segala upaya pendidikan atau promosi kesehatan.

b. Sasaran Sekunder (Secondary Target)

Pada tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan sebagainya

c. Sasaran Tersier (Tertiary Target)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik ditingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan.

4. Faktor – Factor Yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Menurut Effendy dalam (Cristiani, 2018) bahwa faktor-faktor yang perlu diperhatikan terhadap keberhasilan pendidikan kesehatan adalah :

a. Faktor pendidikan kesehatan

1) Persiapan

Sebelum melakukan pendidikan kesehatan, pendidik harus melakukan persiapan terlebih dahulu, apabila persiapan kurang akan berdampak pada hasil yang kurang maksimal.

2) Penguasaan Materi

Materi yang kurang dikuasai pendidik akan mempersulit dalam menjelaskannya.

3) Penampilan

Sangat berpengaruh dalam dengan menciptakan rasa percaya pada audien saat dilakukan pendidikan kesehatan.

4) Suara

Suara harus dapat menjangkau sasaran, apabila terlalu kecil mengakibatkan kurang mendengar, sehingga kurang efektif.

5) Penyampaian

Seringkali sasaran jenuh dengan cara penyampain pendidik, sehingga harus pandai dalam menghidupkan suasana.

6) Faktor sasaran

- Usia

Usia merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi tekanan darah seseorang

- Jenis kelamin

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

- Kepercayaan masyarakat

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

- Kediaan waktu dimasyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktivitas untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam pendidikan kesehatan.

5. Proses Dalam Pendidikan Kesehatan

1) Waktu pendidikan kesehatan

Harus disesuaikan dengan waktu yang diinginkan sasaran.

2) Tempat pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan dilakukan pada tempat yang benar.

3) Jumlah sasaran

Sasaran yang terlalu banyak akan mempersulit untuk memperhatikan materi yang diberikan.

4) Alat peraga

Alat peraga yang tidak sesuai akan berpengaruh pada kecepatan pemahaman. Alat peraga yang menarik akan meningkatkan minat sasaran.

5) Metode yang digunakan

Metode yang tidak sesuai akan berpengaruh terhadap keberhasilan pendidikan kesehatan.

6) Bahasa yang digunakan

Akan lebih mudah apabila menggunakan bahasa keseharian yang mudah dimengerti sasaran.

6. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Dengan adanya pesan tersebut, diharapkan sasaran dapat memperoleh pengetahuan yang lebih baik Notoatmojo dalam (Cristiani, 2018). Metode yang digunakan pada pemberian pendidikan kesehatan adalah metode

pendidikan individual dan metode pendidikan kelompok.

1. Metode Pendidikan Individual.

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi.

2. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat diteliti dan dibantu penyelesaiannya. *Interview* (wawancara) Wawancara antara petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan.

3. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode kelompok, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil.

4. Kelompok Besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar :

a. Ceramah

Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

b. Seminar

Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

5. Kelompok kecil

Apabila peserta kurang dari 15 orang biasanya disebut kelompok kecil.

Metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain :

1) Diskusi kelompok

Agar semua anggota kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat berhadapan – hadapan atau memandang satu sama lain, misalnya bentuk lingkaran atau segiempat.

2) Memainkan peran (roleplay)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan.

7. Langkah-Langkah Dalam Pendidikan Kesehatan

Melakukan pendidikan kesehatan, pendidik yang baik harus melakukan sesuai dengan langkah-langkah dalam pendidikan kesehatan yaitu :

Machfoudz, dkk dalam (Cristiani, 2018)

a. Mengenal masalah, masyarakat dan wilayah.

- b. Menentukan prioritas.
- c. Menentukan tujuan pendidikan kesehatan.
- d. Menentukan sasaran pendidikan kesehatan.
- e. Menentukan isi pendidikan kesehatan.
- f. Menentukan metode pendidikan kesehatan yang akan digunakan.
- g. Memilih alat peraga atau media pendidikan kesehatan yang akan dibutuhkan.
- h. Menyusun rencana penilaian (evaluasi).
- i. Menyusun rencana kerja atau rencana pelaksanaannya.

8. Alat Peraga Dalam Pendidikan Kesehatan

Alat peraga adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu didalam proses pendidikan. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indera. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu maka semakin banyak dan semakin jelas pengetahuan yang diperoleh. Macam-macam alat peraga yang digunakan adalah slide, film, radio, leaflet, spanduk dan bahan-bahan asli seperti buah dan sayur-sayuran. Machfoudz, dkk dalam (Cristiani, 2018).

C. Konsep Audiovisual

1. Pengertian Audiovisual

Media audiovisual merupakan media yang dapat mengungkapkan objek dan peristiwa seperti keadaan sesungguhnya. Melalui media audiovisual mampu memahami pesan secara bermakna sehingga informasi yang disampaikan melalui video tersebut dipahami secara utuh (Primavera) dalam (Lestami, 2019). Alat bantu mampu memberikan umpan balik serta mengungkapkan bahwa alat bantu mampu memberikan umpan balik serta penggunaan alat bantu dapat membuat pebelajar lebih bergairah dalam belajar, penggunaan media yang tepat diharapkan dapat meningkatkan perhatian pembelajar terhadap proses belajar (Djamarah dan Zain), dalam (Lestami, 2019). Media audiovisual tidak saja menghasilkan cara belajar yang efektif dalam waktu yang lebih singkat, akan tetapi apa yang diterima melalui media audiovisual lebih lama dan lebih baik tinggal dalam ingatan. Media audiovisual mempermudah orang untuk menyampaikan dan menerima informasi serta dapat menghindarkan salah pengertian. Media audiovisual jelas mempunyai nilai yang berharga dalam bidang pendidikan (Firdaus) dalam (Lestami, 2019). Pelaksanaan proses pembelajaran, media pegajaran merupakan penyampaian pesan dari sumber pesan kepada penerima pesan. Media audiovisual sebagai segala sesuatu yang dapat digunakan untuk merangsang pikiran, prasaan, perhatian, dan kemauan

sehingga mendorong terjadinya proses belajar.

2. Tujuan Audiovisual

Firdaus dalam (Lestami, 2019) mengatakan tujuan dari media audiovisual adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk mempertinggi kualitas belajar.
- 2) Mendorong keinginan untuk mengetahui lebih banyak informasi.
- 3) Mempermudah orang menyampaikan dan menerima informasi

3. Macam-Macam Media Audiovisual

Menurut Sanjaya dalam (Lestami, 2019) Media audiovisual dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

- 1) Audiovisual diam yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam seperti film bingkai suara, film rangkai suara, dan cetak suara.
- 2) Audiovisual gerak yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak seperti film suara dan video casset, televisi dan komputer.

4. Kelebihan dan Kekurangan Media Visual

Setiap jenis media yang digunakan dalam proses pembelajaran memiliki kelebihan dan kelemahan begitu juga dengan media audiovisual. (Arsyad) dalam (Lestami, 2019) mengungkapkan beberapa kelebihan dan kelemahan media audiovisual dalam pembelajaran sebagai berikut.

a. Kelebihan Media Audiovisual

- 1) Film dan video dapat melengkapi pengalaman dasar.
- 2) Film dan video dapat menggambarkan suatu proses secara tepat yang dapat disajikan secara berulang-ulang jika perlu.
- 3) Disamping mendorong dan meningkatkan motivasi film dan video menanamkan sikap-sikap dan segi efektif lain.
- 4) Film dan video yang mengandung nilai-nilai positif dapat mengundang pemikiran dan pembahasan dalam kelompok.
- 5) Film dan video dapat menyajikan peristiwa yang berbahaya jika dilihat secara langsung.
- 6) Film dan video dapat menunjukkan kepada kelompok besar atau kelompok kecil, kelompok yang heterogen maupun homogeny maupun perorangan.
- 7).ilmu yang dalam kecepatan normal memakan waktu satu minggu dapat ditampilkan dalam satu atau 2 menit.

b. Kelemahan Media Audiovisual

- 1) Pengadaan film dan video umumnya memerlukan biaya mahal dan waktu yang banyak.
- 2) Tidak semua mampu mengikuti informasi yang ingin disampaikan melalui video tersebut.
- 3) Film dan video yang tersedia tidak selalu sesuai dengan kebutuhan

dan tujuan belajar yang diinginkan, kecuali dirancang dan diproduksi khusus untuk kebutuhan sendiri.

D. Konsep Pengetahuan

1. Defenisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. semakin banyak panca indra yang digunakan, semakin banyak dan semakin jelas pula pengetahuan yang diperoleh Maulana dalam (Lestami, 2019).

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan menurut Notoatmojo, dalam (Lestami, 2019) yakni sebagai berikut :

- a. Tahu (Know) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat
- b. kembali (recall) terhadap suatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu tahu

adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan.

- c. Memahami (comprehension) Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari, misalnya dapat menjelaskan mengapa harus datang ke posyandu.
- d. Analisis Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja: dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.
- e. Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasih disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, dan prinsip.

- f. Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.
- g. Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang ada.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

(Lestami, 2019) mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain :

a. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan

dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

3) Umur

adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun, semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini akan sebagai dari pengalaman dan kematangan jiwa.

b. Faktor eksternal

1) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

4. Pengukuran Pengetahuan

Arikunto dalam (Lestami, 2019) mengatakan tingkat pengetahuan dikatakan baik apabila memiliki interval 76-100%, cukup apabila memiliki interval 56-75 %, dan kurang apabila interval $\leq 56\%$. Tingkat pengetahuan dihitung dengan cara sebagai berikut: $\% \text{ skor actual} = \frac{\text{skor actual}}{\text{skor ideal}} \times 100\%$ Keterangan:

- a. Skor actual adalah jawaban yang benar seluruh responden atau kuesioner yang telah diajukan.
- b. Skor ideal adalah skor atau bobot tertinggi atas seluruh responden diamsumsikan memilih jawaban dengan skor tertinggi.

E. Konsep Sikap

1. Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Sari, Yuliano Almudriki dalam (Almudriki, 2019). Menurut Newcomb, salah seorang ahli psikologis social menyatakan bahwa sikap merupakan pelaksanaan motif tertentu, sikap ini merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Notoatmodjo (2003) dalam (Almudriki, 2019), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 (tiga) komponen pokok yaitu:

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*Trend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi sangat memegang peran penting.

2. Tingkatan Sikap

a. Menerima (receiving)

Diartikan bahwa orang atau subjek mau dan memperhatikan stimulasi yang diberikan (objek)

b. Merespon (responding)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

c. Menghargai (valuing)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah

d. Bertanggung jawab (responsible)

Bertanggung jawab terhadap apa yang diyakininya (Notoatmodjo, 2003) dalam (Almudriki, 2019).

3. Ciri – Ciri Sikap

a. Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungan dengan objeknya.

Sikap ini membedakannya dengan motif-motif biogenetis seperti lapar, haus atau kebutuhan istirahat.

b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan karena itu pula sikap dapat berubah-ubah pada orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang

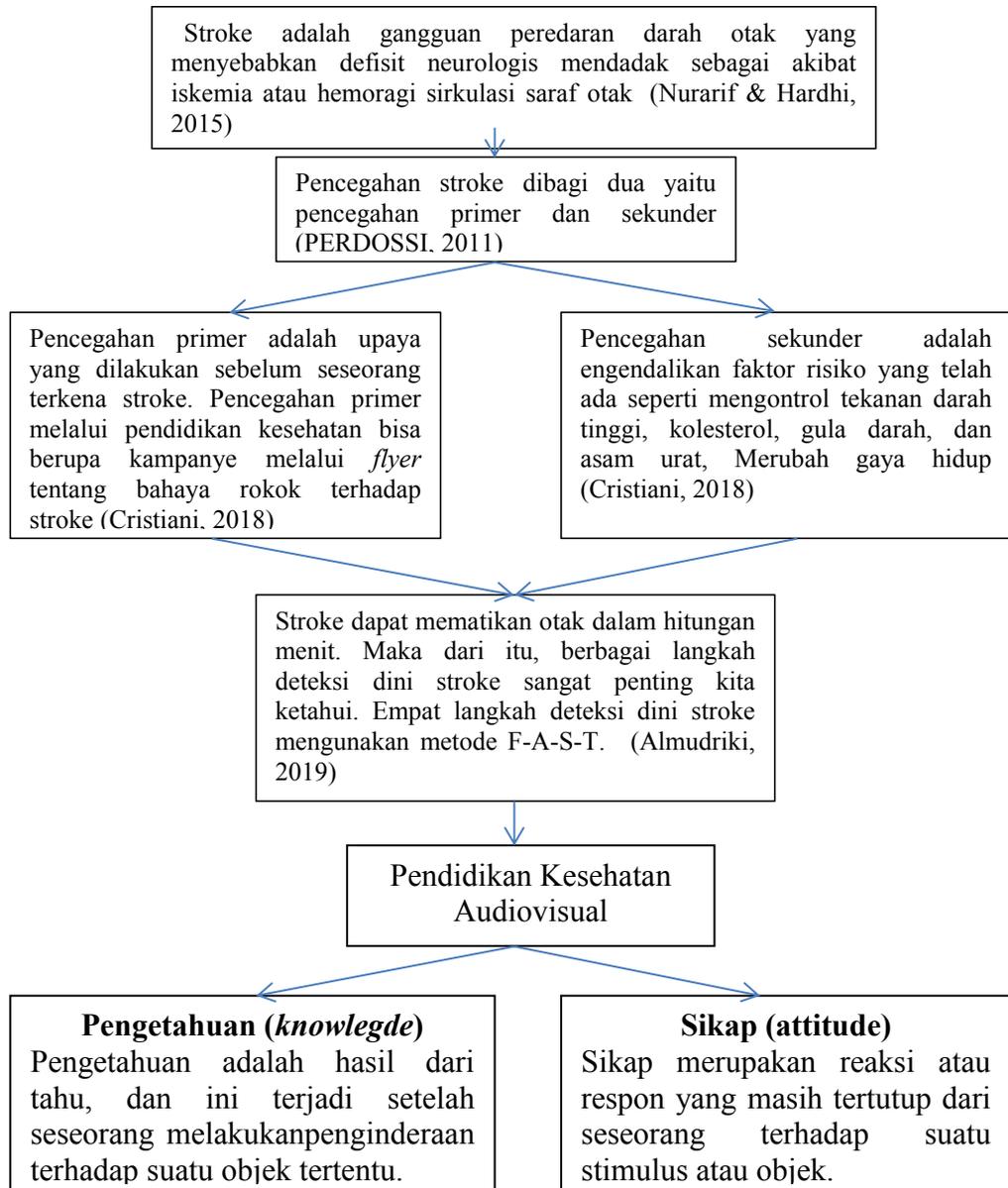
lain

- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek. Dengan kata lain sikap itu terbentuk.

4. Pengukuran sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pertanyaan responden terhadap suatu obyek. Misalnya, bagaimana pendapat responden tentang kegiatan posyandu, atau juga dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan-pernyataan obyek tertentu, dengan menggunakan skala likert (Sugiyono, 2015). Skala likert merupakan metode untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang suatu fenomena. Untuk melakukan kuantifikasi maka skala tersebut diberi angka-angka sebagai simbol agar dapat dilakukan perhitungan. Bentuknya disederhanakan menjadi 2 kelompok yaitu *favorable* dan *unfavorable* yang terdiri dari *agreement* dan *disagreement* untuk masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 poin (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju). Semua item yang *unfavorable* kemudian diubah nilainya dalam angka sangat setuju adalah 1 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 5 (Sarwono, 2006).

F. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber modifikasi : (Almudriki, 2019), (Cristiani, 2018), (PERDOSSI, 2011), (Nurarif & Hardhi, 2015)

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu bentuk konseptual yang menjelaskan ketergantungan antara variabel yang sedang atau yang akan di teliti sekarang. Kerangka konsep akan sangat membantu peneliti dalam membuat hipotesa, menguji hubungan tertentu dan membantu untuk menghubungkan hasil temuannya dengan teori yang hanya bisa di amati atau diukur melalui variabel Nursalam dalam (Hanif, 2018). Variabel independen adalah yaitu pendidikan kesehatan berbasis audiovisual, sedangkan variabel dependen adalah tingkat pengetahuan dan sikap tentang deteksi dini stroke dengan kerangka konsep sebagai berikut:

Variabel Independen		Variabel Dependen
Sebelum	Perlakuan	Sesudah
Pengetahuan dan sikap	X	Pengetahuan dan sikap

Gambar 4.1
One Group Pretest Posttest

Keterangan :

Y : Pengetahuan dan sikap sebelum intervensi

X : pendidikan kesehatan audiovisual

Y : Pengetahuan dan sikap sesudah intervensi

B. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2013).

Tujuan dari definisi operasional ini membuat variabel menjadi lebih konkrit dan mudah diukur Dharma dalam (Riduan & dkk, 2018).

Table 3.1
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis Audiovisual	Suatu metode pemberian informasi dan pembelajaran kepada individu beresiko tinggi melalui media audiovisual yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang pengendalian faktor resiko stroke.	Video Tentang deteksi dini stroke	Memberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis Audiovisual	-	-
Dependen Tingkat pengetahuan pada responden sebelum	Segala sesuatu yang diketahui pasien tentang deteksi dini stroke dan faktor-faktor resiko terjadinya stroke meliputi: hipertensi, diabetes militus, hiperkolesterol, umur, rokok, alkohol, obesitas.	Kuesioner	Wawancara	Mean pengetahuan sebelum diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis Audiovisual	Interval
Dependen Tingkat pengetahuan pada responden sesudah	Segala sesuatu yang diketahui pasien tentang deteksi dini stroke dan faktor-faktor resiko terjadinya stroke meliputi: hipertensi, diabetes militus,	Kuesioner	Wawancara	Mean pengetahuan sesudah diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini	Interval

	hiperkolesterol, umur, rokok, alkohol, obesitas.			Stroke dengan berbasis audiovisual	
Dependen Sikap pada responden sebelum	Segala persepsi, reaksi atau respon yang dimiliki individu tentang tanda dan gejala stroke pada pasien hipertensi berupa kesiapan terhadap tindakan yang akan terjadi secara sadar atau tidak sadar.	Kuesioner	Wawancara	Mean sikap sebelum diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis audiovisual	Interval
Dependen Sikap pada responden sesudah	Segala persepsi, reaksi atau respon yang dimiliki individu tentang tanda dan gejala stroke pada pasien hipertensi berupa kesiapan terhadap tindakan yang akan terjadi secara sadar atau tidak sadar.	Kuesioner	Wawancara	Mean sikap sesudah diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis audiovisual	Interval

C. Hipotesa

Hipotesis adalah dugaan atau jawaban sementara, yang mana kebenarannya akan terbukti dalam penelitian tersebut (Notoadmodjo dalam (Hidayat, 2020) . Terdapat dua jenis hipotesa yang digunakan dalam menentukan jawaban sementara yaitu hipotesa nol (H_0) dan hipotesa alternative (H_a). Pada umumnya H_a merupakan hipotesa yang menyatakan bahwa ada hubungan antar kedua variabel sedangkan H_0 adalah tidak terdapatnya hubungan (kemaknaan) antar kedua variabel.

Dalam penelitian ini hipotesa yang di rancang oleh peneliti antara lain sebagai berikut:

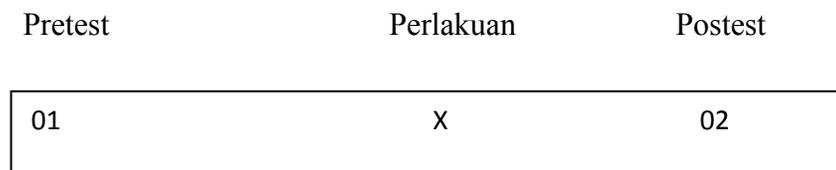
Ha : Ada pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021.

Ho : Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan deteksi dini stroke berbasis audiovisual terhadap tingkat pengetahuan dan sikap pada pasien resiko stroke di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi Tahun 2021

BAB IV
METODOLOGI PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengidentifikasi kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2011). Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi-eksperimen* yaitu *one group pretest-posttest* dimana rancangan ini hanya menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum (*pre test*) dan sesudah (*post test*) perlakuan. Perbedaan kedua hasil pengukuran dianggap sebagai efek perlakuan (Notoadmojo, 2010). Bentuk rancangan *one group pretest-posttest* dapat dijelaskan pada gambar 4.1 berikut :



Gambar 4.1
One Group Pretest-posttest

Keterangan gambar :

01 = Pengukuran pengetahuan dan sikap sebelum diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis audiovisual (pre tes)

X = Perlakuan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis audiovisual

02 = Pengukuran pengetahuan dan sikap sesudah diberikan pendidikan Kesehatan deteksi Dini Stroke dengan berbasis audiovisual (post tes)

B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini rencana akan dilakukan di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi pada bulan mei sampai dengan bulan juni 2021 dimulai dengan pembuatan proposal bulan Maret 2021 dan pengambilan data bulan April 2021.

C. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia: klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Populasi dibagi menjadi dua yaitu populasi target adalah populasi yang memenuhi criteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian, sedangkan populasi terjangkau yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita hipertensi yang terdata di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi pada tahun 2021 pada dalam *medical record* puskesmas mandiangin angka

kejadian stroke dari bulan januari sampai desember 2020 sebanyak 1399 sehingga angka kejadian perbulannya yaitu sebanyak 116 kasus.

2. Sample

a. Besar sampel

Besar sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dianggap yang mewakili populasi (Nursalam, 2016) Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 18 orang. Sampel dalam penelitian ini di ambil dengan menggunakan rumus yang dikutip dari (zainudin, 2000) dalam (nursalam 2011):

Rumus :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d (N-1) + 2 \cdot p \cdot q}$$

keterangan:

n: perkiraan jumlah sampel

N: perkiraan jumlah populasi

z: nilai standar normal untuk $\alpha=0,05$ (1,96)

p: perkiraan proposi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q: $1 - p$ (100% - p)

d: tingkat kesalahanyang di pilih ($d = 0,05$)

$$\begin{aligned}
n &= \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + 2 \cdot p \cdot q} \\
n &= \frac{166 (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05 (116 - 1) + 1,96 \cdot 0,25} \\
&= \frac{116 (3,8416) 0,25}{0,05 (115) + 1,96 \cdot 0,25} \\
&= \frac{445,63 \cdot 0,25}{5,75} \\
&= \frac{111,41}{5,75 + 0,49} \\
&= \frac{111,41}{6,24} \\
&= 17,8 \\
&= 18 \text{ responden}
\end{aligned}$$

b. Teknik sample

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2018) . Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*, yaitu dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian.

c. Kriteria sampel

Kriteria sampel dalam penelitian ini dibedakan menjadi 2 adalah sebagai berikut :

1) Kriteria inklusi (Notoatmodjo, 2018) Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek peneliti dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a) Pasien yang didiagnosa hipertensi berada di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi tahun 2021
- b) Kooperatif pada saat dilakukan penelitian
- c) Bersedia menjadi responden
- d) Bisa membaca dan menulis

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo S. , 2018)

- a) Pasien hipertensi yang tidak datang ke Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi tahun 2021 pada saat dilakukan penelitian
- b) Pasien yang Tidak kooperatif
- c) Pasien yang tidak mau menjadi responden

d) Pasien yang tidak bisa mendengar dan tidak bisa melihat

D. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu Fenomena Dharma dalam (Riduan & dkk, 2018) . Instrumen penelitian ini berupa Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan kuesioner. Alat dan bahan yang diperlukan dalam penelitian ini meliputi perangkat audiovisual laptop, speaker, video Pendidikan Kesehatan deteksi dini stroke yang di buat oleh peneliti. SAP yang digunakan sebagai panduan untuk penyuluhan mengenai deteksi dini stroke pada pasien hipertensi. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner modifikasi dari kuesioner penelitian lain.

Bagian pertama kuesioner adalah aspek pengetahuan mengenai tingkat pengetahuan deteksi dini stroke yang terbagi dalam bentuk pertanyaan *favorable* dan *unfavorable*. Tanggapan yang diberikan responden berupa jawaban *forced choice* yaitu menggunakan pilihan “ya” dan “tidak”. Bentuk penilaian yang digunakan adalah skor 1 bila jawaban benar dan skor 0 bila jawaban salah (Riduan & dkk, 2018).

Bagian kedua berisi aspek sikap mengenai penilaian persepsi atau reaksi deteksi dini stroke yang terbagi dalam bentuk pernyataan *favorable* dan *unfavorable*. Tanggapan yang diberikan menggunakan skala *Likert* dengan pilihan jawaban “*sangat tidak setuju*” (STS), “*tidak setuju*” (TS), “*setuju*” (S),

“*sangat setuju*” (SS). Bentuk penilaian dengan ketentuan *favorable* diberi skor 1 bila jawaban STS, skor 2 bila jawaban TS, skor 3 bila jawaban S dan skor 4 bila jawaban SS. Sementara itu *unfavorable* diberi skor 4 bila jawaban STS, skor 3 bila jawaban TS, skor 2 bila jawaban S dan skor 1 bila jawaban SS (Riduan & dkk, 2018).

E. PROSEDUR PENGUMPULAN DATA

1. Cara Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengambilan data tergantung kepada rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Proses pengumpulan data dalam penelitian harus disusun secara sistematis agar penelitian berjalan dengan lancar sehingga tujuan tercapai. Prosedur penelitian yang dilakukan peneliti antara lain:

- a. Pada tahap awal penulis terlebih dahulu menentukan masalah penelitian dan melakukan studi pendahuluan. Selanjutnya penulis menyusun proposal penelitian, setelah dapat persetujuan pembimbing. Peneliti mengurus surat permohonan izin pengambilan data awal dan penelitian dari Universitas perintis Indonesia.
- b. Setelah mendapat surat dari kampus, penulis mengajukan surat ke Kantor Kesatuan Bangsa Dan Politik (Kesbangpol) Kota Bukittinggi .

Setelah mendapat izin dari Kesbangpol selanjutnya surat ditujukan ke Dinas kesehatan bukittinggi.

- c. Setelah mendapat izin dari dinkes selanjutnya surat di tujukan ke puskesmas mandiingin kota bukittinggi.
- d. Setelah itu bagian puskesmas meminta izin ke Kepala puskesmas. Setelah mendapat izin dari Kepala puskesmas kemudian kepala puskesmas memperkenalkan dengan perawat di puskesmas mandiingin untuk sosialisasi dan persetujuan penelitian dan penulis meminta bantuan kepada perawat selama proses penelitian ini.
- e. Penulis memulai penelitian dengan pengambilan data awal pada april 2021. Kemudian pada bulan mei 2021 penulis akan memulai melakukan penelitian di puskesmas mandingin bukittinggi. Hari pertama penulis melapor terlebih dahulu kepada kepala puskesmas bahwa akan memulai penelitian.
- f. Sebelum melakukan penelitian, penulis memperkenalkan diri terlebih dahulu kepada responden, menjelaskan kepada responden maksud dan tujuan dari penelitian. Bagi responden yang bersedia untuk dilakukan penelitian, selanjatnya responden diberikan lembar persetujuan tindakan untuk ditanda tangani. Setelah itu penulis melakukan pembagian kuesioner kepada responden. Setelah kuesioner terisi, penulis kemudian

mempersiapkan alat dan bahan untuk melakukan pendidikan kesehatan berbasis *audiovisual*.

- g. Intervensi dilakukan di puskesmas mandiingin kota bukiittinggi sebanyak 1 kali pada setiap responden dan dilakukan mulai dari pagi hari pukul 09.00 WIB dengan durasi ± 30 menit dalam melakukan intervensi,
- h. Dalam penelitian ini penulis menggunakan alat dan bahan yaitu laptop, Kemudian penulis mengatur responden dan mulai melakukan pendidikan kesehatan selama ± 30 menit. Setelah selesai penulis mengevaluasi terhadap pendidikan kesehatan yang diberikan. Setelah selesai penulis meminta izin dan memintak kontrak tindakan untuk besok harinya.
- i. Tahap akhir setelah proses pengumpulan data selesai, peneliti melakukan analisa dengan menggunakan uji statistik yang sesuai dengan data. Selanjutnya di akhir dengan penyusunan lapotan hasil penelitian dan penyajian hasil penelitian.

F. PENGELOLAHAN DAN ANALISA DATA

1. Cara Pengolahan

Data Menurut (Notoatmodjo, 2018) sebelum data dianalisa terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut :

a. Editing

Editing merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuisisioner atau formulir. Setelah kuisisioner selesai dijawab oleh responden kemudian peneliti memeriksa kelengkapan data jika masih ada data yang belum terisi lengkap.

b. Coding

Untuk kategori tingkat pengetahuan dan sikap responden yang ringan diberi kode 1, sedang diberi kode 2 dan berat diberi kode 3. (Riduan & dkk, 2018).

c. Entry

Setelah kuisisioner terisi penuh dan benar, data di proses dengan memasukkan data dari kuisisioner ke paket komputer yaitu dengan program SPSS.

d. Skoring

Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen berupa kuisisioner dengan data atau identitas responden seperti umur, jenis kelamin, Pendidikan, tingkat pengetahuan dan sikap. Kuisisioner tingkat pengetahuan dengan jumlah pernyataan sebanyak 19 buah dan kuisisioner sikap sebanyak 16 buah dimana jawaban responden: ringan diberi kode 1, sedang diberi kode 2 dan berat diberi kode 3. (Riduan & dkk, 2018).

e. Cleaning

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di entry. Peneliti mengecek kesalahan entry dan pengkodean pada tahap ini.

f. Processing

Suatu kegiatan untuk memproses data. Dalam penelitian, peneliti memproses data dengan menggunakan SPSS.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk menjelaskan karekteristik dari setiap variabel penelitian. Tujuan analisa ini untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini, analisa univariat yang dikelompokkan berdasarkan tingkat pengetahuan dan sikap.

No	Variabel	Distribusi frekuensi
1.	-Pre-test tingkat pengetahuan sebelum dilakukan Pendidikan Kesehatan -Post-test tingkat pengetahuan setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan	Mean, Median, Minimal-Maksimal, Standar Deviasi
2.	-Pre-tes sikap sebelum dilakukan pendidikan Kesehatan -Post-tes sikap setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan	Mean, Median, Minimal-Maksimal, Standar Deviasi

Tabel 5.1 Analisa Univariat

b. Uji normalitas

Uji Normalitas yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji Shapiro-Wilk jika di dapat nilai diatas $>0,05$ maka variabel berdistribusi normal.

c. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah untuk mengetahui hubungan atau korelasi antara dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen (Notoatmodjo, 2010). Untuk mengetahui hasil pre-test dan post-test, dimana untuk pre-test digunakan rata-rata awal dengan memakai standar deviasi, sedangkan untuk post-test digunakan rata-rata akhir dengan memakai standar deviasi. Kemudian hasil tersebut dibandingkan

dengan menggunakan rumus *Paired Test* dengan tujuan membandingkan rata-rata awal (*pre-test*) pendidikan kesehatan dan rata-rata akhir (*post-test*) pendidikan kesehatan pasien hipertensi. sebelum dan sesudah dilakukan intervensi selama beberapa hari berturut-turut. Analisa ini menggunakan uji-t *paired sample t-test* dengan nilai P-value $\leq 0,05$.

G. ETIKA PENELITIAN

Dalam sebuah penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin terlebih dahulu kepada responden untuk mendapatkan persetujuan penelitian, setelah mendapatkan persetujuan peneliti baru bisa melakukan penelitian dengan menegakkan etika penelitian, etika dalam penelitian menurut (Hidayat, 2007) yaitu sebagai berikut:

1. Informed Consent

Informed Consent merupakan bentuk kerjasama antara peneliti dengan responden berupa lembar persetujuan. Bagi responden yang telah ditentukan maka peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan kerahasiaan informasi atau data yang diberikan. Peneliti memberi kesempatan kepada calon responden untuk bertanya tentang penjelasan yang diberikan, jika dianggap sudah jelas dan dimengerti, maka peneliti meminta calon responden yang bersedia menjadi ressponden pada

penelitian untuk menandatangani informed consent sebagai bukti kesediannya berpartisipasi dalam penelitian yaitu sebagai sampel atau responden. Calon responden berhak menolak atau menerima untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

2. Anonymity

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa menjamin kerahasiaan responden dengan tidak menuliskan atau mencantumkan identitas responden pada lembar pengumpulan data atau kuesioner.

3. Confidentiality

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa semua informasi yang diperoleh dari responden tidak akan disajikan secara keseluruhan.

4. Nonmaleficence

Proses penelitian yang dilakukan haruslah tidak menimbulkan dampak serius pada responden

5. Beneficence

Prinsip ini penting untuk menumbuhkan kerja sama yang baik dengan responden, dan peneliti ini akan memberikan manfaat yang baik terhadap responden baik secara langsung ataupun tidak langsung.

6. Justice

Dalam penelitian, peneliti selalu berlaku adil tanpa adanya diskriminasi atas ras, suku, agama ataupun golongan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, R., Abdullah, D., Sjaaf, F., & Dewi, N. P. (2020). *PELATIHAN DETEKSII DINI STROKE “ METODE FAST ” PADA LANSIA DI NAGARI JAWI- JAWI KABUPATEN SOLOK SUMATERA BARAT. 01*, 25–32.
- Antara , A. (2017). Tatalaksana Stroke Pra Rumah Sakit "Time Is Brain". SMF Neurologi RSUD Kabupaten Karangasem. *Jurnal Keperawatan*.
- Cristiani, I. E. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi Di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi. *Jurnal Kesehatan*, 1-7.
- Bakri, A., Irwandy, F., Linggi, E. B., Tinggi, S., Kesehatan, I., & Maris, S. (2020). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Perawatan Pasien Stroke di Rumah Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Pendahuluan. 11*(1), 372–378. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.299>
- Hariawan Hamdan. (2020). PELAKSANAAN PEMBERDAYAAN KELUARGA DAN SENAM HIPERTENSI SEBAGAI UPAYA MANAJEMEN DIRI PENDERITA HIPERTENSI. *Jurnal pengamas kesehatan sasambo. 1*(2), 75–79.
- Kemenkes, R. (2017). *Germas Wujudkan Indonesia Sehat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kusuma, n. t., & dkk. (2019). gamban faktor resiko stroke dan tingkat stroke iskemik berdasarkan stroke risk scorecard di RSUD . *insti sari sains*, 721.
- Majid, Y. A., Majid, Y. A., & Tenggara, A. (2021) PENGARUH EDUKASI MELALUI MEDIA KALENDER TERHADAP PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA PENDERITA HIPERTENSI. *6*, 253–263.
- Made, N., Sultradewi, T., Dharmawan, D. K., & Fatmawati, H. (2019). *Gambaran faktor risiko dan tingkat risiko stroke iskemik berdasarkan stroke risk scorecard di RSUD Klungkung. 10*(3), 720–729. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i3.397>
- Ningsih Ropika. (2019). Identifikasi Hipertensi Dengan Resiko Kejadian Stroke. *Jurnal Kesehatan. 2008–2010*.
- Natoatmodjo, S. (2007). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan* . Jakarta: PT. Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Panrita, S., & Bulukumba, H. (2020). *Pengaruh Penyuluhan Metode Fast Terhadap Pengetahuan Perawat Dalam Deteksi Dini Penyakit Stroke Di Desa Taccorong Kabupaten Bulukumba Haerati Prodi S1 Keperawatan , Stikes Panrita Husada Bulukumba , Indonesia Alamat Koresponden : 2, 182–191.*
- PERDOSSI. (2011). Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) Guideli Stroke . *Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia*.
- Pratiwi, K. A. (2020). Gambaran Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Rileksasi Deep Slow Breathing Untuk Menurunkan Ansietas Pada Pasien Hipertensi. *Jurnal keperawatan*, 1-6.
- Reni. (2017). Asuhan Keperawatan Keluarga Bp. S Dengan Hambatan Mobilitas Fisik Dengan Ibu. S Menderita Stroke Di Desa Karanggedang RT 07 RW 03 Kecamatan Bukateja Kabupaten Pubralingga. Universitas Muhammadiyah Purwokerto. *Jurnal Keperawatan*.
- Riduan Deni Ahmat (2018). *Pengaruh Edukasi Deteksi Dini Stroke Dengan Metode Audiovisual Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Individu Dengan Resiko Tinggi Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Perumnas II Kota Pontiana 56.*
- Sari , Mustika Lisa., & Yuliano, A. (2019). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TERHADAP KEMAMPUAN DETEKSI DINI SERANGAN STROKE ISKEMIK AKUT PADA PENANGANAN PRE HOPSITAL. *Jurnal Kesehatan Perintis (Perintis's Health Journal)*. 2355-9853
- Sari, Y. N. (2017). *Berdamai dengan Hipertensi/Editor*. Jakarta: Bumi Medika.
- Tri, Y., & Arum, G. (2019). Hipertensi pada Penduduk Usia Produktif (15-64 Tahun) Yuniar *HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 3(3), 345–356.
- Yonata, A., Satria, A., & Pratama, P. (2020). *Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke*. 5(September 2016), 17–21.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth: Calon Responden Puskesmas Mandingin Bukittinggi

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan:

Nama :

Nim :

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Deteksi Dini Stroke Berbasis *Audiovisual* Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Pada Pasien Resiko Stroke Di Puskesmas Mandiangan Kota Bukittinggi 2021”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila saudara menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) dan melakukan tindakan yang saya berikan.

Demikian atas perhatiannya dan kesediaan saudara sebagai responden saya ucapkan terimakasih.

Peneliti

(nama peneliti)

Lampiran 2

FORMAT PERSETUJUAN RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah dijelaskan maksud dari peneliti, maka saya bersedia menjadi responden yang dilakukan oleh saudari Mahasiswi Program Studi Ilmu keperawatan yang akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Deteksi Dini Stroke Berbasis *Audiovisual* Terhadap Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Pada Pasien Resiko Stroke Di Puskesmas Mandiangin Kota Bukittinggi 2021”.

Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan sesungguhnya sukarela tanpa paksaan siapapun agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, Juni 2021

Responden

()

Lampiran 3

KISI-KISI KUESIONER

Variabel	Tujuan	Jumlah Item	No. Item
Pengetahuan	Untuk mengetahui pengetahuan responden tentang deteksi dini stroke	19	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19
Sikap	Untuk mengetahui sikap responden tentang deteksi dini stroke	10	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Lampiran 4

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DETEKSI DINI STROKE
BERBASIS AUDIOVISUAL TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN
SIKAP PADA PASIEN RESIKO STROKE DI PUSKESMAS
MANDIANGIN KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2021**

1. Kuesioner Mengenai Pengetahuan

Petunjuk : Berikan tanda ceklis (√) pada satu diantara jawaban yang anda anggap tepat di bawah ini !

No.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1	Apakah anda mengetahui mengenai penyakit stroke ?		
2	Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat pecah/tersumbatnya pembuluh darah otak dengan gejala yang terjadi dalam waktu 24 jam atau lebih		
3	Apakah anda mengetahui tanda dan gejala stroke ?		
4	Nyeri dada termasuk antara tanda dan gejala terjadinya stroke ?		
5	Apakah anda mengetahui mengenai faktor risiko terjadinya stroke ?		
6	Apakah posisi tidur dan lamanya duduk merupakan faktor risiko terjadinya stroke?		
7	Pengobatan stroke memerlukan biaya yang sedikit ?		
8	Stroke dapat disembuhkan secara total ?		
9	Tingginya kadar gula darah, tekanan darah, ataupun kolestrol merupakan penyakit yang sering dialami sebelum terjadinya stroke ?		
10	Apakah terdapat hubungan antara umur dan stroke ?		
11	Stroke merupakan penyakit yang dapat dicegah		
12	Apakah anda mengetahui mengenai pemeriksaan awal stroke?		

13	Apakah anda mengetahui manfaat dan tujuan dilakukannya pemeriksaan awal stroke ?		
14	Stroke dapat mengakibatkan kelumpuhan		
15	Apakah anda mengetahui tentang pemeriksaan awal stroke dengan menggunakan metode FAST ?		
16	Pemeriksaan awal stroke dengan metode FAST terdiri dari Pergerakan wajah, Pergerakan lengan, Cara berbicara dan Kesegeraan untuk memanggil tenaga kesehatan		
17	Pemeriksaan awal stroke dengan metode FAST bermanfaat sebagai tindakan yang dapat dilakukan dengan mudah dan murah oleh seseorang agar terhindar dari stroke ?		
18	Pemeriksaan awal stroke dengan metode FAST juga digunakan untuk pemeriksaan awal penyakit jantung		
19	Pemeriksaan awal stroke dengan metode FAST dapat dilakukan oleh seseorang ataupun keluarga?		
SKOR			

Lampiran 5

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DETEKSI DINI STROKE
BERBASIS AUDIOVISUAL TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN
SIKAP PADA PASIEN RESIKO STROKE DI PUSKESMAS
MANDIANGIN KOTA BUKITTINGGI
TAHUN 2021**

2. Kuesioner Mengenai Sikap

Petunjuk : berikan tanda ceklis (√) pada satu diantara kolom jawaban yang anda pilih !

Keterangan : SS = Sangat setuju TS = Tidak setuju
S = Setuju STS = Sangat tidak setuju

No.	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Saya lebih tenang jika tidak mengetahui tentang penyakit stroke				
2	Saya lebih suka memperoleh informasi tentang pencegahan stroke dari tenaga kesehatan (perawat, dokter dan apoteker)				
3	Apabila saya mengalami kesulitan saat menggerakkan wajah, saya akan menghubungi tenaga kesehatan, rumah sakit atau puskesmas				
4	Apabila saya mengalami kesulitan saat menggerakkan lengan, saya akan membawanya ke dukun pengobatan				
5	Saya lebih suka memberikan balsem pada lengan saya yang kaku/lemas saat digerakan				
6	Apabila saya mengalami kesulitan pada saat berbicara atau berbicara pelo, saya cukup beristirahat saja di rumah				
7	saya lebih menganggap menyimpan nomor telpon puskesmas atau rumah sakit yang dapat				

	dihubungi sangatlah penting				
8	Saya lebih suka merahasiakan masalah kesehatan saya seperti lengan yang sulit digerakan				
9	Saya lebih suka memanfaatkan media internet sebagai sumber informasi tentang stroke				
10	Saya lebih suka melakukan pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah dan kolesterol untuk menghindari terjadinya stroke				
11	Saya lebih suka berkunjung ke dukun pengobatan daripada ke dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.				
12	Saya lebih suka membeli obat untuk menurunkan tekanan darah, kadar gula darah dan kolesterol yang meningkat tanpa konsultasi kepada dokter terlebih dahulu				
13	Saya mempercayai bahwa kebiasaan merokok dapat memperbesar terjadinya stroke				
14	Saya mempercayai bahwa mengkonsumsi alkohol tidak ada kaitannya dengan terjadinya stroke				
15	Saya lebih memilih untuk melakukan pencegahan stroke daripada pengobatannya				
16	Saya beranggapan perlu dilakukannya penyuluhan kesehatan mengenai stroke khususnya mengenai tanda dan gejala serta pencegahannya				
SKOR					

LEMBAR OBSERVASI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN BERBASIS AUDIOVISUAL TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN SIKAP TENTANG DETEKSI DINI STROKEPADA PASIEN HIPERTENSI DI PUSKESMAS MANDIANGIN KOTA BUKITTINGGI TAHUN 2021

NO	Rata-Rata Pengetahuan		Rata-Rata Sikap	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1				
2				
3				
4				
5				